

TEYYS

tiempos de enfermería y salud

NURSING AND HEALTH TIMES

Revista Oficial de la
Asociación Española de Enfermería y Salud

©2022 ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD
www.enfermeriaysalud.es | N°13 | 2° SEMESTRE 2022



en este número

**CUIDADOS
ESPECIALES**

**EFICACIA DE LA ARTETERAPIA EN EL
MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**GESTIÓN
EN SALUD**

**ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA
GESTORA DE VÍA RÁPIDA
EN LOS PROCESOS DE CÁNCER**

**CUIDADOS
EN LA
INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

**SOBREPESO, OBESIDAD
Y DIABETES MELLITUS EN POBLACIÓN
INFANTIL Y ADOLESCENTE EN ESPAÑA.
REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA.**

**EVALUACIÓN
DE LA FORMACIÓN EN RCP
EN ESCOLARES DE PRIMARIA**

**CUIDADOS
EN LAS
ALTERACIONES
DE LA SALUD**

**INTERVENCIONES ENFERMERAS
MÁS EFECTIVAS FRENTE A LA SOLEDAD
EN PERSONAS MAYORES: SCOPING REVIEW**

TIEMPOS DE ENFERMERIA Y SALUD

Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud

NURSING AND HEALTH TIMES

Official Journal of the Spanish Association of Nursing and Health

RESUMEN DE NORMAS DE PUBLICACIÓN

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright.

En general la extensión máxima de los manuscritos no debe superar las 5000 palabras. Se admite un máximo de seis ilustraciones (tablas, figuras) por artículo y un máximo de seis firmantes.

DOCUMENTO

PRIMERA PÁGINA

Título del artículo en español e inglés

Nombre y apellidos de los autores y nombre completo del centro de trabajo

Autor de correspondencia.
Dirección completa y correo electrónico

SEGUNDA PÁGINA

Resumen en español. Extensión de 200-250 palabras.

- Artículo original: estructura (introducción, objetivo, metodología, resultados y conclusiones)

- Artículo científico-profesional: no estructurado

Palabras clave (de 3 a 6 palabras clave o lexemas que identifiquen el contenido del trabajo)

TERCERA PÁGINA

Resumen en inglés

Keywords

Resto de páginas: texto

Conviene dividir claramente los trabajos en apartados.

SECCIONES

- Gestión en salud
- Cuidados en la comunidad
- Cuidados en las alteraciones de la salud
- Cuidados en la infancia y adolescencia
- Cuidados de la mujer
- Cuidados del anciano
- Cuidados especiales
- Atención psicosocial
- Cuidados psiquiátricos y de salud mental
- Anatomía
- Fisiología
- Farmacología
- Nutrición Humana
- Bases teóricas de la Enfermería
- Bases metodológicas de la Enfermería
- Tecnologías de la Información y de la Comunicación
- Investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán siguiendo las normas de estilo Vancouver.

TIPO DE LETRA

Times New Roman, cuerpo 12. Espaciado anterior y posterior 12 pt e interlineado sencillo. Margen normal: superior-inferior 2.5 cm y derecha-izquierda 3 cm.

IMÁGENES

Se recomienda adjuntar imágenes para los artículos científico-profesionales. Se enviarán en formato TIFF o JPEG preferentemente con una resolución no inferior a 300 dpi.

DUDAS

Escribir a: teys.aess@gmail.com

ENVÍO

Los trabajos se remitirán a TEYS a través de la plataforma de la revista:



El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas.

NORMAS DE PUBLICACIÓN



**NUMERO
ACTUAL**

**2º SEMESTRE 2022
VOL. 4.
NÚMERO 13.**

Tiempos de Enfermería y Salud es la Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud y se edita en castellano en su versión impresa en papel y en su versión electrónica accesible en la dirección

<https://enfermeriaysalud.es>

Se trata de una revista basada en el sistema de revisión por pares y que considera para su publicación trabajos relacionados con la Enfermería y sus especialidades.

Revista indexada en la base de datos Dialnet e inclusión de Tiempos de Enfermería y Salud en la base de datos Latindex

Es de acceso abierto.

EDITA

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA Y
SALUD**

Registro
de Asociaciones 584931
CIF G24459760

Revista Enfermería y Salud
ISSN: 2530-4453

- ✉ C. del Estanco, 11 - bajo
24346 Grulleros - León
- 📞 665 935 695
- @ aees25@hotmail.com
- 🐦 @teys_aees
- 🌐 <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es>

**DISEÑO Y
MAQUETACION**

ELEHACHE/COMUNICACIÓN

EDITOR JEFE

**DR. DANIEL
FERNÁNDEZ GARCÍA**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

EDITORES ASOCIADOS

**D. JESÚS ANTONIO
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**
Universidad de León

**DR. SANTIAGO
MARTÍNEZ ISASI**
*Universidad de
Santiago de Compostela*

CONSEJO DE REDACCION

**D. RAFAEL
CASTRILLO CARVAJAL**
Atención Primaria, Asturias

**DRA. MARÍA LUISA
DÍAZ MARTÍNEZ**
Universidad Autónoma de Madrid

**DRA. ALEXANDRA
GUALDRÓN ROMERO**
Servicio Cántabro de Salud

**DR. JUAN
GÓMEZ SALGADO**
Universidad de Huelva

**D. HONORINO
MARTÍNEZ FIERRO**
*Atención Primaria
Área de Salud de León*

**DRA. BEATRIZ
ORDÁS CAMPOS**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**DR. MIGUEL ÁNGEL
PARADA NOGUEIRA**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**D. ANTONIO
SÁNCHEZ VALLEJO**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

CONSEJO ASESOR

**DR. GONZALO
DUARTE CLÍMENTS**
*Escuela Universitaria de Enfermería
NºSª de Candelaria, Tenerife*

**DÑA. BELÉN
FERNÁNDEZ CASTRO**
Hospital San Juan de Dios de León

**DÑA. Mª LUZ
FERNANDEZ FERNÁNDEZ**
*E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla"
Universidad de Cantabria*

**DR. FELIPE
FERNÁNDEZ MÉNDEZ**
*Escuela enfermería
Universidad de Vigo*

**DRA. CARMEN
FERRER ARNEDO**
*Hospital Central de Cruz Roja,
Madrid*

**DR. JOSÉ ANTONIO
FORCADA SEGARRA**
*Asociación Española
de Vacunología, Valencia*

**D. MARIO
GARCÍA SUÁREZ**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**D. LUIS JAVIER
GONZÁLEZ FUENTE**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**D. CARLOS
MÉNDEZ MARTÍNEZ**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**DÑA. ALICIA
NEGRÓN FRAGA**
C.S. Arroyo de la Vega, Madrid

**DRA MARÍA BEGOÑA
SÁNCHEZ GÓMEZ**
*Escuela Universitaria de Enfermería
NºSª de Candelaria, Tenerife*

**DR. MARTÍN
OTERO AGRA**
Universidad de Vigo

**DRA. AZUCENA
SANTILLÁN GARCÍA**
Complejo Asistencial de Burgos

**DRA. CARMEN
SELLÁN SOTO**
Universidad Autónoma de Madrid

**D. CARLOS
VALDESPINA AGUILAR**
Director de SalusPlay

**D. CARMELO
VILLAFRANCA RENÉS**
Complejo Asistencial de Burgos

**DÑA. MARÍA
VARELA ROBLA**
*Complejo Asistencial
Universitario de León*

**DR. ANTONIO
VÁZQUEZ SELLÁN**
*Centro Universitario
San Rafael-Nebrija*

**DÑA. AIDA
CARBALLO-FAZANES**
*Universidad de
Santiago de Compostela*

COMISIÓN EDITORIAL

EDITORIAL	Lo que nadie se atreve a decir	DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA	5
TRIBUNA	Enfermería: ¡Despierta!	LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ	6
AEEES	Junta Directiva e información		7
CUIDADOS ESPECIALES	Eficacia de la arteterapia en el manejo del dolor en pacientes oncológicos pediátricos: una revisión sistemática	SARA MARTÍNEZ LÓPEZ CARLOS MÉNDEZ MARTÍNEZ JESÚS ANTONIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	8
GESTION EN SALUD	Actuación de la enfermera gestora de vía rápida en los procesos de cáncer	INÉS RIVAS FERNÁNDEZ	21
CUIDADOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	Sobrepeso, obesidad y Diabetes Mellitus en población infantil y adolescente en España. Revisión sistemática exploratoria.	PATRICIA PÉREZ IGLESIAS MARÍA GALINDO FERRER MARÍA CRISTINA ULECIA PARDO MARÍA JULIA AJEJAS BAZÁN MARÍA LUISA DÍAZ MARTÍNEZ MARÍA CARMEN SELLÁN SOTO	31
	Evaluación de la formación en RCP en escolares de primaria	MAITE SENÉN ARRILLAGA MARIO GARCÍA SUÁREZ DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA	47
CUIDADOS EN LAS ALTERACIONES DE LA SALUD	Intervenciones enfermeras más efectivas frente a la soledad en personas mayores: Scoping Review	M. RODRÍGUEZ-BELZUZ MB. SÁNCHEZ-GÓMEZ J. MERAYO-DE-CASO J. ALVAREZ-AFONSO G. DUARTE-CLÍMENTS	57

SUMARIO

LO QUE NADIE SE ATREVE

What no one dares to say **A**
DECIR

De vez en cuando alguien me escribe o se acerca en unas jornadas o en el hospital donde trabajaba y me dice que le gustan mis editoriales. Todo lo que escribo es fruto de la reflexión y de las experiencias y vivencias acumuladas en los más de 25 años que hace que soy enfermero. Todas y cada una de mis opiniones son mías como bien indico siempre al final de las editoriales (all views are my own) y no pretendo crear una corriente ni sentar cátedra, a cada uno

su razón como la canción. En Enfermería determinadas opiniones generan controversia y determinados posicionamientos encasillamientos y enfrentamientos. Hemos sido incapaces de ponernos de acuerdo en cuestiones tan vitales para la profesión como las especialidades, la práctica avanzada o la prescripción. En ocasiones, sobre todo desde la docencia, se vive en una burbuja y lo peor es que se cree que por tener un doctorado y una plaza de funcionario ya se sabe todo y



DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA

EDITOR DE LA REVISTA
TIEMPOS DE
ENFERMERÍA Y SALUD

danifega@gmail.com

te habilita para opinar sobre cualquier cuestión relacionada con la Enfermería. No quiero ser catastrofista, pero corremos el riesgo de desaparecer o diluirnos en la nada. No debemos alejarnos de las/os compañeras/os que trabajan en las instituciones sanitarias, no podemos cerrar la puerta a la implantación de figuras docentes que estén vinculadas a la universidad y a los hospitales. En mi entorno la mayoría del profesorado hace más de 20 años que “no pisa”, profesionalmente hablando, un hospital o centro de salud y los hay que apenas han trabajado en “lo asistencial”. Cuidado, con esto no quiero decir que no debemos tener profesores a tiempo completo digo que debería haber, al menos, tantos a tiempo completo como a tiempo parcial. El riesgo real que puede sufrir nuestra profesión es tener profesores sin experiencia clínica a tiempo completo; esto no debería suceder de ninguna manera o al menos deberíamos hacer lo posible para que no pasara. Sucede como con la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica (o Adulto) que cada vez tiene menos créditos, y es la base del trabajo que van

a desempeñar la mayoría de los estudiantes egresados. Y yendo al meollo de la cuestión es el momento de hablar del proceso enfermero. A nivel docente es un recurso válido y reconocido, pero ¿qué piensan las/los compañeras/o de los hospitales? Leo atónito algún estudio en España sobre ello reconociendo su aportación a la clínica. Un profesor enseñando el proceso enfermero con un caso clínico cuando nunca lo ha aplicado. He hablado con colegas de hasta diez hospitales y es bastante desolador. Y lo más curioso, estudiantes de Enfermería con estancias formativas en Seattle describen la ausencia del proceso enfermero y de la terminología. En este número presentamos un estudio donde se emplea la terminología NIC. Quizás había que darle una vuelta y reflexionar clínicos y docentes sobre ello. Esto no es un lamento, es una declaración de lo que pasa o es... lo que nadie se atreve a decir.

**Salud y
Enfermería**
All views are my own



LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ

PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD

[✉ aees25@hotmail.com](mailto:aees25@hotmail.com)

Antes de la pandemia desde Enfermería y Salud dijimos que era imprescindible abordar una profunda reforma de nuestro modelo de salud, de los 17 modelos de salud existentes en nuestro país, que era necesario unificar su funcionamiento, prestaciones, y condiciones de los profesionales.

Dijimos que las enfermeras podían y debían ser el motor de dicho cambio.

Después añadimos que para el completo desarrollo de nuestra profesión, y poder ser el motor de ese cambio imprescindible para poder cubrir las necesidades en materia de salud y de cuidados de la población actual y venidera, era necesaria una nueva legislación que nos amparase y regulase acorde a las capacidades, formación y competencias de la enfermera del siglo XXI.

Y llegamos a la conclusión que solo lo lograríamos con la implicación directa en el campo legislativo y ejecutivo de las enfermeras. Y utiliza-

mos el lema “Una Enfermera en la Moncloa” para visualizar la necesidad de enfermeras que legislen y gobiernen al margen de los intereses partidistas.

Durante la pandemia comprobamos tristemente que gobiernos, y gestores obviaron al colectivo enfermero en el campo de la gestión, o incluso de la simple independencia profesional que “teóricamente” tenemos.

En el ocaso de una época, sin entrar en las miserias políticas del gobierno de España, la pandemia desató un caos organizativo y gestor en el ámbito sanitario de todo el país como nunca antes se había conocido.

Pasado los meses y pasado los años no vamos a mejor en ese terreno.

Las direcciones de enfermería parecen retroceder cuarenta años en el tiempo para doblar su rodilla ante gestores y políticos y llevar la profesión a una involución nunca vista.

Siempre he defendido que el cuerpo de gestión, las direcciones de enfermería son imprescindibles para el desarrollo y progreso de la profesión.

Hoy con las órdenes de ajustar las plantillas orgánicas a tiempos pasados, pero muy pasados, obedientes, solo tienen ojos para “MODIFICAR TURNOS” y “REDUCIR PLANTILLAS”

De la calidad asistencial y la excelencia, de la humanización perdida, solo quedan discursos huecos y vergonzosos en las bocas equivocadas.

Yo creía que con experiencia y formación un gestor tenía más de la mitad del camino hecho, y resulta que no, que ni por esas, que la bola de nieve sigue creciendo, que lo URGENTE llena las agendas mientras LO IMPORTANTE queda relegado al olvido.

Y mientras, seguimos poniendo velas a sabe dios quien, para que nuestra salud no se resienta lo suficiente como para necesitar acudir al sistema sanitario, a nuestro hospital de referencia.

Porque en lugar de depender de un modelo organizado, homogéneo, eficaz, y de calidad, dependeremos de la buena voluntad y destrezas particulares del profesional de turno con el que nos topemos.

Y la bola sigue creciendo.

Lo malo es que en el horizonte no se ve una profesión madura capaz de tomar el timón, ni unos políticos y gestores capaces de abordar la necesaria reforma de la atención primaria y la hospitalaria y mucho menos la sociosanitaria.

Si hoy me preguntan: ¿A dónde vamos? Contestaría: Directos a la edad media.

Cuando una bola de nieve rueda cuesta abajo, casi nunca hay un final feliz, eso lo dejaremos para las novelas de ficción.

PRESIDENTE

**LUIS MIGUEL
ALONSO SUÁREZ**

ENFERMERO
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

VICEPRESIDENTA

**MARÍA ALEXANDRA
GUALDRON ROMERO**

ENFERMERA, HOSPITAL SIERRALLANA
PROFESORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
CLÍNICA MOMPIÁ – UCAYILA
VICEPRESIDENTA DEL COLEGIO DE
ENFERMERÍA DE CANTABRIA

SECRETARIO

**DANIEL
FERNANDEZ GARCÍA**

ENFERMERO, PROFESOR
DOCTOR DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN

TESORERO

**JESUS A.
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**

ENFERMERO
PROFESOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE LEÓN

VOCALES

**HONORINO P.
MARTINEZ FIERRO**

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LEÓN

**SANDRA
CAMPUZANO JIMENEZ**

COMUNICACIÓN, MARKETING

Y RELACIONES INTERTERRITORIALES

ENFERMERA, ASESORA MARKETING Y COMUNICACIÓN
EN ENFERMERÍA

**SANTIAGO
MARTINEZ ISASI**

INVESTIGACIÓN

ENFERMERO, PROFESOR
DOCTOR DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA CLÍNICA,
URGENCIAS, SIMULACIÓN E INNOVACIÓN DOCENTE

**BEGOÑA
SANCHEZ GOMEZ**

RELACIONES INSTITUCIONALES Y CONVENIOS

ENFERMERA, PROFESORA
DOCTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA
DE ENFERMERÍA NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, TENERIFE, CANARIAS

**MAITE
SEZEN ARRILLAGA**

ESPECIALIDADES

ENFERMERA, MATRONA
HOSPITAL VALLE DEL NALÓN, ASTURIAS

**MARIA
VARELA ROBLA**

FORMACIÓN CONTINUADA

ENFERMERA DE URGENCIAS
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**GINÉS
MATEO MARTINEZ**

REDES SOCIALES Y WEB

ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL
ENFERMERO ESCOLAR EN CEIP SAN SEBASTIAN,
MADRID

**JOHANA
BOTERO GIRALDO**

RELACIONES INTERNACIONALES

INFIRMIÈRE CLINICIENNE, CHEF D'ÉQUIPE EN CSI
ENSEIGNANTE EN SOINS INFIRMIERS
CÉGEP DE SAINT HYACINTHE CLSC DE MASKOUTAINS-
CISSS MONTRÉRIE
EST COLLABORATRICE CLINIQUE, ÉTUDIANTS EN
SCIENCE INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CANADA

VOCALES DELEGADOS

**JUAN RAMON
GUERRA ORDOÑEZ**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA (DÍALISIS)
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**IVAN
ALVAREZ MELCON**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**GABRIELA
GONZALEZ MARTINEZ**

SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**Mª LUISA
TURINZO MARTINEZ**

AUXILIAR DE ENFERMERÍA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**ANTONIO
SANCHEZ VALLEJO**

ENFERMERO
COORDINADOR DE TRANSPLANTES
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

VOCALES DELEGADOS TERRITORIALES

ANDALUCIA

**JUAN
GOMEZ SALGADO**

ENFERMERO
PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD DE HUELVA
ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
UNIDAD DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD
DEL DSAP CONDADO-CAMPIÑA, JUNTA DE ANDALUCÍA

CANARIAS

**MARTA
RODRÍGUEZ BELZUZ**

ENFERMERA CENTRO DE SALUD DR GUIGOU, ATENCIÓN
PRIMARIA TENERIFE. PROMOTORA DEL PROYECTO
«NUNCA SOLO» PREMIADO EN LOS PREMIOS
ENFERMERÍA EN DESARROLLO

CANTABRIA

**Mª INMACULADA
TORRIJOS RODRIGUEZ**

ENFERMERA DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA
DEL HOSPITAL U. MARQUÉS DE VALDECILLA
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
TESORERA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE
CANTABRIA

CASTILLA Y LEÓN

**AZUCENA
SANTILLAN GARCÍA**

ENFERMERA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS
INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS
Y ASESORAMIENTO CIENTÍFICO

**MIGUEL ANGEL
PARADA NOGUEIRAS**

ENFERMERO PERFUSIONISTA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**MARIO
GARCIA SUAREZ**

ENFERMERO DE REANIMACIÓN CRÍTICOS
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**CARLOS
MENDEZ MARTINEZ**

ENFERMERO DE REANIMACIÓN CARDIACA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**BEATRIZ
ORDAS CAMPOS**

ENFERMERA DE LA UCI PEDIÁTRICA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

CATALUÑA

**Mª DEL CARMEN
TORRES GÁMEZ**

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO
VICEPRESIDENTA DE LA
SOCIEDAD CATALANA DE SALUD LABORAL

EUSKADI

**CARLOS
VALDESPINA AGUILAR**

ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL
TRABAJO, FUNDADOR Y DIRECTOR DE SALUSPLAY
FUNDACIÓN Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SALUSPLAY

EXTREMADURA

**Mª. DEL PILAR
SANCHEZ MARCOS**

ENFERMERA, ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR
Y COMUNITARIA, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

GALICIA

**CRISTINA
JORGE SOTO**

ENFERMERA, PROFESORA AYUDANTE
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, GALICIA

MADRID

**CARMEN
SELLÁN SOTO**

ENFERMERA, PROFESORA, DOCTORA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MADRID, VICECOORDINADORA
RED ENSI INTERNACIONAL

**IVAN
FERNANDEZ FERNANDEZ**

ENFERMERO DE URGENCIAS
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**ABELARDO
GARCIA ZURITA**

ENFERMERO
COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CORUÑA, GALICIA

**Mª LUISA
DIAZ MARTINEZ**

ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
PROFESORA COLABORADORA, DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**FRANCISCO JOSÉ
GRACIA CORDERO**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE URGENCIAS
ATENCIÓN PRIMARIA. S.C.S, POTES, CANTABRIA

**ANA ISABEL
RODRIGUEZ GONZALEZ**

ENFERMERA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

MURCIA

**GONZALO
DUARTE CLIMENTS**

ENFERMERO. PROFESOR DE LA CÁTEDRA DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA,
TENERIFE. GESTOR DE CASOS ÁREA IX VEGA ALTA DEL
SEGURA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD

VALENCIA

**MARINA
GARCIA CHIRONA**

ENFERMERA DE UCI DEL H. DR. PESET DE VALENCIA,
MIEMBRO DE LA COMISIÓN UCI DEL COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

AMERICA LATINA

**IVONE
EVANGELISTA CABRAL**

PROFESORA ADJUNTA, FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
(UERJ) PROFESSORA TITULAR DE ENFERMAGEM
COLABORADORA VOLUNTÁRIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/ PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO PESQUISADORA DO CNPO
EDITORA CHEFE DE ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM, BRASIL

INTERNACIONAL

**LUIS MANUEL
CUNHA BATALHA**

ENFERMERO DOCENTE ESCOLA
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA PORTUGAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN
SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

EFICACIA DE LA ARTETERAPIA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SARA MARTÍNEZ LÓPEZ ¹
CARLOS MÉNDEZ MARTÍNEZ ^{1,2}
JESÚS ANTONIO
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ ^{2,3}

¹ Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

² Grupo Enfermero de Investigación en Salud (GREIS), Universidad de León. León. España.

³ Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León, Campus de Vegazana. León. España

 jfern@unileon.es

Resumen

Introducción. El cáncer es una de las principales causas de muerte en niños de entre 0 a 19 años. Uno de los principales síntomas asociados es el dolor, cuyo manejo se puede llevar a cabo con medidas farmacológicas y no farmacológicas; entre estas últimas se encuentra la arteterapia, que es una técnica de distracción que engloba diversas modalidades y que posee numerosos beneficios: reducir el dolor, calmar la ansiedad y el estrés, mejorar la comunicación familiar, aumentar la calidad de vida e incrementar el bienestar mental del niño. Por ello, el objetivo del trabajo fue analizar la eficacia de la arteterapia para el manejo del dolor en el paciente oncológico pediátrico.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con metodología sistemática para analizar la literatura científica publicada respecto a la eficacia de la arteterapia en pacientes oncológicos pediátricos siguiendo los criterios de la declaración PRISMA.

Resultados y discusión. Se obtuvieron 19 trabajos que cumplían los criterios de inclusión, dichos estudios muestran la evidencia de los beneficios de la arteterapia, tanto para síntomas físicos como psíquicos, mejorando la calidad de vida de los pacientes

EFFICACY OF ART THERAPY
IN PAIN MANAGEMENT
IN PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS:
A SYSTEMATIC REVIEW.

Abstract

Introduction. Cancer is one of the main causes of death in children aged 0 to 19 years. One of the main associated symptoms is pain, whose management can be carried out with pharmacological and non-pharmacological measures; among the latter is art therapy, which is a distraction technique that encompasses various modalities and has numerous benefits: reducing pain, calming anxiety and stress, improving family communication, increasing quality of life and increasing the child's mental well-being. Therefore, the aim of this study was to analyze the efficacy of art therapy for pain management in pediatric oncology patients.

Methodology. A literature review was carried out with systematic methodology to analyze the published scientific literature regarding the efficacy of art therapy in pediatric oncology patients following the criteria of the PRISMA statement.

Results and discussion. Nineteen papers were obtained that met the inclusion criteria, these studies show evidence of the benefits of art therapy, both for physical and psychological symptoms, improving the quality of life of pediatric patients in the disease process. These

pediátricos en el proceso de enfermedad. Estos modelos asistenciales han demostrado su eficacia en niños con cáncer, pero los resultados requieren de mayor investigación para poder ser concluyentes y generalizados.

Conclusiones. La arteterapia es un método eficaz, barato y sencillo de realizar en el ámbito clínico, mejorando los síntomas producidos durante la enfermedad como el dolor y la ansiedad. Es necesario que el personal de Enfermería conozca y aplique las técnicas, incluyendo a la familia en las terapias disponibles, ya que mejora la calidad de vida y la comunicación del niño.

Palabras clave

Arteterapia, cáncer, oncología pediátrica, eficacia de la arteterapia, cáncer infantil, niños con cáncer, terapia de dibujo, musicoterapia y terapia de danza

models of care have demonstrated their efficacy in children with cancer, but the results require further research to be conclusive and generalized.

Conclusions. Art therapy is an effective, inexpensive and simple method to perform in the clinical setting, improving the symptoms produced during the disease such as pain and anxiety. It is necessary for the nursing staff to know and apply the techniques, including the family in the available therapies, since it improves the quality of life and communication of the child.

Keywords

art therapy, cancer, pediatric oncology, effectiveness of art therapy, childhood cancer, children with cancer, drawing therapy, music therapy and dance therapy

INTRODUCCIÓN

El cáncer se define según la OMS como “una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo formando tumores” ^{1, 2}. Es una de las enfermedades que más muertes produce, se estima que en el último año casi 10 millones de personas han perdido la vida como consecuencia del cáncer y que cerca de 300 mil casos fueron diagnosticados en España ^{1, 3}.

En el caso del cáncer infantil está considerada como una de las principales causas de muerte entre niños de 0 a 19 años ⁴. La prevalencia ha aumentado durante los últimos años, llegando a afectar a 400 mil niños por año y siendo la tasa de supervivencia en estos grupos del 80% en los países desarrollados ⁴⁻⁶.

Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes es fundamental tratar el dolor, que es uno de los síntomas más comunes en pacientes oncológi-

cos ⁷. Este es definido por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP) como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar al asociado de una lesión tisular real o potencial” ^{7, 8}.

Para poder tratar el dolor es fundamental hacer una buena valoración del mismo, lo que resulta bastante complejo en niños de edad preverbal, por lo que se utilizan diversos métodos según la edad ^{9, 10}.

En lactantes se utiliza la escala LLANTO, que consta de 5 valores a los que se le da una puntuación de 0 a 2 ¹⁰. Según la puntuación final se establece si el dolor es leve (de 0 a 3), moderado (de 4 a 6) o intenso (de 7 a 10) ¹⁰.

Las más utilizadas en niños a partir de 6 años son las escalas visuales analógicas o de dibujos y a partir de los 8 años las escalas numéricas ^{11, 12}. Dentro de las escalas visuales encontramos la escala Wong Baker, que consiste en la dis-

La arteterapia se define como forma de psicoterapia cuya técnica está basada en facilitar la expresión utilizando el arte como un medio ideal que nos facilita hacer consciente lo inconsciente, con el objetivo de liberarnos, superar los problemas, transformarnos, y, en definitiva, obtener el bienestar emocional tanto a nivel personal como con nuestro entorno

posición lineal con dibujos de caras mostrando expresiones según la intensidad del dolor, donde se sitúa la ausencia de este a la izquierda y la máxima intensidad a la derecha [11, 13](#).

En cuanto a las escalas numéricas se suele utilizar la de Walco y Howite, que consiste en establecer de 1 a 10 el grado de dolor que están experimentando, siendo 1 la ausencia de dolor y 10 la máxima intensidad [11, 12, 14](#). Si la puntuación es de 0 no hay dolor, entre 1-2 dolor leve, 3-6 dolor moderado, 7-8 dolor intenso y 9-10 máximo dolor imaginable [12, 14](#).

Para tratar el dolor se pueden establecer medidas farmacológicas; establecidas por la OMS, que hasta el año 2020 empleaba la escalera de la analgesia, modificada actualmente ya que producía una respuesta subóptima en pacientes oncológicos al no tratar el dolor neuropático, y no farmacológicas [15](#).

Las medidas no farmacológicas han demostrado ser en muchas ocasiones más efectivas tanto para el dolor como para el control de la ansiedad o del miedo, pudiendo usarlas como terapia complementaria a los fármacos mejorando su efi-

cia [9, 16](#). Hay gran variedad de medidas no farmacológicas, y son empleadas dependiendo de la edad del niño:

- En neonatos se utilizan métodos como la succión no nutritiva, la administración de glucosa, método canguro, lactancia materna o plegado facilitado [16](#).
- En niños de mayor edad se emplean diferentes terapias:
 - Hipnosis: inducción, concentración y sugestión, que ayudan a modificar la experiencia sensorial [17](#).
 - Medidas físicas: aplicar frío o calor, establecer contacto físico o aromaterapia [17](#).
 - Medidas cognitivas: reformulación cognitiva, relajación muscular, visualización, respiraciones profundas o distracción [16, 17](#).

La distracción es de las medidas más empleadas en pacientes oncológicos pediátricos, ya que las actividades que realizan requieren que se empleen varios sentidos a la vez y hacen que tenga repercusión emocional, pudiendo competir con el estímulo doloroso [16, 17](#).

Dentro de las técnicas de distracción encontramos la arte-terapia, que se define como: forma de psicoterapia cuya técnica está basada en facilitar la expresión utilizando el arte como un medio ideal que nos facilita hacer consciente lo inconsciente, con el objetivo de liberarnos, superar los problemas, transformarnos, y, en definitiva, obtener el bienestar emocional tanto a nivel personal como con nuestro entorno, para recuperar nuestra salud mental y alegría de vivir [18](#). Además, la Asociación Americana de Arteterapia la define como: una profesión integradora de salud mental y servicios humanos que enriquece las vidas de individuos, familias y comunidades a través de la creación activa de arte, el proceso creativo, la teoría psicológica aplicada y la experiencia humana dentro de una relación psicoterapéutica [19](#). Es un método muy empleado para expresar las emociones del niño y mejorar la calidad de vida durante los procesos de enfermedad, ya que se consigue no solo calmar el dolor, si no también aumentar la autoestima, reducir el estrés y la ansiedad, y promover el bienestar en todos sus sentidos; siendo muy importante para el personal

sanitario su práctica y posterior análisis, ya que forma parte de la comunicación y expresión del niño [20-22](#).

Se engloban en este tipo de terapia diversas actividades como son la pintura, la música, el teatro, la fotografía, la lectura, la escritura, la danza o el uso de marionetas [20, 21](#).

Son muchos los beneficios del arte como terapia, entre los que destacan el desarrollo de las funciones cognitivas y sensoriales además de la comprensión, la mejora de las habilidades sociales y la adquisición de herramientas psicoemocionales para la resolución de conflictos [19, 22](#). En cuanto a los efectos terapéuticos se ha observado una mayor actividad del sistema inmune, un incremento de secreción de neurotransmisores y la estabilización del sistema nervioso simpático y parasimpático [22](#). Además, puede ofrecer beneficios para el entorno del niño si se realiza con la familia, dándoles la posibilidad de ser personas activas en el proceso; haciendo que se reajuste la dinámica familiar a la nueva situación, expresen sus emociones y pasen tiempo de calidad con sus hijos, lo que supone un beneficio mutuo [23](#).

Tabla 1.
Pregunta PICO
(elaboración propia)

Pacientes	Niños diagnosticados de cáncer.
Intervención	Uso de la arteterapia para tratar los síntomas.
Comparación	Pacientes que reciben solo tratamiento farmacológico y pacientes en los que se emplea la arteterapia.
Resultados	Evidencia de la eficacia de la arteterapia en el tratamiento de los síntomas del paciente oncológico.

Pocos estudios investigan sobre los beneficios que este podría aportar el arte al ámbito asistencial

Justificación

El arte ha sido empleado durante años para fines recreativos en la sociedad, pero pocos estudios investigaban sobre los beneficios que este podría aportar en el ámbito asistencial. Existe poca información actual sobre este tema en España, ya que es habitual la generalización de conceptos en cuanto al paciente oncológico sin especificar que terapias son mejores en niños para el tratamiento del dolor. Por lo que surge la siguiente pregunta, ¿Es el arte un método eficaz para tratar el dolor en el paciente oncológico pediátrico?

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la eficacia de la arteterapia para el manejo del dolor en el paciente oncológico pediátrico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica con metodología sistemática para analizar la literatura científica publicada respecto a la eficacia de la arteterapia en pacientes oncológicos pediátricos siguiendo los criterios de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) ²⁴.

Pregunta PICO

Para realizar la búsqueda se planteó la siguiente pregunta PICO: ¿es eficaz la arteterapia en niños durante el proceso oncológico?

Criterios de inclusión y exclusión

- Artículos de menos de 5 años de antigüedad.
- Artículos escritos en inglés o español.
- Artículos que hagan referencia a pacientes menores de 19 años con cáncer.
- Artículos que traten sobre arteterapia; ya sea refiriéndose a la música, la danza o la pintura.

Búsqueda bibliográfica

Para la búsqueda bibliográfica se emplearon tres bases de datos: Scopus, Cinahl y Web of Science. Se estableció como intervalo de publicación el periodo entre 2017 hasta febrero de 2022 y se determinó que fueran publicaciones en inglés o español. Se emplearon los operadores booleanos AND y OR y los siguientes términos en abstract, title y key words:

Art therapy, cancer, pediatric oncology, efficacy of art therapy, childhood cancer, children with cancer, drawing therapy, music therapy, dance therapy.

Las ecuaciones de búsqueda que se emplearon fueron las siguientes:

Web of Science y Scopus

TI= («art therap*» cancer) OR TI= («effic* of art therap*» cancer) OR TI= («effic* of art therap*» «pediatric oncology») AND TS= («art therap*» «childhood cancer») OR TS= (“art therap*” “children with cancer”) OR TS= (“art therap*” “pediatric oncology”) AND TS= [(drawing therap*) OR («music therap*” cancer) OR (“dance therap*” cancer)].

CINAHL

TI «art therap*» cancer OR TI «effic* of art therap*» cancer OR TI «effic* of art therap*» «pediatric oncology» AND TX «art therap*» «childhood cancer» OR TX “art therap*” “children with cancer” OR TX “art therap*” “pediatric oncology” AND TX «drawing therap*» OR TX «music therap*» cancer OR “dance therap*” cancer.

Gestión y calidad de los artículos seleccionados

Se utilizó el gestor bibliográfico Mendeley para la realización del análisis de la literatura, la clasificación de los artículos, la eliminación de los duplicados y la citación bibliográfica. Se utilizó en todos los artículos empleados como criterio de calidad las bases de datos de donde se obtuvieron los mismos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Muestra de artículos

Inicialmente la búsqueda produjo 774 resultados, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y la eliminación de duplicados se redujo a 264 artículos. Después de la lectura del título y abstract fueron eliminados 195 por no referirse al paciente pediátrico en

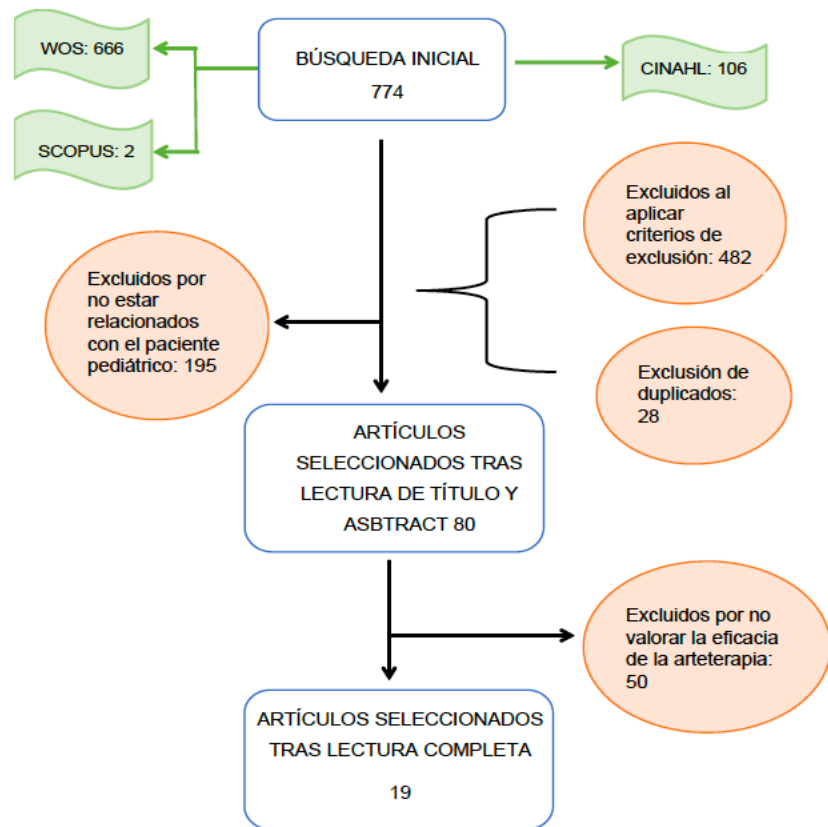


Figura 1.
Diagrama de flujo
(elaboración propia)

la investigación. De los 69 artículos restantes, solo 19 fueron incluidos en la revisión tras lectura completa, ya que el resto o no se ajustaba a los criterios de edad del grupo a analizar o no utilizaba la arteterapia como técnica.

Queda reflejado el análisis de búsqueda en el diagrama de flujo [figura 1](#).

De los 19 artículos incluidos se ha realizado una [tabla 2](#) donde se muestran los resultados y conclusiones de los artículos seleccionados, proporcionando una fuente de conocimiento sobre el tema de esta revisión donde se puede observar una gran heterogeneidad, tanto en los objetivos que estos plantean como en los tipos de estudios elegidos.

Respecto a la procedencia se puede observar que se han seleccionado para la revisión artículos de 12 países diferentes, con grandes diferencias culturales, sociales y económicas. Los países donde más estudios se obtuvieron fueron Italia y EEUU con un 16% cada uno, el 10% procedentes de Brasil y un 5% de cada uno de los siguientes países: Suiza, Indonesia, Tailandia, Irak, Colombia, Reino Unido, Suecia, Turquía y España.

En cuanto a los métodos de arteterapia analizados se ha observado que el tipo de intervención más investigada es la musicoterapia (53%), seguido de la pintura (16%). El 31% restante hacía referencia a combinaciones de diferentes terapias como la música y la pintura (16%), la música y la danza (10%) y estas tres modalidades combinadas con la relajación e incluso la hipnosis (5%).

A cerca de los beneficios a los que hacen referencia se encuentran: la mejora psicológica de las emociones, el estado de ánimo y el autoconcepto (37%), la ansiedad (32%), el dolor (32%), la calidad de vida (26%), el estrés (16%), la mejora de la comunicación y dinámica familiar (10%), la relajación (5%), y la fatiga y el sueño (5%).

Siendo el objetivo principal de esta revisión analizar la eficacia que tiene la arteterapia para tratar el dolor oncológico infantil, se ha comprobado que existen numerosos tipos de esta terapia válidos para reducir el dolor, como son la música, la danza y la pintura entre otros. Dentro de estas modalidades la más empleada es la musicoterapia, ya que ante la poca investigación disponible en el ámbito pediátrico es la que posee mayor evidencia cientí-

fica que la respalde de bido a las investigaciones previas realizadas en adultos [38](#).

Tal y como afirma Piasai et al. [25](#) la música es eficaz en el tratamiento de síntomas emocionales, aumentando la felicidad y el bienestar en el niño, además de reducir síntomas físicos mejorando el estado funcional al reducir la fatiga y mejorar la calidad del sueño [29, 30](#). Por el contrario, a pesar de afirmar que se observa mayor relajación en el niño, las pruebas salivales de cortisol para valorar la respuesta al estrés, muestran que no se produce una disminución del mismo, en contraposición de lo que Franco et al. [37](#) determina en su estudio respecto a los niveles de esta hormona, donde si hubo una reducción significativa tras la terapia musical.

En cuanto a cómo realizar la musicoterapia se han descrito numerosas maneras, como por ejemplo la escucha de canciones, la composición, cantar temas a elección del paciente, tocar instrumentos, improvisar, etc. [36, 42, 43](#). González-Martín-Moreno et al. [38](#) explica la importancia de realizar todas estas técnicas por un musicoterapeuta profesional, ya que es capaz de realizar sesiones más desaholladas y de involucrar y

Cabe destacar que en la revisión realizada no se encontraron análisis de técnicas de arteterapia como el teatro, la fotografía o la lectura ya que no existe prácticamente investigación en niños al respecto, por lo que sería muy interesante dirigir futuras investigaciones a estos modelos terapéuticos

motivar más a los niños, desarrollando habilidades inherentes a la música que mejoran la calidad de vida [41, 42](#).

Con respecto a la mejora en la calidad de vida destacar la importancia de la pintura, ya que al igual que la música, disminuye síntomas como el dolor y la ansiedad, pero además aumenta la energía, mejora el estado de ánimo y la comunicación y relación familiar [27, 33](#). Yun et al. [32](#) concluye que la calidad de vida del niño

está relacionada con el bienestar emocional de los padres y la adaptación al plan terapéutico con la afrontación que estos tienen ante la enfermedad, por lo que la familia debería estar considerada un pilar fundamental en la atención del paciente oncológico pediátrico. Siendo un abordaje mucho más completo aquel que les incluye en la realización de las terapias para que expresen sus ideas y emociones ayudando a disminuir el estrés parental y mejorando la readaptación a la nueva dinámica familiar [26, 32, 40](#).

Desde el punto de vista de la Enfermería, es necesario adquirir una buena formación para el abordaje de estos pacientes en la aplicación de las técnicas mencionadas, ya que según Raybin et al. [31](#) es un papel fundamental y un reto para la profesión el promover la salud mental y la mejora de los síntomas por medio de la arteterapia [37](#). Asimismo, Wong et al. [39](#) reitera la importancia de hacer de estas técnicas una parte integral del cuidado holístico que es proporcionado por enfermería en el ámbito asistencial, humanizando y validando la experiencia por la que pasan los pacientes pediátricos durante el proceso de enfermedad [36](#).

Sin embargo, aunque está demostrado que la arteterapia alivia numerosos síntomas, se necesita incrementar la investigación en este ámbito. Sülün et al. [43](#) determina que para obtener resultados que puedan generalizarse es necesario desarrollar programas de calidad con mayor muestra a analizar y empleando una mayor duración en el estudio. Así pues, Fachinni et al. [35](#) menciona que la heterogeneidad de las muestras y los tipos de estudio dificultan la generalización de efectividad [34](#). Es por esto que los resultados no pueden extrapolarse a nuevas investigaciones, siendo necesario realizar más estudios donde se evalúe qué terapia es mejor seleccionar según los gustos del paciente y donde haya una muestra con mayor variedad de género, edad y diagnóstico [28, 38, 39](#).

Los resultados obtenidos tienen gran relevancia para la práctica clínica, ya que demuestran la necesidad de aplicar dichas terapias en el ámbito asistencial, donde se pueden obtener grandes beneficios con su uso, reduciendo la necesidad de administración de fármacos ante ciertas situaciones, reduciendo los efectos secundarios y abaratando los costes de la hospitalización [27, 35, 37](#).

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En cuanto a las limitaciones del estudio que se presentaron estuvo la falta de artículos válidos para la investigación, ya que, aunque las medidas no farmacológicas están respaldadas con suficiente evidencia científica en los pacientes adultos, no sucede lo mismo en los pacientes pediátricos, lo que dificulta poder extraer información suficiente que de validez a los resultados. Además, a pesar de obtener unos resultados más representativos a nivel global debido a la heterogeneidad y la distribución equitativa en la procedencia de los artículos, las muestras analizadas en los estudios eran pequeñas, por lo que resulta imposible poder determinar si existe variación dependiendo del género, la edad o el tipo de tumor de los pacientes.

Por último, destacar que en la revisión realizada no se encontraron análisis de técnicas de arteterapia como el teatro, la fotografía o la lectura ya que no existe prácticamente investigación en niños al respecto, por lo que sería muy interesante dirigir futuras investigaciones a estos modelos terapéuticos desarrollando nuevos planes aplicables a la práctica clínica.

Título, autor y año	Objetivo	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
A randomized control trial of guided-imagination and drawing-storytelling in children with cancer. Piasai K et al., 2018 25 .	Conocer los efectos de la imaginación guiada y la narración de dibujos sobre la felicidad, la relajación y los niveles de cortisol en los niños hospitalizados.	Ensayo de control aleatorizado.	Los resultados mostraron que el grupo experimental que recibió imaginación guiada y narración de dibujos aumentó de forma estadísticamente significativa las puntuaciones de felicidad y relajación a lo largo del tiempo, en comparación con el grupo de control. En cuanto a los niveles de cortisol, a pesar de que disminuyeron, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.	Tras demostrar la efectividad de la terapia se considera recomendable que las enfermeras proporcionen la imaginación guiada y la narración de dibujos a los pacientes pediátricos para aumentar su felicidad y relajación.
Arteterapia familiar en oncología pediátrica. Gutierrez Ajamil E, 2018 26 .	Comprender la dinámica familiar durante el proceso creativo tras ser diagnosticado de cáncer infantil.	Estudio cualitativo	Este estudio demostró que el efecto de la intervención terapéutica del arte familiar durante este período fue útil, permitiendo a los miembros de la familia explorar formas de relacionarse, adaptar sus roles a la situación que están viviendo y utilizar el lenguaje simbólico para expresar ideas y emociones cuando las palabras no son suficientes.	El programa terapéutico de arte ayuda a la familia a enfrentar algunos problemas relacionados con el proceso de readaptación. Ampliar el enfoque terapéutico del sistema familiar ayudó a los miembros de la familia a compartir sus experiencias y crecimiento personal.
Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. Derad Morad A et al., 2018 27 .	Valorar la efectividad de la pintura y las manualidades en la mejora de la calidad de vida en niños con cáncer.	Ensayo de control aleatorizado.	Los pacientes del grupo experimental eran significativamente más activos y tenían más energía ($P < 0,001$), estaban menos deprimidos y tenían menos sentimientos de estrés participando más en actividades sociales ($P = 0,003$), además de tener una mejora en sus relaciones con otros niños ($P = 0,043$) y un mejor estado de salud general.	Los hallazgos del estudio sugieren que la exposición a la terapia de arte mejora la calidad de vida relacionada con la salud en los niños con cáncer.
Mind-Body Therapies in Childhood Cancer. Vélez-Flórez G et al., 2018 28 .	Describir varias terapias mente-cuerpo (MBT) basadas en la evidencia, y el efecto positivo en la calidad de vida del paciente, la salud mental del paciente y las percepciones familiares hacia la enfermedad.	Revisión integrativa.	Se han sugerido múltiples beneficios del uso de la MBT en la oncología pediátrica, como la mejora del sistema inmunitario, la reducción de los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer, la prevención de las recaídas y, por último, la mejora de la salud general de los niños con cáncer. Veintidós de los estudios (69%) informaron del éxito en la prevención o la reducción de la intensidad del dolor, pero la mayoría tenían poca información sobre otros síntomas como las náuseas y los vómitos.	Cuando un paciente permanece activo y comprometido en la terapia, puede haber un impacto positivo en la regulación de las emociones, la autoestima, la autopercepción, la salud física y el funcionamiento a largo plazo. Tras realizar la revisión se concluye que se necesitan más estudios de MBT, especialmente estudios controlados de casos y aleatorios, en el campo de la oncología pediátrica.
Music therapy supported the health-related quality of life for children undergoing haematopoietic stem cell transplants. Ugglia L et al., 2018 29 .	Evaluar los efectos de la música durante y después del trasplante de células madre.	Estudio piloto aleatorizado.	Los resultados mostraron que el grupo de musicoterapia tenía una mayor función física estimada ($p=0,04$ ajustada) en el momento del alta, mientras que el grupo de control mostró mejores resultados después de la intervención en todos los dominios ($p=0,015$).	A pesar de que la muestra fuera pequeña se concluyó que se producía una mejora en la calidad de vida después de recibir la musicoterapia, por lo que esta podría ser una terapia complementaria durante y después de las intervenciones médicas.

Título, autor y año	Objetivo	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
The Effects of the COMMASH-E Intervention on the Fatigue, Sleep Quality and Functional Status of Children with Cancer in Indonesia. Sriasih N et al., 2019 30 .	Investigar los efectos de la intervención combinada de música y educación de la higiene del sueño (COMMASH-E) sobre la fatiga, la calidad del sueño y el estado funcional de los niños con cáncer en Indonesia.	Estudio cuasiexperimental.	Ambos grupos eran homogéneos en términos de edad, sexo, tipo de cáncer, fármaco de quimioterapia, estadio del cáncer y nivel de hemoglobina. Los resultados mostraron que el grupo de intervención tenía diferencias significativas ($p < 0,05$) en sus puntuaciones de fatiga, calidad del sueño y estado funcional en la evaluación posterior a la intervención COMMASH-E.	A pesar de que los fármacos ayudan a la regulación del sueño del paciente pediátrico, se considera que, tras obtener resultados positivos respecto a la fatiga, la calidad del sueño y el estado funcional del niño tras la terapia COMMASH-E, esta debería ser empleada en mayor número de centros, dotando a los niños y sus padres de los conocimientos para llevarla a cabo.
How Does Creative Arts Therapy Reduce Distress for Children With Cancer? A Metasynthesis of Extant Qualitative Literature. Raybin J et al., 2019 31 .	Determinar que opciones de arte creativo existen para disminuir el estrés.	Metasíntesis de la literatura cualitativa.	Se establecen cuatro temas entorno a los cuales las artes creativas han demostrado ser beneficiosas: <ul style="list-style-type: none"> • Conexión a través de la expresión creativa, comprendiendo y expresando su percepción de la enfermedad. • Afrontamiento de sus emociones y mejora del dolor. • Comunicación, consiguen expresar sus sentimientos con mayor facilidad por medio de la música y el dibujo. • Continuidad, paso del tiempo, ayudando a que las sesiones de tratamiento sean más llevaderas. 	Tras la obtención de resultados se pudo extraer como conclusión que las artes creativas disminuyen los sentimientos angustiosos, pero que se debe realizar más investigación para poder determinar que síntomas se pueden mejorar con el dibujo, la música o la danza.
Utilization of integrative medicine differs by age among pediatric oncology patients. Yun H et al., 2019 32 .	Conocer los síntomas relacionados con el tratamiento del cáncer para incorporar intervenciones adecuadas a la edad.	Análisis retrospectivo	Los resultados confirman que los niños más pequeños son más propensos a utilizar terapias artísticas creativas, como la terapia de danza (edad media de 5,9 años) y la terapia musical (edad media de 8,0 años). Dado que estas terapias involucran tanto al niño como a los padres, pueden mejorar la capacidad de los padres para hacer frente a su propia angustia emocional. El afrontamiento de los padres está altamente correlacionado con el bienestar físico y emocional del niño, y la adaptación del niño al tratamiento se ve afectada, a su vez, por el afrontamiento de los padres. Reconociendo estas importantes conexiones, proporcionar apoyo a los padres en entornos de oncología pediátrica ha sido reconocido recientemente como un estándar esencial de atención psicosocial para los niños con cáncer y sus familias	Es necesario diseñar y proporcionar intervenciones adecuadas a la edad, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo del niño para garantizar que se proporcionen las terapias más apropiadas y eficaces a los niños con cáncer.
Creative Arts Therapy in the Context of Children With Cancer: A Concept Analysis. Raybin J et al., 2020 33 .	Informar sobre el análisis del concepto de terapia artística creativa (TAC) en el contexto del cáncer pediátrico	Análisis conceptual.	La terapia de arte creativo incluye la expresión de sentimientos; la creación de arte, música o movimiento; y la mejora de los síntomas, de la calidad de vida, de la sensación de bienestar, la disminución de los síntomas psicosociales y la disminución del dolor por el cáncer.	El estudio apoya la terapia artística creativa como concepto para disminuir el estrés en el cáncer infantil.

Título, autor y año	Objetivo	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Using Arts-Based Therapies to Improve Mental Health for Children and Young People With Physical Health Long- Term Conditions: A Systematic Review of Effectiveness. Wigham S et al., 2020 34 .	Establecer la efectividad del arte como terapia para mejorar la salud mental de los niños a largo plazo.	Revisión sistemática.	Se incluyeron 16 estudios en la revisión que demostraron mejoras en los indicadores de salud mental y bienestar, incluyendo la calidad de vida, las conductas de afrontamiento, la ansiedad, el autoconcepto y el estado de ánimo. Sin embargo, la replicación entre las intervenciones y los resultados estuvo ausente, siendo la calidad de las pruebas de efectividad en los estudios revisados moderada/débil.	La heterogeneidad de las investigaciones que evalúan las terapias basadas en el arte para los niños con afectación de la salud física limita las conclusiones sobre la efectividad.
The role of music therapy in the treatment of children with cancer: A systematic review of literatura. Fachinni M et al., 2020 35 .	Evaluar la viabilidad y los beneficios de la musicoterapia en cuanto a salud física y mental centrado en los diferentes tipos de intervención.	Revisión sistemática.	Tras revisar 19 artículos se recibieron tres tipos diferentes de musicoterapia: receptiva (n= 4) 2, activa (n = 9) y el método combinado de intervenciones receptivas y activas (n=6). Estos estudios indicaron una reducción significativa del malestar psicológico (n = 9) y un aumento del bienestar (n = 8). 8 artículos evaluaron los efectos sobre el dolor con resultados no concluyentes.	La terapia musical en oncología pediátrica parece tener una buena viabilidad y efectos positivos en la salud. No obstante, la heterogeneidad de las intervenciones y los diseños de los estudios hacen que la generalización siga siendo difícil.
The influence of music therapy on preoperative anxiety in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. Giordano F et al., 2020 36 .	Evaluar la influencia de la musicoterapia para reducir la ansiedad previa a los procedimientos en niños oncológicos.	Estudio observacional.	Se establecieron dos grupos, el primero recibía sesiones de musicoterapia, y el segundo recibía prácticas de atención estándar. Los resultados señalan las diferencias significativas en la ansiedad entre los Grupos 1 y 2, mostrando que el grupo 1 padece menor ansiedad que el grupo de atención estándar.	El estudio apoya la efectividad y la viabilidad de la musicoterapia como una vía para reducir la ansiedad previa a las intervenciones terapéuticas en los niños.
A musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. Franco J et al., 2021 37 .	Analizar las percepciones de niños y adolescentes con cáncer en cuidados paliativos sobre la musicoterapia.	Estudio cualitativo que usa la técnica de análisis de contenido (dibujo-cuento-interacción musical).	Antes de la musicoterapia, los pacientes expresaron sentimientos de tristeza, miedo y anhelo relacionados con la ruptura del vínculo familiar durante la enfermedad. Después de recibir musicoterapia, manifestaron las sensaciones de placer y bienestar, permitiéndoles expresar sus sentimientos más profundos.	La musicoterapia puede beneficiar a niños y adolescentes con cáncer ya que permite la expresión de sentimientos, posibilita el rescate de recuerdos y es fuente de esperanza ante la situación que viven, además de aliviar el dolor.
Music-based interventions in paediatric and adolescents oncology patients: A systematic review. González-Martín-Moreno M et al., 2021 38 .	Evaluar los efectos de la música en pacientes pediátricos y adolescentes con cáncer durante el proceso de enfermedad.	Revisión sistemática	Se incluyeron 11 estudios en la revisión, de los que se extrajo que las intervenciones basadas en la música tienen muchos efectos positivos en los pacientes oncológicos pediátricos y adolescentes, como la mejora de la calidad de vida, la disminución de la ansiedad y de la preocupación por el tratamiento. Se ve afectado de forma positiva también el estado de ánimo, el comportamiento y la capacidad de afrontación.	Tras el análisis de los resultados se observa que los beneficios de la musicoterapia son numerosos, pero debido a la heterogeneidad de los estudios es difícil extrapolar los resultados de este estudio.
The role of music therapy for children undergoing cancer treatment in Singapore. Wong k et al., 2021 39 .	Valorar los beneficios de la musicoterapia en los niños en tratamiento oncológico.	Estudio observacional.	Hubo una correlación positiva significativa entre los objetivos establecidos (se cumplieron el 89,2%) y las sesiones recibidas (p = 0,004), pero no la hubo entre la edad de los niños y el número de sesiones recibidas (p = 0,354).	Se ha demostrado que la musicoterapia tiene la capacidad de abordar los desafíos funcionales y psicosociales de los niños, regulando el estado de ánimo y la moral, por lo que debería considerarse una parte integral de la atención.

Título, autor y año	Objetivo	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Covid-19 and absence of music therapy: Impact on mother-child dyad during invasive procedures in pediatric oncology. Giordano F et al., 2021 40 .	Comparar el nivel de ansiedad y sedación en el paciente pediátrico tras el uso de musicoterapia antes (T1), durante(T2) y después (T3) del Covid-19 y medir el nivel de ansiedad de las madres.	Estudio observacional.	En T1 y T3 recibieron la musicoterapia con un terapeuta profesional, mientras que en T2 solo recibían la atención por medio de videos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre T1, T2 (p=0,0000014) y T2, T3 (p=0,0000031). No se encontraron diferencias entre T1, T3 (p=0,96). Las madres también registraron mayor grado de ansiedad y estrés sin el uso de la musicoterapia.	Tras analizar los resultados, se confirma la importancia de la música en niños hospitalizados, ya que se demostró que se reducían los niveles de ansiedad tanto en el paciente como en su madre, debiendo utilizarse esta en aquellos procedimientos invasivos en niños por su eficacia.
Music interventions in pediatric oncology: Systematic review and meta-analysis. Da Silva Santa et al., 2021 41 .	Identificar los efectos terapéuticos de las intervenciones musicales en términos psicológicos y fisiológicos y en la calidad de vida de los niños que reciben tratamiento contra el cáncer.	Revisión sistemática y metaanálisis (estudios con diseños de ensayos clínicos aleatorios y no aleatorios y estudios cuasi-experimentales).	En cuanto a los resultados obtenidos en la valoración del dolor y la ansiedad se observaron beneficios al compararlo con el grupo control (DME -1,05; IC 95 % - 1,70 - 0,40 n = 453) 3, al igual que al analizar la mejora en la calidad de vida (DME -0,80; IC 95 % -1,17-0,43 n= 457).	Como conclusión se extrajo que hay evidencia que respalda el uso de la música para reducir el dolor y la ansiedad mejorando la calidad de vida de los niños en tratamiento oncológico.
Songwriting intervention for cognitively-impaired children with life-limiting conditions: Study protocol. Akard T et al., 2021 42 .	Probar la viabilidad y la eficacia de una intervención de composición de canciones para niños con discapacidades cognitivas que reciben cuidados paliativos y sus padres.	Estudio protocolizado.	Los resultados han demostrado que la elaboración de las canciones puede mejorar el malestar psicológico, los síntomas físicos y los componentes familiares (calidad de la comunicación) entre los niños con cáncer y sus padres.	La musicoterapia y otras intervenciones basadas en la música han demostrado ser muy beneficiosas para los niños con enfermedades que limitan la vida, pero no se han probado ampliamente en niños con deficiencias cognitivas y enfermedades avanzadas.
The potential role of an activity-based guitar program on the anxiety and fulfillment levels of younger relatives of cancer patients: A pilot study Sülün E et al., 2022 43 .	Evaluar el papel de un programa de guitarra para reducir la ansiedad y satisfacer a las familias de los niños en proceso oncológico.	Estudio piloto.	Se observa que la diferencia en las puntuaciones totales de ansiedad de los participantes antes y después del programa es estadísticamente significativa; produciéndose una notable disminución con los participantes tras su participación en el programa (p<.05).	El programa de guitarra ha dado resultados positivos, sin embargo, es sólo un punto de partida para que los resultados se generalicen en la construcción de un programa eficaz.

CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión sistemática y basándonos en los resultados obtenidos podemos concluir que la arteterapia en un método eficaz,

barato y sencillo de realizar en el ámbito clínico para la disminución del dolor, la ansiedad y el malestar emocional que se produce durante la enfermedad.

Se han identificado numerosos

tipos de arteterapia, siendo la música el más empleado tanto en terapias infantiles como adultas, seguido por la pintura y la danza; siendo todos ellos igual de eficaces en el alivio de los síntomas psíquicos.

Es recomendable y más beneficioso para el paciente que se lleve a cabo por un profesional formado y titulado en este tipo de terapias, parece adecuado que las enfermeras adquieran conocimientos al respecto para poder

aplicar estas terapias y mejorar la calidad de los cuidados en aquellos casos en los que no se dispone de un profesional titulado.

Es útil incluir a la familia en la terapia, ya que se proporciona tanto al niño como a su entorno, un mayor bienestar y una mejora en la calidad de vida del paciente.

Es necesario continuar investigando y desarrollando estrategias nuevas para el abordaje de estos pacientes, haciendo especial hincapié en nuevas mo-

dalidades terapéuticas dentro del arte e individualizando las terapias según la edad y los gustos del niño. ■

Bibliografía

1. Cáncer [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2021 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
3. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Seom.org. 2021 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf
4. Fernandes LM de S, Souza AM de. Significados do câncer infantil: a morte se ocupando da vida na infância. *Psicol Estud* [Internet]. 2019 [citado el 30 de enero de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.39521>
5. Espinoza Diaz, C., Rivadeneira Campoverde, J., Alvarez Silva, J., Rodríguez Cajiao, F., Avilés Jaya, A., & Córdova Córdova, H. (2019). Comportamiento epidemiológico del cáncer en niños y adolescentes: una revisión narrativa. AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38(3).
6. El cáncer infantil [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
7. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. *Oncología Radioterápica* [Internet]. 2017 [citado el 30 de enero de 2022];139–43. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/77cb7595-9d5d-308f-817e-aaf2c5f1a555>
8. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2020 [citado el 30 de enero de 2022] Disponible en: https://www.resed.es/Ficheros/678/2/03_3839-2020_AD.pdf
9. Marta D, León X, Santa-Cruz JG, Susan Martínez-Rojas D, Linda Ibatá- Bernal D. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura) [Internet]. *Medigraphic.com*. 2019 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma1911f.pdf>
10. 1Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2011 [citado el 30 de enero de 2022];74(1):10–4. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-escala-llanto-instrumento-espanol- medicion-articulo-S169540331000367X>
11. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
12. Cantador-Hornero M, Jiménez-Espuch P, de Torres-García I, Contre-ras- Jiménez M, Martínez-Mezo GL, Morales de Los Santos JM, et al. Protocolo sedoanaléxico para la infiltración de toxina botulínica A en parálisis cerebral. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2019;91(5):317–27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403319300311>
13. Orellana Centeno J, Morales Castillo V, González Osorio M. Vista de Escala Visual Análoga Wong-Baker Faces® y su Utilidad en la Odontología Infantil [Internet]. *Edu.mx*. 2018 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/117/106>
14. Pérez Llorente LM. Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería [Internet]. *Uva.es*. 2016 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17953/TFG-H466.pdf;jsessionid=450F1E0F-390CA84A66A1177C49E6EF2D?sequence=1>
15. Carvajal Valdy G, Rocha Romero A. El retiro de la escalera analéxica de la OMS y sus limitaciones como estrategia para el control del dolor relacionado con cáncer. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2020 [citado el

- 30 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/2d7bea79-b5c5-3532-934f-e4fc5746a46e/>
16. Marcos MLT, de Ávila MR, Ríos RS, López PJT. Abordaje no farmacológico del dolor en pediatría desde la perspectiva de enfermería: Aplicación de materiales audiovisuales y buzzy®. *Journal of negative and no positive results* [Internet]. 2021 [citado el 30 de enero de 2022];6(7):951–67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8108236>
 17. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer [Internet]. Afanion.org. 2013 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.afanion.org/bddocumentos/Gu%C3%A- Da-Manejo-del- Dolor-en- Ni%C3%B1os-con-C%C3%A1ncer.pdf>
 18. López MC. Arteterapia y resiliencia: técnicas y talleres para todas las edades [Internet]. Itzaingó: Maipue 2021 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://elibro-net.unileon.idm.oclc.org/es/ereader/unileon>
 19. Arttherapy.org. 2017 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.arttherapy.org/upload/2017_DefinitionofProfession.pdf
 20. Valladares Torres A, Silva E. Jogo em arteterapia com crianças e adolescentes com doenças crônicas. *Revista Espaço Ciência & Saúde* [Internet]. 2021 [citado el 30 de enero de 2022];8(2):1–14. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/fd54e7b4-9ce3-3052-806c-fac83d9a22f3/>
 21. Silva M, Torres Q, Silva T, Araújo C, Alves T. Práticas Integrativas e Vivências em Arteterapia no Atendimento a Pacientes Oncológicos em Hospital Terciário. *Revista Portal: Saúde e Sociedade* [Internet]. 2018 [citado el 30 de enero de 2022];03(01) Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/4c138656-74a9-3921-8aed-8fad17871e03>
 22. Oyarzún Ríos, P. Cáncer e Individualización. *Arteterapia, Un Camino Para Ir Más Allá Del Cuerpo* Universidad de Chile. 2016 [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143140/cancer-e-individualizacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Gutierrez Ajamil E. Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)* [Internet]. 2018 [citado el 30 de enero de 2022];15(1):133–51. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/4840e365-b24c-384d-af50-dbbc0f96cb17>
 24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2021 [citado el 18 de marzo de 2022];74(9):790–9. Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0300893221002748>
 25. Piasai K, Phumdoung S, Wiroonpanich W, Chotsampancharoen T. A randomized control trial of guided-imagination and drawing-storytelling in children with cancer. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];22(4):386–400. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/2b91b0f5-d536-342c-bb68-4caf2f2837c9/>
 26. Gutierrez Ajamil E. Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)* [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];15(1):133–51. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/4840e365-b24c-384d-af50-dbbc0f96cb17/>
 27. Abdulah DM, Abdulla BMO. Effectiveness of group art therapy on quality of life in pediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];41:180–5. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/6bfab27c-7044-3b0b-b322-4257f8175b40/>
 28. Velez-Florez G, Velez-Florez MC, Mantilla-Rivas JO, Patarroyo- Rodríguez L, Borrero-León R, Rodríguez-León S. Mind-body therapies in childhood cancer. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];20(8). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/86d4d35c-0c84-3a52-918d-f8ef0c4cc240/>
 29. Uggla L, Bonde L-O, Hammar U, Wrangsjö B, Gustafsson B. Music therapy supported the health-related quality of life for children undergoing haematopoietic stem cell transplants. *Acta Paediatr* [Internet]. 2018 [citado el 1 de mayo de 2022];107(11):1986–94. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/19cceb8c-7745-3fcd-920b-5232eef21493/>
 30. Sriasih NK, Allenidekania, Wanda D. The effects of the COMMASH-E intervention on the fatigue, sleep quality and functional status of children with cancer in Indonesia. *Compr Child Adolesc Nurs* [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2022];42(sup1):197–207. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/ffc72bb9-1d74-3fbc-845e-bcea1cb225f9/>
 31. Raybin JL, Barr E, Krajicek M, Jones J. How does creative arts therapy reduce distress for children with cancer? A metasynthesis of extant qualitative literatura. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2022];37(2):91–104.
 32. Yun H, Romero SAD, Record B,

Kearney J, Raghunathan NJ, Sands S, et al. Utilization of integrative medicine differs by age among pediatric oncology patients. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2022];66(6):e27639. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/2e913d77-d184-3f2d-8f58-4d09d5ea3d05/>

33. Raybin JL, Krajccek M. Creative arts therapy in the context of children with cancer: A concept analysis. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2022];37(2):82–90. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/e8282aa2-1032-35a0-aef4-f564f31c197b/>

34. Wigham S, Watts P, Zubala A, Jandial S, Bourne J, Hackett S. Using arts-based therapies to improve mental health for children and young people with physical health long-term conditions: A systematic review of effectiveness. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2022];11:1771. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/40ec5123-e7ca-3b31-b788-bcf78b2e4cb0/>

35. Facchini M, Ruini C. The role of music therapy in the treatment of children with cancer: A systematic review of literature. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];42(101289). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/2d327358-dff8-311b-9c04-6af6857dd092/>

36. Giordano F, Zanchi B, De Leonardis F, Rutigliano C, Esposito F, Brienza N, et al. The influence of music therapy on preoperative anxiety in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. *Arts Psychother* [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2022];68(101649):101649. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/ea9ef747-a328-3f12-83c1-a43345f04c1b/>

37. Franco JHM, Evangelista CB, Rodrigues M de SD, Cruz RA de O, Franco I da SMF, Freire ML. A musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];25(5). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/363cc886-5f94-3096-b5d6-e249d1837666/>

38. González-Martín-Moreno M, Garrido-Ardila EM, Jiménez-Palomares M, Gonzalez-Medina G, Oliva-Ruiz P, Rodríguez-Mansilla J. Music-based interventions in paediatric and adolescents oncology patients: A systematic review. *Children* (Basel) [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];8(2):73. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/3d7029aa-d0bf-31b9-81f9-c15c33b98d96/>

39. Wong KC, Tan BWZ, Tong JWK, Chan MY. The role of music therapy for children undergoing cancer treatment in Singapore. *Healthcare* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];9(12):1761. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/5fdaef41-dc73-3bdd-955d-7e1dffcf0780/>

40. Giordano F, Rutigliano C, De Leonardis F, Rana R, Neri D, Brienza N, et al. Covid-19 and absence of music therapy: Impact on mother-child dyad during invasive procedures in pediatric oncology. *Arts Psychother* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];75(101839):101839. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/83d89dc7-7188-3079-a92d-a7b34059b543/>

41. Da Silva Santa IN, Schweitzer MC, Dos Santos MLBM, Ghelman R, Filho VO. Music interventions in pediatric oncology: Systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];59(102725). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/2bcbe24c-7641-37fb-9020-b743b3fd8589/>

42. Akard TF, Davis K, Hills T, Lense M, Kim D, Webber R, et al. Songwriting intervention for cognitively-impaired children with life-limiting conditions: Study protocol. *Contemp Clin Trials Commun* [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2022];22(100765). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/97afa5c3-8dca-3c93-9f1a-fa7e25a39a94/>

43. Sülün E, Olgaçer H, Eren HC. The potential role of an activity-based guitar program on the anxiety and fulfillment levels of younger relatives of cancer patients: A pilot study. *Int J Music Educ* [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2022];40(1):118–30. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/b88377c7-1525-3d60-b15c-24abc50ec6df/>

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE VÍA RÁPIDA EN LOS PROCESOS DE CÁNCER

ROL OF THE FAST TRACK
NURSE MANAGER
IN CANCER PROCESSES

INÉS RIVAS FERNÁNDEZ

Enfermera
Hospital Universitario
Lucus Augusti

 i.rivas.fernandez@usc.es

Resumen

Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles surgidas con el fin de conducir a la gestión de calidad total y aporta los mecanismos necesarios para planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa, garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio.

El cáncer constituye una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. La Consellería de Sanidad de Galicia estableció la Estrategia gallega contra el cáncer para los años 2010-2013, dentro de este marco y con actuaciones posteriores, se desarrollaron los Procesos asistenciales integrados de cáncer de pulmón, mama, próstata, vejiga y cérvix, con la elaboración, implantación y evaluación de las vías rápidas para cada uno de estas neoplasias.

Las vías rápidas son unos circuitos asistenciales específicos para agilizar la atención de los pacientes con sospecha de padecer cáncer, incluyen diagnóstico y tratamiento; la clave de estas vías es la coordinación y el trabajo en equipos multidisciplinares de los profesionales implicados.

Abstract

Process management models are useful tools that have emerged in order to lead to total quality management and provide the necessary mechanisms to plan the process according to the environment and available resources, standardize action and transfer information between everything. the team that participates, guaranteeing efficiency, effectiveness and quality of service.

Cancer is one of the leading causes of morbidity and mortality in the world. The Galician Ministry of Health established the Galician Strategy against cancer for the years 2010-2013, within this framework and with subsequent actions, the Integrated Care Processes for lung, breast, prostate, bladder and cervical cancer were developed, with the development, implementation and evaluation of fast pathways for each of these neoplasms.

The fast lanes are specific care circuits to speed up the care of patients with suspected cancer, including diagnosis and treatment; The key to these routes is the coordination and work in multidisciplinary teams of the professionals involved.

En este contexto desarrolla las actividades la enfermera gestora de procesos; es una figura que existe en varias Comunidades Autónomas y que ha demostrado que mejora la calidad de vida y la seguridad de los pacientes. Actúa como interlocutora principal de todo el equipo asistencial con el propio paciente y sus familiares, facilitando información sobre su evolución y resolviendo las necesidades clínicas que pueda requerir la evolución de sus patologías.

In this context, the process management nurse develops the activities. It is a figure that exists in several Autonomous Communities and has shown that it improves the quality of life and safety of patients. Acts as the main interlocutor of the entire care team with the patient and their relatives, providing information on their evolution and resolving any clinical needs that the evolution of their pathologies may require.

Palabras clave

cáncer, gestión de procesos, enfermera gestora de proceso, vía rápida

Keywords

cancer, process management, nurse process manager, fast track

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de un crecimiento anormal de células, la propiedad de malignidad de este crecimiento celular viene dado por su capacidad para invadir órganos y tejidos y diseminarse a distancia. El cáncer es una patología grave que a la vez tiene una presencia relevante en el sistema sanitario: implica varios niveles de atención, agrupa a muchas disciplinas médicas y quirúrgicas, y moviliza una gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos en el abordaje de las diferentes áreas de intervención como son: diagnóstico, tratamiento, supervivencia, atención de apoyo, consejo genético, paciente frágil, y otros. La adecuada gestión de

esta enfermedad tiene un gran impacto clínico y asistencial, debido a los numerosos profesionales implicados y la propia complejidad del proceso diagnóstico-terapéutico ¹.

El cáncer representa una de las principales causas de morbilidad del mundo, en base a los últimos datos estimados dentro del proyecto GLOBOCAN, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World Wide ², elaborado por la International Agency for Research on Cancer de la Organización Mundial de la Salud. Los casos de enfermedad tumoral siguen aumentando, desde los 14 millones de casos en el mundo estimados en el año 2012 a los 18,1 millones en 2018; el número de casos nuevos aumentará en las dos

próximas décadas, alcanzando los 29,5 millones en 2040, haciendo uso de las estimaciones poblacionales.

En cuanto a la mortalidad mundial, en el año 2020 fue de 9,9 millones de personas y la prevalencia mundial a los 5 años fue de 50 millones de personas enfermas en el mismo año ³.

El cáncer representa una de las causas fundamentales de morbilidad, en el año 2012 se estimaron 215.535 casos, 228.482 casos estimados para el año 2017, así como una previsión de 315.413 casos para el año 2035, según datos procedentes de GLOBOCAN y extrapolados a los datos de la población española proporcionada por el INE, Instituto Nacional de Estadística ⁴.

En España, en la población general, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio. En el año 2017 un 26,7% de defunciones se debieron a tumores. Por sexo, representaron la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en mujeres. Respecto al año anterior, 2.016, aumentaron un 0,3%, los casos de defunciones en hombres descendieron un 0,2% y en las mujeres se incrementaron un 1,0% ⁵.

Atención clínico asistencial

La Organización Mundial de Salud y la Unión Internacional Contra el Cáncer reúnen esfuerzos y trabajos de manera conjunta para controlar la situación del cáncer en el mundo y promover unas acciones

armonizadas para controlarlo. Hoy en día padecer cáncer no significa la muerte inminente como antaño, con el diagnóstico precoz y oportuno de la enfermedad, acompañado de los tratamientos innovadores y eficaces, la esperanza de vida de la población diagnosticada aumenta considerablemente; así es fundamental que los gobernantes instauren programas y acciones de Salud Pública para lograr identificar a aquellas personas enfermas en los estadios más precoces de la enfermedad, así mismo es esencial asegurar el tratamiento idóneo según el tipo de tumor, y desde luego proporcionar los cuidados inherentes a las necesidades de los pacientes que alcancen la situación terminal de la enfermedad, mediante los cuidados paliativos, considerando el aspecto integral de la persona enferma.

En nuestro entorno, a nivel europeo se desarrollan distintas acciones para mejorar la prevención y atención a las poblaciones, entre otras, en el marco del Programa de Salud de la Unión Europea, los miembros de la Acción Conjunta para el Control del Cáncer elaboraron en 2017 la Guía Europea para la mejora del control integral del cáncer, un documento que pretende dar a conocer los estándares de calidad para el control del cáncer en Europa y facilitar la cooperación de los Estados miembro mediante la difusión de buenas prácticas y la identificación de los aspectos centrales para asegurar una atención óptima y completa a estos pacientes en todo el territorio europeo [6](#).

El Sistema Nacional de Salud a través de la Estrategia Nacional contra el Cáncer, que fue apro-

bada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su sesión del 29 de Marzo de 2006, actualizada en septiembre de 2009, establece el desarrollo de 7 líneas estratégicas, en las que se detallan los objetivos y recomendaciones de actuación para contribuir a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en el cáncer; entre estas líneas de actuación está la detección precoz y recalca la importancia de un diagnóstico temprano en cáncer de mama, de cuello de útero, cáncer de próstata y cáncer colorrectal como método para reducir la incidencia y mortalidad por estos tumores.

El desarrollo de la atención oncológica en España ha estado determinado por la dificultad de articular, en la tradicional estructura organizativa de los servicios asistenciales hospitalarios, la concepción multidisciplinar de la atención oncológica, en razón de las necesidades del proceso diagnóstico y terapéutico del paciente oncológico.

En el momento actual se han solventado parte de los inconvenientes para lograr una atención más integral y efectiva de los enfermos, debido en parte al esfuerzo en la modernización de equipos, la progresiva

extensión de oncólogos en los hospitales de nivel intermedio y comarcal, así como la posibilidad de instaurar los tratamientos en los mismos, lo que mejora la accesibilidad y la calidad de asistencia a los enfermos, y fundamental la constitución de comités de tumores específicos. Así como la implantación de nuevos métodos diagnósticos, fármacos y estrategias terapéuticas más eficaces; tratamientos más complejos que requieren integración multidisciplinar de los profesionales y aumentan la necesidad de coordinación; aumento de la investigación clínica y preclínica, cambios favorables en el conocimiento de la población que determina una mayor exigencia y una mejor aceptación de los tratamientos; y la instauración de planes de cáncer en las Comunidades Autónomas que ofrecen un modelo asistencial específico para los procesos de cáncer, incluyendo diagnóstico y tratamiento.

En Galicia la Consellería de Sanidade, responsable último de la organización de la atención a los pacientes con cáncer y de la puesta en marcha de mecanismos de prevención de la enfermedad en la población, establece la Estrategia Gallega contra el Cáncer [7](#), que, alineada con las estrate-

La Organización Mundial de Salud y la Unión Internacional Contra el Cáncer reúnen esfuerzos y trabajos de manera conjunta para controlar la situación del cáncer en el mundo y promover unas acciones armonizadas para controlarlo

gias generales de la Consellería y del Servicio Gallego de Salud, recogidas en el Plan de Prioridades Sanitarias 2011-2014 **8** y en la Estrategia Sergas 2014 **9**, respeta e incorpora las peculiaridades de la enfermedad y el importante desarrollo tecnológico y del conocimiento.

La Estrategia Gallega contra el Cáncer recogía también las disposiciones de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, al tiempo que concretiza en la atención a la patología las líneas estratégicas de la Consellería. Así, las líneas de información, accesibilidad, eficiencia asistencial, sostenibilidad económica del sistema, comunicación, investigación, docencia e innovación, y seguridad de los pacientes, aparecían reflejadas en las líneas estratégicas y de acción para la atención al cáncer en nuestra Comunidad Autónoma; así mismo la Consellería de Sanidade desarrolló cuatro guías de actuación para garantizar a los pacientes con sospecha de estas patologías la agilización de la atención. Todas estas actuaciones están orientadas a aumentar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, a garantizar la accesibilidad y la equidad de la asistencia y a potenciar la investigación orientada a resultados en salud.

En el año 2010 se implantaron las “vías rápidas” para las sospechas de cáncer pulmonar, colorrectal, de próstata y de mama, que suponen el 80 por ciento de los casos de esta dolencia en Galicia, con el transcurso de los años se establecieron estas vías a otros tipos de tumores, y disponemos de los cinco procesos asistenciales integrados de cáncer definidos: cérvix, mama, próstata, pulmón y vejiga.

Una vía clínica **10** es un plan asistencial multidisciplinario que traslada conocimiento y recomendaciones científicas a estructuras locales, estableciendo un circuito de intervenciones guiadas por criterios clínicos, realizadas en un tiempo predefinido, con la intención de estandarizar la asistencia para un determinado problema clínico en una población específica.

Las vías rápidas **11** son unos circuitos asistenciales específicos para agilizar la atención de los pacientes con sospecha de padecer cáncer, incluyen diagnóstico y tratamiento; la clave de estas vías rápidas es la coordinación y el trabajo en equipos multidisciplinarios de los profesionales implicados; en Galicia desde noviembre del 2.017 está regulado por la

Xunta de Galicia, el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas para determinados diagnósticos **12**, y dentro de éstos están las vías rápidas de cáncer de cérvix, mama, próstata, pulmón y vejiga.

GESTIÓN DE PROCESOS

Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles que han surgido con el fin de conducir a la gestión de calidad total y aporta los mecanismos necesarios para planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio **13**. Proceso es el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requisitos del cliente al que va dirigido. Los procesos tienen actividades y tareas. Las actividades representan las unidades de intervención de cada organización que participa en el proceso y están determinadas por un verbo de acción. Las tareas son las operaciones, es decir, la realización del trabajo

que hay que efectuar para llevar a cabo la actividad. Todos los procesos tienen límites bien definidos; hay que precisar dónde empiezan las actividades y dónde acaban en función del tiempo **14**.

El proceso asistencial es una secuencia continua de elementos adyacentes que se ejecutan para conseguir un resultado final beneficioso en el estado de salud de las personas; se caracteriza por entrañar una gran complejidad, ya que en su transcurrir intervienen múltiples profesionales, en diferentes escenarios y en diversas franjas de tiempo que, además, tienen o deben tener una secuencia lógica.

Las instituciones sanitarias bajo estrategias institucionales de buen gobierno, evolucionaron inexorablemente desde formas jerárquicas funcionales hacia modelos organizativos más flexibles, autónomos, integrados, interactivos y comprometidos con una mejora continua en los resultados, acomodándose a las realidades sociales y expectativas cambiantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud.

La gestión por procesos es una herramienta útil que se apoya en los fundamentos que pro-

La profesión avanza hacia un modelo de enfermería de práctica avanzada, que según el Consejo Internacional de Enfermería se define como: “enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica

pone la cultura de la calidad total y la excelencia. Sus criterios de valor están contemplados de manera no normativa en los principales modelos que actualmente se utilizan en las empresas y servicios como referencia para la innovación y la mejora de la efectividad y eficiencia de las organizaciones, tales como el modelo Europeo de Calidad «European Foundation for Quality Management1» y familia de normas ISO, International Organization for Standardization.

Los procesos asistenciales integrados constituyen un mecanismo de gestión dirigida hacia la mejora de la calidad asistencial; esta gestión por procesos asistenciales logra disminuir la variabilidad en la práctica clínica, según los conocimientos científicos disponibles; está orientada a la evaluación de los resultados obtenidos y contribuye a mejorar la continuidad asistencial y la satisfacción de los individuos ¹⁵.

Proceso, en este ámbito clínico-asistencial, es el conjunto de actividades coordinadas proporcionadas a cualquier persona en fase de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías de cáncer de pulmón, desde cualquier nivel asistencial, con independencia del lugar de residencia, produciendo en los resultados una modificación medible. Presenta un límite de entrada, persona con síntomas o signos clínicos de sospecha de cáncer de pulmón, y un límite final, persona con sospecha clínica o de imagen, en la que se descarta la presencia de cáncer de pulmón tras las pruebas diagnósticas adecuadas, persona con cáncer de pulmón en situación avanzada y terminal susceptible de cuidados paliativos, paciente que rechaza voluntariamente intervenciones diagnósticas o terapéuticas o paciente que se traslada de forma definitiva y voluntaria fuera del Sistema Sanitario Público Gallego. En Galicia la Consellería de Sanidade tiene definidos los procesos asistenciales integrados ¹⁶ de diferentes tipos de cáncer.

La aplicación de la metodología de procesos en el manejo del cáncer facilita la interacción multidisciplinar y sin rupturas en la continuidad asistencial

que se exige en el manejo de esta patología, también disminuye la variabilidad en el abordaje de la misma, y facilita esa continuidad exigida en los cuidados, al establecerse la secuencia que sigue el paciente desde su entrada en el proceso, a lo largo de su enfermedad.

En su día se propuso desde la Consellería de Sanidade la creación en cada hospital de un circuito específico para los pacientes con sospecha de cáncer, con demoras menores de 72 horas, y además que permita homogenizar diagnósticos con estándares basados en las evidencias científicas. Además, se marca como otro elemento importante del proceso la canalización de las decisiones terapéuticas de cada paciente en el Comité de cáncer, así como la inevitable colaboración multidisciplinar. El objetivo final es intentar aumentar la proporción de pacientes diagnosticados en fases más tempranas ¹⁷.

ENFERMERA GESTORA DE PROCESOS

La Enfermería es una disciplina sometida a numerosas dinámicas de cambios, la profesión avanza hacia un modelo de enfermería de práctica avanzada, que según el Consejo Internacional de Enfermería se

define como:” enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar la práctica, cuyas características se conforman según el contexto y el país en el que se acredita. Para el “acceso a este nivel se recomienda el grado de máster” ¹⁸.

Las enfermeras de práctica avanzada se caracterizan no por las tareas o técnicas realizadas, sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas y las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, ofreciendo un nivel avanzado de práctica enfermera maximizando la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las nuevas necesidades surgidas de la población en el dominio de la salud ¹⁹.

La Enfermera Gestora de Casos en el Hospital facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en

el retorno al domicilio. Basa su papel en coordinar la continuidad del cuidado asegurando que los pacientes reciben el tratamiento y los recursos en tiempo con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización [20].

El modelo de Gestión de Casos supone una de las múltiples formas de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera lidera este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir las necesidades, fomentar el auto-cuidado y con competencias en la valoración, planificación de los cuidados. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario [21].

Diversos estudios muestran resultados positivos de la gestión de casos en distintas situaciones de salud y sobre diferentes resultados. Algunos de ellos se refieren específicamente a la disminución de la hospitalización, a la disminución de reingresos hospitalarios tras el alta y a la disminución de costes.

La gestión de casos ofrece ventajas no sólo a los pacientes a quienes va dirigida sino también a profesionales y gestores sanitarios. Para los pacientes proporciona una atención longitudinal y centrada en sus necesidades reales, que atiende no sólo al usuario sino también a su entorno familiar/cuidador. Están además coordinados los diferentes niveles asistenciales evitando la duplicidad de consultas y tiempos por el mismo motivo. Aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma. Fomenta la capacidad de decisión y promueve el autocuidado. Para los profesionales enfermeros es una oportunidad de dar a conocer la labor que realiza y potenciar su rol autónomo, sus cualidades como profesional sanitario y mejorar la visión social de la Enfermería. Mejora el sistema de registros de Enfermería, la monitorización, evaluación y uso de los datos obtenidos para futuros trabajos de investigación.

En España la figura de la enfermera gestora es diferente según las distintas Comunidades Autónomas. La enfermera gestora de casos, o de enlace, como también se denomina en algunos servicios de salud, se trata de una figura que no está presente en todas las comuni-

dades autónomas.

La mayor parte de las comunidades optan por una figura de una enfermera gestora de casos con dedicación exclusiva. Sus funciones suelen ser bastante diversas y su campo de actuación amplio, desempeñando su labor en diferentes ámbitos como son atención domiciliaria, en el centro de salud, servicios sociales o en atención especializada.

La gestión de casos tiene una serie de características comunes a todos los modelos existentes: enfermeras que asumen nuevas competencias, para las cuales demuestran especial formación y capacidad, garantía de continuidad de cuidados referidos a la persona, al cuidador y al entorno, coordinación e integración de asistencia internivel e interprofesional, prestación de cuidados de alta complejidad, que suele ser la condición definitoria, trabajo multidisciplinar y en equipo que garantice la continuidad asistencial.

Las competencias y funciones de la enfermera de gestión de casos pueden no estar muy definidas, sería importante establecer un modelo de actuación, al no estar la función definida a nivel nacional, ya que

los modelos se definen desde cada Comunidad Autónoma. Lo que es un hecho es que las funciones de las enfermeras gestoras de casos abarcan un amplio campo; el marco de la gestión de casos en cuidados enfermeros engloba 5 puntos clave: examen, planificación, implementación, evaluación e interacción, y debe presentar una serie de competencias como son: habilidades de intervención y evaluación, capacidad de uso de metodología enfermera, desarrollo de una práctica clínica avanzada, habilidades de comunicación, destreza en el uso de los sistemas y tecnologías de la información, habilidades de pensamiento crítico, capacidad para identificar y aplicar la mejor evidencia científica disponible, habilidades gestoras y directivas para la identificación y gestión de recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes/cuidadores, habilidades de liderazgo con capacidad para realizar una coordinación continua de la atención de los diferentes sistemas y niveles asistenciales, habilidades docentes e investigadoras, habilidades de integración del conocimiento.

Competencias y/o habilidades todas ellas dirigidas a la atención y cuidados de pa-

La actividad de Enfermera Gestora de Procesos de vía rápida de cáncer incluye: citación en consultas y comités de tumores, gestión de pruebas diagnósticas, pruebas funcionales, canalizaciones a los centros de referencia correspondientes, interconsultas en el hospital

cientes de alta necesidad de cuidados o cuidados de alta complejidad ²².

ENFERMERA GESTORA EN LOS PROCESOS ONCOLÓGICOS

El proceso diagnóstico y la combinación de las diferentes terapias en cáncer requiere de la intervención de varios servicios e incluso varios hospitales; la enfermera gestora de casos ofrece, desde la atención multidisciplinaria oncológica, velar por el cumplimiento del plan diagnóstico y terapéutico además de cuidar de las necesidades específicas de los pacientes que se producen en estas etapas ²³.

Realiza distintas funciones según la fase de la enfermedad:

1. Enfermera gestora de casos en el diagnóstico del cáncer, coordina y gestiona el proceso de diagnóstico, conduciendo al paciente a través de circuitos preferentes y proporcionando cuidados e información específica
2. Enfermera clínica, de referencia o gestora de casos en comités de tumores o unidades funcionales: interviene para proporcionar cuidados para

la prevención y atención de las situaciones clínicas que lo requieran, e indicar el recurso sanitario necesario acorde a cada situación específica.

3. Conducción del paciente durante el plan terapéutico, en la consulta de hospital de día y consulta de radioterapia: la intervención se basa en proveer información y educación sanitaria para el autocuidado, tanto en la prevención como en la atención de los efectos del tratamiento, y asesoramiento para la etapa postratamiento.

La actuación en la atención continuada se vincula a las posibles situaciones que pueden ser motivo de consulta extraordinaria, relacionada con el tratamiento activo que reciben, pero que acuden a urgencias por no existir una oferta sanitaria al respecto.

Las enfermeras que desarrollan este perfil son profesionales que ejercen un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación a su práctica profesional. En su práctica integran cuatro roles: clínico experto, consultor, docente e investi-

gador. Los roles de Enfermera de Práctica Avanzada son definidos por el propio Sistema Sanitario de manera singular y específica, ya que pueden cambiar en relación a las necesidades de la ciudadanía, y al avance competencial de las enfermeras de Grado, por lo que su rol se deberá adaptar atendiendo al carácter cambiante de esas necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado ²⁴.

CONCLUSIONES

La Enfermera Gestora del Procesos en la Vía Rápida de cáncer es el enlace y la profesional de referencia entre el paciente, familia y el sistema sanitario para los procesos que se definan y que de manera eficiente e individualizada, facilita la realización de las actividades del proceso en tiempo y forma, favoreciendo la rapidez de los elementos del proceso, optimizando el uso de los recursos disponibles, anticipándose a las necesidades de cada fase del proceso asistencial, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y la agilidad del proceso. La función de la Enfermera Gestora de Procesos viene determinada por los subprocesos definidos dentro de cada una de las vías

rápidas que forman parte de los procesos integrados asistenciales de cáncer.

Los objetivos de la actuación de dicha enfermera son: mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente y familia, ayudar al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario, potenciar la coordinación asistencial con todos los servicios hospitalarios que intervienen en el proceso, garantizar la información de las pruebas, consultas, derivaciones a otros centros sanitarios durante el proceso, realizar un seguimiento de los pacientes al salir de proceso de diagnóstico, pero que son susceptibles de necesitar la asistencia de la enfermera gestora de dicho proceso, asegurar que el plan de diagnóstico del paciente con cáncer de pulmón se realice en el tiempo acordado, actuar de manera adecuada ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables, fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia, atención integral de los usuarios, mediante un plan asistencial individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales como sean precisos, y así mismo, proporcionar la comunicación

Tabla 1.

Funciones de la Enfermera Gestora del Proceso de Vía Rápida de cáncer

entre el personal médico y el paciente o familia cuando sea reclamada para ello, o se observe la necesidad de dicha comunicación.

Recursos de la consulta de enfermería de vía rápida de cáncer:

En el momento actual prestamos esta asistencia tres enfermeras, disponemos de despachos en el área de Consultas Externas del hospital; realizamos el trabajo de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas; fundamentalmente en el área de consultas, pero puede ser en cualquier área del hospital.

Contactamos con el paciente o familia presencial o telefónicamente, si la atención no fue en horario de mañana, les facilitamos las instrucciones de pruebas, como va a discurrir el proceso de diagnóstico de la enfermedad, y les facilitamos nuestro número de teléfono para que contacten cuando lo estimen necesario.

1. Recibir peticiones de cita para la consulta de neoplasias según especialidad procedentes de: personal médico de Atención Primaria, personal médico de Urgencias, personal médico de las Unidades de Hospitalización, Consultas Externas, Hospital de día, Servicio de Radiología y cualquier otro Servicio Clínico del Hospital
2. Recibir peticiones de cita de los pacientes para las consultas de neoplasias, derivados del Servicio de Urgencias.
3. Citación de pruebas de función respiratoria, radiologías simples y análisis clínico.
4. Citar en las agendas de Oncología, Neumología, Cirugía colorrectal, Unidad de mama y otras para las que estamos autorizadas.
5. Citar en los distintos Comités de Tumores.
6. Gestionar la realización de pruebas diagnósticas y funcionales de los pacientes atendidos en las consultas médicas en su proceso de diagnóstico de la enfermedad.
7. Gestionar interconsultas de los pacientes atendidos en la consulta médicas en su proceso de diagnóstico de la enfermedad.
8. Gestionar canalizaciones de pruebas o consultas a los centros externos de referencia de los pacientes atendidos en la consulta médicas en su proceso de diagnóstico de la enfermedad.
9. Gestionar las pruebas, consultas, ingresos y propuestas de canalización a centros externos que resulten del Comité de Tumores.
10. Gestionar ingresos en el hospital para la realización de pruebas diagnósticas.
11. Comprobar la realización de las distintas pruebas y consultas.
12. Conocer los motivos de la no realización de pruebas o asistencia a consultas y gestionarlas nuevamente, si procede.
13. Comprobar que las pruebas están informadas, o solicitar el informe, si procede.
14. Informar al paciente, familiares o cuidadores del lugar, día, hora e instrucciones de las pruebas.
15. Resolver dudas al paciente, familiares o cuidadores
16. Facilitar y promover la comunicación del paciente con el médico responsable del proceso.
17. Ser el profesional de referencia en el hospital para el acompañamiento del paciente durante el proceso, mantener este apoyo si es necesario.
18. Generar mecanismos de coordinación interprofesionales para la atención de cada paciente.
19. Cualquier otra función que sea pertinente para el correcto desarrollo de la atención sanitaria a los pacientes.

La actividad de Enfermera Gestora de Procesos de vía rápida de cáncer incluye: citación en consultas y comités de tumores, gestión de pruebas diagnósticas, pruebas funcionales, canalizaciones a los centros de

referencia correspondientes, interconsultas en el hospital. Así como informar al paciente o familiares de citas, condiciones de las pruebas, resolución de dudas, y proporcionar la comunicación con el personal mé-

dico responsable de su proceso si lo demanda o se aprecia la necesidad de comunicación o información sobre el mismo. Se puede considerar que gracias a las estrategias de gestión y coordinación llevadas a cabo

por las enfermeras gestoras de procesos se proporciona una asistencia sanitaria de calidad para el paciente. ■

Bibliografía

- Prades, J.; Borràs, J.M., editores: La organización de la atención multidisciplinar en cáncer en España. Barcelona: Elsevier Masson. 2011.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, . Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A (2018). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 36 countries. (Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>)
- Jaume Galceran, Alberto Ameijide, Marià Carulla, Antonio Mateos, José Ramón Quirós, Araceli Alemán. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), Disponible en: redecn.org/es/download_file.cfm?file=257&area=196,
- Instituto Nacional de Estadística INE. Disponible https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf.
- EUROPEAN guide on quality improvement in comprehensive cancer control [Electronic source] / [editors] Tit Albreht, Régine Kiasuwa & Marc Van den Bulcke. - El. book - Ljubljana: National Institute of Public Health; Brussels : Scientific Institute of PublicHealth,2020. Disponible en: https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf.
- Diario Oficial de Galicia, Jueves, 7 de marzo de 2013. (Último acceso 25 de mayo de 2019). Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2013/20130307/AnuncioC3K1-270213-0003_es.html.
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Plan de Prioridades Sanitarias 2011-2014, VERSIÓN1, Santiago de Compostela, 2011.
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Disponible en https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- Genis Carrasco, Joan Ferrer. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Revista de Calidad Asistencial. Año: 2019. Volumen 16, Páginas 199-207. (Internet). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X01774052?via%3Dihub>
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Santiago de Compostela, 2018. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>.
- Diario Oficial de Galicia, 10 de noviembre de 2017 Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2017/20171110/AnuncioC3K1-021117-0001_es.pdf
- Lorenzo Martínez S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria? Rev calidad asistencial (internet). 1999 14(4) 243-244. Disponible en <http://calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=2>.
- Fidel López Espuela, José Ramón Mora Martínez. Gestión clínica por procesos. Aplicación al subproceso "cuidados del paciente con varices". Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid Vol. 1. Núm. 1 páginas 9-159 (Enero 2003) Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. Implantación de Procesos asistenciales integrados en las unidades de gestión clínica. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/R05_Procesos_asistenciales_CyUS.pdf.
- Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Procesos Integrados de Cáncer. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Procesos-asistenciais-integrados-de-cancro>.
- Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia Proceso asistencial integrado de cáncer de pulmón. Santiago de Compostela, 2013.

- Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia.sanitaria/Documents/630/Proceso%20asistencial%20integrado%20de%20cancro%20de%20pulm%C3%B3n.pdf>
18. Hernández JF. Especialidades y enfermería de Práctica Avanzada. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Revista en Internet]. 2011. Páginas: 31-33. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/239/RIdEC.v4n2.17.Especialidades-1.pdf> .
19. Ramírez P, Hernández O, Sáenz De Ormijana A, Reguera AI, Meneses MT. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería clínica* 2002; 12(6):286- 289.
20. Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. *Rev Rol enferm* 2008;31 (4):259-64.
21. Dirección General de Asistencia Sanitaria; Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje 2010.
22. M. Fraile Bravo, A.I. Cerezo Alama, M.C. Sánchez Martín, I. Vasco González, J.M. Villa Andrada Unidad Enfermera Gestora de Casos Documentación Interna SES, (2015),
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid 2103. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf.
24. Consejería de Salud. Estrategia de cuidados de Andalucía. Plan integral de oncología. Enfermera de Práctica Avanzada en Procesos Oncológicos Complejos. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estratcuidados/pdf/epa_oncologia.pdf.

SOBREPESO, OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN ESPAÑA. REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA.

OVERWEIGHT, OBESITY AND DIABETES MELLITUS
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SPAIN.
SCOPING REVIEW.

PATRICIA PÉREZ IGLESIAS^{1, 2, 3}
MARÍA GALINDO FERRER^{2, 3, 4}
MARÍA CRISTINA ULECIA PARDO^{2, 3, 4}
MARÍA JULIA AJEJAS BAZÁN^{3, 5, 6}
MARÍA LUISA DÍAZ MARTÍNEZ^{5, 4}
MARÍA CARMEN SELLÁN SOTO^{6, 7}

1. Enfermera. Residente de Enfermería Pediátrica
2. Hospital Universitario La Paz
3. Miembro de la Red ENSI
4. Especialista de Enfermería Pediátrica.
5. Profesora, Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
6. Profesora, Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.
7. Coordinadora Red ENSI España.

 mluisa.diaz@uam.es

Resumen

Introducción. Las enfermedades crónicas provocan importantes efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas y suponen una causa de muerte prematura, además de gran impacto socioeconómico. Diabetes, obesidad y sobrepeso son enfermedades crónicas prevalentes en la infancia.

Objetivos. Conocer la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus en la población infantil y adolescente en España.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática exploratoria realizando una búsqueda en bases de datos, metabuscadores, organizaciones y asociaciones para encontrar la prevalencia de obesidad, sobrepeso y diabetes.

Resultados. Se hallaron datos sobre sobrepeso, obesidad y diabetes de la Encuesta Nacional de Salud España (ENSE). La prevalencia de sobrepeso y obesidad según la ENSE era superior al 18% y al 10%, respectivamente. La prevalencia de diabetes mellitus rondó, según la ENSE en torno al 0,2%, aunque no se encontraron muchos estudios sobre este tema. La información sobre las prevalencias de obesidad,

Abstract

Introduction. Chronic illnesses cause important adverse effects in the quality of life of people affected, a cause of premature death and a big socioeconomic impact. Diabetes, obesity and overweight are chronic illnesses prevalent in infants.

Objective. The aim was to know the prevalence of obesity, overweight and diabetes mellitus in infant and adolescent population in Spain.

Methodology. A scoping review was made in databases, meta-researchers, organisations and associations to find the prevalence of obesity, overweight and diabetes.

Results. There were found data about obesity and diabetes in the Encuesta Nacional de Salud España (ENSE). The prevalence of overweight and obesity according to the ENSE was above 18% and 10% respectively. The prevalence of diabetes was, based on the ENSE, around 0,2%, even though there was not much research about that issue. The information about prevalence of obesity, overweight and diabetes were not easily accessed in the majority of national or autonomous associations and organisations.

sobrepeso y diabetes no era accesible en la mayoría de las asociaciones ni organizaciones a nivel autonómico y nacional.

Discusión. Los datos sobre prevalencia de obesidad, sobrepeso y diabetes eran de difícil acceso, existiendo gran heterogeneidad en los resultados. Esto dificulta la comparación y replicación de los estudios, por lo que sería interesante estandarizar la metodología empleada en la realización de los estudios, de manera que los resultados fuesen más homogéneos facilitando así la aplicación de la información recogida en ellos.

Palabras clave

sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, niño, adolescente

Discussion. Data about prevalence of obesity, overweight and diabetes were difficult to find, existing heterogeneity in the results found in the research. This issue makes difficult the comparison and replication of the studies. It would be relevant to standardise the methodology used in the studies. That would homogenise the results obtained, facilitating the application of the information gathered in them.

Keywords

overweight, obesity, diabetes mellitus, child, adolescent

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI tanto para la salud como para el desarrollo ¹. No se puede olvidar que este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas, supone una causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes, que son generalmente subestimados ². Las enfermedades crónicas que se van a desarrollar en este estudio son tanto diabetes como obesidad y sobrepeso, dado que todas

ellas son enfermedades endocrinológicas altamente presentes en la población infantil.

La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la epidemia del siglo XXI” ³. Esta enfermedad ha duplicado su prevalencia según el European Child Obesity Group, desde la década de los 70 en los países con economía más avanzada ⁴.

Existen diversos métodos para diagnosticar la obesidad y el sobrepeso en la población infantojuvenil. Tal como indican Marrodán Serrano et al. ⁵, el IMC (Ín-

dice de Masa Corporal) es el más extendido en población pediátrica. Este es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) ³.

La OMS, para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, tiene en cuenta la edad del paciente. En menores de 5 años se considera sobrepeso al “peso para la altura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana

establecida por los patrones de crecimiento de la OMS” y obesidad al “peso para la altura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS”. En niños entre 5 y 19 años, la interpretación es similar: sobrepeso se considera cuando “el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento” y obesidad cuando “el IMC es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento” ³.

Existen, sin embargo, otros criterios diagnósticos para diagnosticar obesidad o sobrepeso. Los de Hernández o la Fundación Orbeago fueron realizados, a diferencia del método elaborado por la OMS, mediante varios estudios longitudinales y transversales tanto de la talla como del peso, obteniendo los sujetos de estudio del Hospital de Basurto, centros de Salud de la zona del Hospital antes mencionado y algunos centros educativos de Vizcaya **6**.

los para establecer puntos de corte según edad y sexo de 2 a 18 años **7**. Los criterios del Centro de Control de Enfermedades (CDC), en los niños de la misma edad y sexo, el sobrepeso se determina según las tablas de crecimiento como un IMC igual o superior al percentil 85, y por debajo del percentil 95, ya que la obesidad se define como un IMC igual o superior al percentil 95 **8**. Los criterios International Obesity Task Force (IOTF), vinculan las definiciones de sobrepeso y obesidad en adultos (25 y 30 Kg/m²) con los valores de los percentiles en niños, con la finalidad de establecer puntos de corte pediátricos sin promediarlos a una población de referencia como hacían Cole et al. **7,9**.

Esto es, según Yañez-Ortega, “uno de los mayores problemas en el estudio de la obesidad infantil”, ya que existen problemas a la hora de estimar prevalencias y comparar poblaciones **10**.

Otro aspecto relevante sobre la obesidad es el gasto que generan. En el 2010 se estimó que causaron alrededor de 3.4 millones de muertes

11. La obesidad infantil se relaciona con padecer una muerte prematura y tener discapacidad en la edad adulta; además de tener riesgo de sufrir dificultad respiratoria, hipertensión, fracturas, apnea del sueño, dislipemia, hígado graso no alcohólico y diabetes no insulino dependiente y resistencia a la insulina **3**; en niñas específicamente puede provocar hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico. Además, pueden presentar efectos psicológicos como depresión, ansiedad y baja autoestima **12**.

Por otro lado, se ha comprobado que aquellos casos con exceso de peso se relacionan con salud subóptima **13**, algo que puede estar relacionado con las comorbilidades derivadas de la obesidad y el sobrepeso.

Asimismo, se ha demostrado en numerosos estudios que tanto el exceso de peso como la obesidad abdominal se asocian a mala calidad de vida **13-17**. Hay autores que incluso determinan que las secuelas psicosociales derivadas de la obesidad y el sobrepeso son

mayores en población pediátrica que en adultos **18**.

Otra enfermedad endocrino-metabólica relevante en la infancia es la diabetes mellitus (DM). Consta de un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia debido a defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambos **19**. Además, la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es la enfermedad endocrinológica crónica más frecuente en la infancia **20,21**.

La DM1 tiene una prevalencia aproximada según la International Diabetes Federation de 1-1.5/1000 habitantes **22**, incluso algunos estudios como el EURODIAB estiman un aumento de la incidencia, específicamente en Europa a 3.5% **23**.

Esta enfermedad crónica precisa de la realización de controles estrechos para su correcto manejo, mediante dieta, ejercicio e insulino terapia **24, 25**. Las complicaciones más frecuentes de la DM1 en los niños son la hipoglucemia, la hiperglucemia y la cetoacidosis diabética **26, 27**. A largo plazo,

Se ha demostrado en numerosos estudios que tanto el exceso de peso como la obesidad abdominal se asocian a mala calidad de vida

Los criterios de Cole buscan un consenso internacional, para ello obtuvieron datos de grandes encuestas transversales representativas buscando los cortes con los índices de sobrepeso y obesidad en adultos (25 y 30 Kg/m²) y promediando-

las complicaciones son los trastornos vasculares -micro y macrovasculares- (retinopatía, neuropatía, nefropatía) cuyas manifestaciones suelen verse en la edad adulta **28, 29**.

Esta información está apoyada por investigaciones que se centran en la calidad de vida en niños con diabetes mellitus, llegando a la conclusión que niños con un buen control de la enfermedad y sin complicaciones tenían mejor calidad de vida relacionada con la salud que niños con mal control glucémico **14**.

Como se ha expuesto, tanto la diabetes, como el sobrepeso y la obesidad son las enfermedades endocrino-metabólicas más comunes en la infancia, por lo que es del interés de la investigación estudiarlas juntas por las características comunes que tienen: el gran gasto económico y la gran carga de morbi-mortalidad que suponen en la población pediátrica.

Es por todo lo expuesto que el objetivo del estudio es conocer la prevalencia de obesidad, sobrepeso y dia-

betes mellitus en la población infantil y adolescente en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de tipo exploratorio para lo cual se realizaron búsquedas en las bases de datos y metabuscadores Pubmed, Cochrane, CINAH, Cuiden y LILACS entre los meses de mayo y julio de 2019, repitiéndose la búsqueda en enero de 2021 para incluir los artículos del año 2020. Se incluyeron revisiones, estudios observacionales y analíticos con carácter transversal, retrospectivo o prospectivo publicados en los últimos diez años, en español o en inglés, realizados en las diferentes Comunidades Autónomas de España, donde la población de la muestra tuviera menos de 18 años. Se excluyeron aquellos artículos que estuviesen publicados en un idioma diferente a los anteriormente mencionados (español e inglés), cuya población solamente incluyera a personas de 18 años o más, y los realizados fuera del territorio español. En la búsqueda se combinaron los siguientes

descriptores: relacionados con la población (niño, child, adolescente, adolescent), tipo de patología (sobrepeso, overweight, obesidad, obesity, diabetes mellitus, diabetes mellitus, enfermedad crónica, chronic disease, epidemiología, epidemiology, prevalencia, prevalence), país (España, Spain), haciendo uso de los booleanos AND/OR.

Además, se realizaron búsquedas de literatura gris. Revisando las webs de las asociaciones nacionales relacionadas con las enfermedades crónicas durante la infancia: Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Española de Obesidad, Fundación para la Diabetes, Sociedad Española de Diabetes, Federación Española de Diabetes, y de aquellas de ámbito autonómico: Sociedades Andaluza y Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición;

Sociedades Aragonesa, Canaria, Castellano-Leonesa y Catalana de Endocrinología y Nutrición; Sociedad Asturiana de Endocrinología, Diabetes, Obesidad y Nutrición, Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes, Sociedades Extremeña y Gallega de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Navarra, Sociedad Murciana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición, Sociedades de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid y Euskadi; Sociedades de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Madrid y Castilla-La Mancha y Galicia; Sociedad de Pediatría Balear; Sociedad Catalana de Pediatría, Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, Asociaciones Riojana, Andaluza, Gallega, Vasca y Asturiana de Pediatría de Atención Primaria, Asociaciones de Pediatría de Atención Primaria de Aragón, Islas Baleares, Canarias, Castilla y León, Galicia y Madrid; Sección de Atención Primaria de la Sociedad Catalana de Pediatría, Asociación Navarra de Pediatría al cuidado de

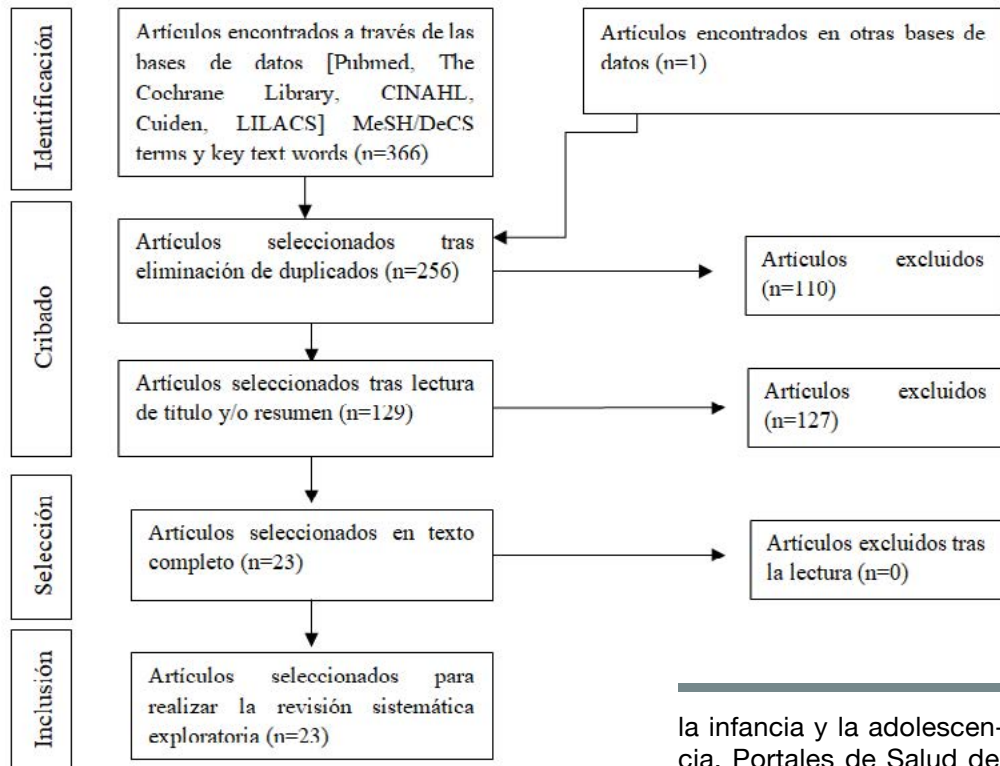


Figura 1.
Diagrama de selección de artículos
Obesidad y Sobrepeso
Elaboración propia

la infancia y la adolescencia, Portales de Salud del Servicio Gallego de Salud, del Principado de Asturias, del Servicio Navarro de Salud y de Castilla y León; Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana y el Portal del Gobierno de Canarias.

Se realizó también una búsqueda en páginas especializadas de las distintas Consejerías de Sanidad y Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma

y en el Ministerio de Sanidad durante los mismos meses, repitiendo a su vez la búsqueda en enero del 2020 y del 2021 para identificar nuevos datos.

De cada artículo o documento encontrado, se recogió la información relacionada con: título, autores, área geográfica del estudio, periodo de tiempo analizado, diseño del estudio, número de pacientes incluidos, edad de los integrantes de la muestra y prevalencia de obesidad, sobrepeso y/o diabetes en la muestra estudiada. Se utilizó una lista guía ad hoc, elaborada para esta revisión.

Se incluyeron todos los estudios publicados desde 2009 hasta 2020. Se rechazaron los artículos que en una primera revisión no tenían como uno de sus objetivos el cálculo de prevalencias de sobrepeso/obesidad y diabetes mellitus a partir del título y/o el resumen o se centraban en población mayor de 18 años o incluía otras enfermedades crónicas. Cuando a través del título y/o resumen no se pudo aceptar o rechazar se obtuvo el texto

completo para su evaluación por los miembros del grupo.

Para la selección de artículos se utilizaron los diagramas plasmados en la **figura 1** y **figura 2**.

En cuanto a los artículos sobre obesidad y sobrepeso en España, se encontraron inicialmente 367. Tras eliminar los duplicados, se realizó una lectura de título y resumen, excluyendo 127 debido a que no cumplían los criterios que se habían establecido anteriormente (no escritos en inglés o español, que la población incluyera a mayores de 18 años o que no fuesen realizados en territorio español). Se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados, resultando, finalmente 23 artículos seleccionados.

RESULTADOS

Uno de los recursos encontrados durante la revisión fue la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2017 (30), donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España. La ENSE es una en-

cuesta de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico. Se vale de un cuestionario específico de menores que aborda aspectos como el estado o los determinantes de salud. La ENSE 2017 realizó 6106 cuestionarios a los progenitores/tutores de menores de 14 años.

En relación con el sobrepeso, la ENSE refiere una prevalencia (en menores entre 2 y 17 años) del 18,21% en niñas y del 8,31% en niños. La obesidad, en cambio, presenta una prevalencia algo más baja. Esta se sitúa en el 10,2% en niñas y el 10,4% en niños **30**.

Del total de menores con sobrepeso el grupo de edad más numeroso fue el que abarca de los 10 a los 14 años presentando este una prevalencia del 21,35%. En obesidad, el grupo con mayor prevalencia es el de 2 a 4 años con un 19,94 % **30**.

Teniendo en cuenta el país de nacimiento la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue, respectivamente, más

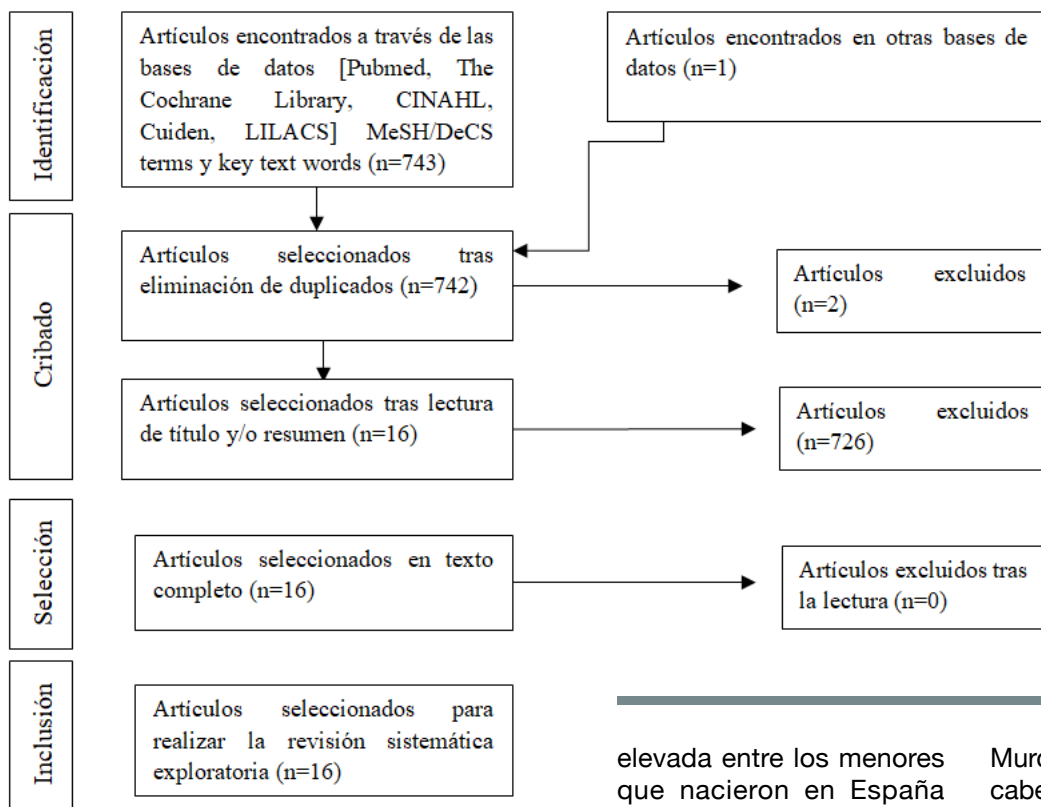


Figura 2.
Diagrama de selección de artículos Diabetes Mellitus
Elaboración propia

elevada entre los menores que nacieron en España (18,29% y 10,3%) frente a los que nacieron en otro país (17,87 % y 10,14%).

Según este documento, la Comunidad Autónoma con un porcentaje mayor de menores con sobrepeso fue Murcia, que alcanza el 25,75% seguida muy de cerca de las Islas Canarias con el 25,15%. La Comunidad con menor prevalencia de sobrepeso fue Extremadura con un 11,88%. En relación con la obesidad,

Murcia también se sitúa a la cabeza con una prevalencia del 14,21% frente al 1,44% de la Comunidad Foral de Navarra.

Se obtuvieron datos del Ministerio de Sanidad, del Servicio Gallego de Salud, del Portal de Salud del Principado de Asturias, del Gobierno de Canarias y de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, los cuales se basaron en la Encuesta Nacional de Salud (30). Asimismo, se ob-

tuvieron datos procedentes del estudio ALADINO de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura y de la Sociedad Española de Obesidad.

Además, se recabaron datos en las páginas oficiales del Servicio Madrileño de Salud, procedente del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN); del departamento de Salud del Gobierno Vasco, del Servicio Madrileño de Salud, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, del Sistema de Salud de Castilla y León, de la Sociedad de Endocrinología y Diabetes; de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria del estudio EnKID, del Programa de Atención de Obesidad Infantil elaborado por el Sistema Andaluz de Salud y de la Sociedad Valenciana de Endocrinología.

No se encontraron datos de prevalencia de obesidad o sobrepeso a nivel nacional en la Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ni en la Asociación Nacional de Personas con Obesidad. A nivel autonómico, no se

halló información en los Servicios Catalán o Murciano de Salud, Gobierno de La Rioja, Sociedad Asturiana de Diabetes, Endocrinología y Obesidad, Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi, Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid, Sociedad Catalana de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Andaluza de Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Asociación Pontesano contra la Obesidad, Escuela Cantabra de Salud, Sociedades de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León; Galicia, de Madrid y Castilla-La Mancha o Balear, Asociaciones Riojana, Andaluza o Gallega de Pediatría de Atención Primaria, Asociaciones de Pediatría de Atención Primaria de Aragón, Islas Baleares, de Canarias o de Castilla y León, Sociedad Catalana de Pediatría, Sección de Atención Primaria de la Sociedad Catalana de Pediatría, Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia o la Asociación Navarra de Pediatría al Cuidado de la Infancia y la adolescencia.

En cuanto a la prevalencia de diabetes mellitus (en menores de 14 años), se sitúa en torno al 0,2%, según la ENSE (30). En niñas se encuentra en el 0,23% y en niños en el 0,18%.

Por grupos de edad, la prevalencia más elevada se encuentra en el grupo de 10 a 14 años, con el 0,42%. En cuanto al país de nacimiento, refieren que la prevalencia en aquellos menores nacidos fuera de España es del 0,00%.

Viendo la prevalencia por Comunidades Autónomas, Murcia presenta la prevalencia más elevada situándose esta en el 0,87% frente al 0,00% de otras Comunidades como son el Principado de Asturias,

el País Vasco, Extremadura, Castilla y León o la Comunidad Valenciana.

Hay pocos estudios que muestren prevalencia de diabetes; su incidencia oscila entre los 10,7/100.000 habitantes-año (31) y los 30,5/100.000 habitantes-año (32). La prevalencia del sobrepeso ronda el 20% y la de la obesidad se mueve entre el 10 y el 20% (30,33).

Los datos del Ministerio de Sanidad sobre diabetes infantil se basaron en la Encuesta Nacional de Salud (30). La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (33) o la Fundación para la Diabetes (34) son algunos de los escasos organismos y asociaciones

que muestran datos referentes a estas enfermedades.

Dado que, otras webs de ámbito nacional como la Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Española de Obesidad, Sociedad Española de Diabetes y Federación Española de Diabetes, no presentan datos publicados al respecto a nivel nacional. Lo mismo que ocurre con otras de carácter autonómico como las Sociedades Andaluza y Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Sociedades Ara-

gonesa, Navarra, Canaria, Castellano-Leonesa, Catalana y Gallega de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Asturiana de Endocrinología, Diabetes, Obesidad y Nutrición, Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes, Sociedad Extremeña de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Sociedad Murciana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición, Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid y la Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi.

En las tablas 1 y 2 se reflejan el número de artículos seleccionados y las variables que se analizaron para ambas revisiones.

Tabla 1.
Características generales de los artículos seleccionados para la revisión de Obesidad y Sobrepeso

Título	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad
Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (30)	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Nacional de Estadística	España	2016-2017	Descriptivo transversal	23.089 en adultos mayores de 15 años 6106 en menores de 14 años	Todas las franjas etarias	Niñas: 18.21% Niños: 18.31%	Niñas: 10.2% Niños: 10.4%
Unhealthy weight among children in Spain and the role of the home environment (35)	Vaquera et al.	España	1 año (2010)	Descriptivo transversal	844	5 - 10 años	24%	17%

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. IOTF: International Obesity Task Force; ENS: Encuesta Nacional de Salud; CDC: Centros para el Control y Prevención de enfermedades, OA: Obesidad Abdominal, WHtR: ratio cintura-altura.

Titulo	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad
¿Cuántos niños hay con exceso de peso en Galicia? ¿Qué información debemos comunicar? ³⁶	Pérez et al.	Galicia	-	Descriptivo transversal	7438	6 - 15 años	Cole: 24,8% Orbegozo: 21,3% OMS: 26,7% EnKid: 14,1%	Cole: 8,1% Orbegozo: 5% OMS: 14,8% EnKid: 7%
Persistencia y variación del sobrepeso y la obesidad en la población preescolar de la Comunidad de Madrid tras dos años de seguimiento. Cohorte ELOIN ³⁷	Ortiz et al.	Madrid	2012-2015	Cohortes prospectivo	2435	4 y 6 años	OMS: 16,5% - 17% IOTF: 8,6% - 13,8% Orbegozo: 5,7% - 8,9%	OMS: 5,4% - 10,1% IOTF: 3% - 6,1% Orbegozo: 4,5 - 7,1%
Prevalence of childhood overweight/obesity in Spain 1993-2011 and associated risk factors in 2011 ³⁸	Ajejas et al.	España	1993-2011	Descriptivo transversal	-	2 - 15 años	1993: 6,5% 2011: 11,8%	1993: 11,3% 2011: 11,9%
Exceso ponderal y obesidad abdominal en niños y adolescentes Gallegos ³⁹	Pérez et al.	Galicia	1 año Curso 2013-2014	Descriptivo transversal	7438	6 - 15 años	24,9%	8,2% OA: 25,8%
Childhood Excess Weight in Spain From 2006 to 2012 ⁴⁰	Ramiro et al.	España	2006-2007 2011-2012	Descriptivo longitudinal	2006-2007: 5590 2011-2012: 3601	5 - 14 años	2006 - 2007 5-9 años: 36,8% 10-14 años: 25% 2011 - 2012 5-9 años: 37% 10-14 años: 22,9%	2006 - 2007 5-9 años: 15,4% 10-14 años: 5,1% 2011 - 2012 5-9 años: 14,7% 10-14 años: 3,7%
Tendencia de la obesidad infantil y el bajo peso por año de nacimiento y edad en España, 1983-2011 ⁴¹	De Ruiter et al.	España	1987-2011	Revisión bibliográfica	-	2 - 14 años	1987 Niños: 16% Niñas: 14,9% 2011 Niños: 19,8% Niñas: 16,9%	1987 Niños: 11,1% Niñas: 12,9% 2011 Niños: 10,6% Niñas: 11,1%
Estudio de seguimiento de la prevalencia de delgadez y sobrepeso de una cohorte de escolares de 4 a 6 años de Castilla-La Mancha ⁴²	Martínez et al.	Castilla La Mancha	2013-2015	Observacional transversal	-	4 - 6 años	2013: 12% 2015: 15,4%	2013: 8,2% 2015: 8,4%
Factors Associated with Overweight and Obesity in Schoolchildren from 8 to 9 Years Old. Barcelona, Spain ⁴³	Sánchez-Martínez et al.	Barcelona	Abril-Junio 2011	Descriptivo transversal	3.262	8 - 9 años	24%	12,7%
Prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil en una localidad extremeña ⁴⁴	Grijota et al.	Villanueva de la Serena (Badajoz)	2015	Descriptivo transversal	617	6-12 años	17,9%	8,2%

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. IOTF: International Obesity Task Force; ENS: Encuesta Nacional de Salud; CDC: Centros para el Control y Prevención de enfermedades, OA: Obesidad Abdominal, WHtR: ratio cintura-altura.

Título	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad
Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un sector sanitario de Zaragoza utilizando diferentes estándares de crecimiento ⁴⁵	Lasarte-Velillas et al.	Sector II de Zaragoza	2012	Descriptivo transversal	35824	2-14 años	Hernández: 6.9% OMS: 18.6%	Hernández: 10.1% OMS: 18.6%
Prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en escolares españoles de 4-6 años en 2013; situación en el contexto europeo ⁴⁶	González García et al	Cuenca y Ciudad Real	2013	Observacional transversal	1585	4-7 años	Cole: 11.84% OMS: 13.92%	Cole: 8.58% OMS: 10.79%
Stabilisation of the trend in prevalence of childhood overweight and obesity in Spain: 2001-11 ⁴⁷	Miqueleiz et al.	España	2001, 2006 y 2011	Descriptivo transversal	2001: 5280 2006: 9100 2011: 5495	5-15 años	2001 Niñas: 23.9% Niños: 30% 2006 Niñas: 25.2% Niños: 29.4% 2011 Niñas: 25.1% Niños: 28.6%	2001 Niñas 7% Niños: 10.4% 2006 Niñas: 7.5% Niños: 8.9% 2011 Niñas: 7.4% Niños: 7.8%
Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Estudio de una cohorte en Castilla y León, España ¹⁰	Yáñez-Ortega et al.	Castilla y León	2012	Observacional retrospectivo	460	14 años	Niñas: 18.5% Niños: 25.3%	Niñas: 4.8% Niños: 8.2%
Relación entre condición física y composición corporal en escolares de primaria del norte de España (Logroño) ⁴⁸	Arriscado et al.	Logroño	2011-2012	Observacional transversal	329	11 - 12 años	23,7%	3,3%
Sobrepeso y obesidad en un grupo de escolares españoles ⁴⁹	De Piero et al.	España	-	Observacional transversal	505	8 - 13 años	15,9%	17,3%
La obesidad: un grave problema de salud pública ⁵⁰	Sánchez	España	-	Revisión bibliográfica	-	2 - 18 años	Según estudios. ENSE - Niños: 29% - Niñas: 26,5%	
Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación Primaria ⁵¹	Alba-Martín	Córdoba	-	Descriptivo transversal	75	6 años	15%	10,5%
Estudio sobre la prevalencia de la obesidad en alumnos de primaria ⁵²	Fernández et al.	Sevilla	-	Descriptivo transversal	37	6 - 9 años	16,22%	18,91%

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. IOTF: International Obesity Task Force; ENS: Encuesta Nacional de Salud; CDC: Centros para el Control y Prevención de enfermedades, OA: Obesidad Abdominal, WHtR: ratio cintura-altura.

Titulo	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad
Incidencia de la obesidad en la población infantil de la ZBS Cazalla de la Sierra (Sevilla) ⁵³	Chanca Franco et al.	Cazalla de la Sierra, Guadalcanal y Alanís (Sevilla)	2014	Descriptivo longitudinal retrospectivo	107	4-7 años	14.95%	16.82%
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de zonas rurales ⁵⁴	Coronado Vázquez et al.	3 comarcas rurales de Huelva	2010	Descriptivo transversal	1565	6, 11 y 14 años	Niñas: Cole: 25.4% Hernández: 10.4% CDC: 19.5% Niños: Cole: 23.8% Hernández: 12.6% CDC: 20.2%	Niñas: Cole: 11.4% Hernández: 17.6% CDC: 17.1% Niños: Cole: 11.7% Hernández: 19.5% CDC: 15.8%
Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years. The ENPE study ⁵⁵	Aranceta-Bartrina et al.	España	2014-2015	Observacional transversal	1601	3-24 años	IOTF: 34,1% OMS: 35,9% Orbegozo: 31,9%	Obesidad IOTF: 10,3% OMS: 12,1% Orbegozo: 10,8% OA WHtR ≥ 0.5: 31,2% Taylor: 29,1% P90 Orbegozo: 29,8%
Prevalence and factors associated with overweight and obesity among Spanish students attending special education schools ⁵⁶	Amo-Setién et al.	7 escuelas de educación especial de Cantabria	2014-2015	Observacional transversal	220	2-18 años	Niñas: 22,1% Niños: 27,3%	Niñas: 26% Niños: 9,8%

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. IOTF: International Obesity Task Force; ENS: Encuesta Nacional de Salud; CDC: Centros para el Control y Prevención de enfermedades, OA: Obesidad Abdominal, WHtR: ratio cintura-altura.

Tabla 2.
Características generales de los artículos seleccionados para la revisión de Diabetes Mellitus

Titulo	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de DM1	Prevalencia de DM2/intolerancia a la glucosa (IG)
Encuesta Nacional de Salud de España 2017 ³⁰	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Instituto Nacional de Estadística	España	2016-2017	Observacional transversal	23.089 en adultos mayores de 15	Todas las franjas etarias	Prevalencia DM Niñas: 0,23% Niños: 0,18%	
Estudio epidemiológico de la diabetes tipo 1, en menores de 15 años en Castilla-La Mancha ⁵⁷	Giralt et al.	Castilla La Mancha	12 meses (06/2007-05/2008)	Observacional transversal + prospectivo	-	< 15 años	14,8% Incidencia: 27,6/100.000 hab-año	-

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. DM: Diabetes Mellitus; hab-año: habitantes por año; Aprox: aproximadamente

Titulo	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de DM1	Prevalencia de DM2/Intolerancia a la glucosa (IG)
Absence of diabetes mellitus type 2 in obese children and adolescents in the north of Spain 58	Aguayo et al.	País Vasco	2005-2009	Observacional prospectivo	136	6,2 - 14,5 años	-	9,6%
Diferencias por edad y sexo en la incidencia de diabetes tipo 1 en Navarra (2009-2011) 59	Forga et al.	Navarra	2009-2011	Observacional transversal	636.158	< 15 años	Incidencia global: 20,3/100.000 hab-año	-
Incidencia de la diabetes tipo 1 en Navarra, 2009-2012 60	Forga et al.	Navarra	2009-2012	Observacional retrospectivo	-	-	Incidencia en <15 años: 19,4/100.000 hab-año	-
Incidencia de la diabetes tipo 1 infantil en Extremadura, 2003-2007 61	Gimeno et al.	Extremadura	2003-2007	Observacional retrospectivo	Aprox. 160.000	< 15 años	Incidencia: 25,5/100.000 hab-año	-
Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España 62	Conde et al.	España	-	Revisión bibliográfica	6.979.933	< 15 años	Incidencia: 17,7/100.00 hab-año	-
Incidencia y tendencia temporal de la diabetes tipo 1 en la infancia, entre 1975 y 2012, en Navarra (España) 63	Forga et al.	Navarra	1975-2012	Observacional retrospectivo	-	< 15 años	Incidencia: 13,2/100.000 hab-año	-
Alta incidencia de diabetes tipo 1 en población magrebí de Osona y Baix Camp 64	Torrabías et al.	Cataluña	2000-2012	Observacional retrospectivo	-	< 19 años	Incidencia: 14,4/100.000 hab-año	-
Age and sex differences in the incidence of diabetes mellitus in a population-based Spanish cohort 65	Vega et al.	España	2000-2011	Observacional retrospectivo	352.902	< 15 años	Incidencia: 10,8/100.000 hab-año	-
Incidence of childhood-onset type 1 diabetes in Biscay, Spain, 1990-2013 31	Fernández et al.	País Vasco	1990-2013	Observacional retrospectivo	3.574.522	< 15 años	Incidencia: 10,7/100.000 hab-año	-
Epidemiología de la diabetes tipo 1 en Asturias: 2002-2011 66	Mayoral et al.	Asturias	2002-2011	Observacional longitudinal	-	< 15 años	15,6/100.000 hab-año	-
Evolución de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 en edad pediátrica en España 67	Nóvoa	España	-	Revisión bibliográfica	-	-	En aumento	-
La incidencia de diabetes tipo 1, en Navarra, se ha estabilizado en los últimos 8 años 68	Forga et al.	Navarra	2009-2016	Observacional transversal	-	< 15 años	Incidencia: 21,5/100.000 hab-año	-

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. DM: Diabetes Mellitus; hab-año: habitantes por año; Aprox: aproximadamente

Titulo	Autores	Área geográfica de estudio	Periodo de tiempo analizado	Diseño del estudio	Número de pacientes incluidos	Edad de los integrantes	Prevalencia de DM1	Prevalencia de DM2/Intolerancia a la glucosa (IG)
Prevalencia y datos asistenciales de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en Asturias 69	Osorio et al.	Asturias	-	Observacional transversal	Aprox. 106.505	< 15 años	1,25%	-
Epidemiology of childhood-onset type 1 diabetes in Gran Canaria (2006-2018) 32	Nóvoa et al.	Gran Canaria	2006-2018	Observacional retrospectivo	-	< 14 años	Incidencia: 30,5/100.000 hab-año Incremento: 1,39%/año	-

Fuente: elaboración propia a través de los artículos seleccionados. DM: Diabetes Mellitus; hab-año: habitantes por año; Aprox: aproximadamente

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El objetivo de esta revisión exploratoria fue analizar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y diabetes en población infantil y adolescente en España. En general los veintitrés estudios sobre obesidad y sobrepeso [10, 35–54](#), así como los dieciséis artículos sobre diabetes [31, 57–61, 63–69](#) y los organismos consultados [30](#) coincidieron en que las enfermedades anteriormente reseñadas son crónicas y prevalentes en España. Sin embargo, muchos de esos datos son de difícil acceso tanto para los profesionales como para el público general.

En relación con el porcentaje de sobrepeso se halló

mucha diversidad en los resultados debido a la utilización de diferentes métodos diagnósticos (criterios OMS, Hernández u Orbe-gozo, Cole, CDC, IOTF) [36, 37, 45, 46, 54](#), siendo el porcentaje más elevado si el criterio utilizado era el de la OMS [36, 37, 45, 46](#), explicados anteriormente en la introducción de esta revisión.

También se halló diferencia en función del sexo siendo mayor en niños frente a niñas [10, 30, 41, 47, 54, 55](#) y menor en adolescentes que en población infantil [40](#). La única excepción a esto se ha encontrado en la investigación realizada por Amo-Setién, Abajas-Bustillo, Sarabia-Cobo et al., donde el riesgo de obesidad en las niñas era mayor

que en los niños, sin existir diferencias significativas de prevalencia en la estratificación por edad [\(56\)](#).

Se observó que la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad fue mayor si el estudio analizaba toda la población española [30, 35, 38, 40, 41, 47, 49, 50](#) y se realizaba más próximo en el tiempo. Pero a pesar de la heterogeneidad, se observó que el porcentaje de sobrepeso infantil y juvenil en España ha aumentado desde 1993 hasta 2006, descendiendo ligeramente hasta la actualidad.

Únicamente en dos de los veintitrés artículos consultados existen referencias a la obesidad central [39, 55](#), estando este concepto muy relacionado tanto en pobla-

ción adulta como en infanto-juvenil con una mayor prevalencia de factores de riesgo metabólico, como hiperglucemia, tensión arterial elevada, dislipemia y síndrome metabólico entre otros [70](#).

La primera dificultad para realizar comparaciones fue el criterio diagnóstico utilizado, la segunda el uso de diferentes rangos de edad (agregados o desagregados) y, en tercer lugar, el origen de los datos (declarados desde otra fuente, o medidos y publicados por una fuente primaria).

Es por ello que la diversidad metodológica de los artículos no permite extraer conclusiones apodócticas en cuanto a la tendencia, ni por grupos etarios ni por terri-

torios, ya que se ponen de manifiesto variaciones importantes en los valores de prevalencia de sobrepeso y obesidad debido a lo ya mencionado anteriormente.

En relación con la prevalencia de diabetes solo se recogió en tres artículos [57](#), [66](#), [69](#). El resto de los artículos recogieron la incidencia [31](#), [58-65](#), [67](#), [68](#). Oscilaron entre el 30,5/100.000 habitantes-año y 10,7/100.000 habitantes-año [31,32](#). Se utilizó la incidencia frente a la prevalencia por la importancia de nuevos diagnósticos de diabetes tipo 1 en población infantil y adolescente, para la planificación de recursos y la gestión de

la promoción y prevención primaria. La mayoría de los estudios se realizaron entre 2003 y 2011 [31](#), [57-67](#), [69](#), excepto uno desarrollado en 2016 y otro finalizado en 2018 [32](#), [68](#), por lo que no fueron actuales y no permitieron el estudio de la tendencia, estando desactualizados.

En cuanto a las fortalezas de este trabajo, se pudieron valorar los resultados de algunos estudios con la misma metodología tanto al estudiar el sobrepeso y la obesidad como la diabetes, pudiendo valorar el cambio de tendencia de estas enfermedades en el tiempo.

Las limitaciones de esta revisión se basan en la falta de estandarización de los criterios diagnósticos de estas afecciones, así como en la amplia variabilidad de diseño de los estudios encontrados, lo que dificulta la tarea de comparar los resultados obtenidos. Otra limitación además de la escasez de estudios que incluyeron entre sus objetivos conocer la prevalencia de diabetes, no tanto en los de sobrepeso y obesidad.

Sería recomendable, que los estudios realizados sobre la prevalencia de dichas patologías fueran transparentes desde un punto de vista metodológico con el fin de facilitar por un lado su repetición y por otro la comparación de los datos entre las diferentes Comunidades Autónomas. Cabe destacar que a la vista de los resultados y por la opacidad de su metodología, no es posible contrastar bien la información obtenida en los diferentes estudios.

Sería reseñable que, si las diferentes Comunidades Autónomas desde sus Consejerías o Servicios de Salud realizaran estudios meto-

dológicamente similares y utilizaran los mismos criterios diagnósticos, se podrían comparar y extraer resultados más concluyentes. Asimismo, sería imprescindible que fuesen accesibles a los profesionales, para interpretar la información obtenida y, por tanto, poder tomar las decisiones y medidas que se precisen.

Para poder aplicar la información recogida en esta revisión, sería recomendable plantearse diseñar un estudio con unos criterios de inclusión de artículos más estándar, de modo que los resultados serían más homogéneos en cuanto a metodología y por tanto, más fiables en relación a los datos de prevalencia de diabetes, sobrepeso y obesidad en la población infanto-juvenil en España. Asimismo la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil ENSI (Red ENSI) como grupo referente de profesionales de enfermería que contribuyen a la salud infantil desde una perspectiva multidisciplinar se plantea el realizar estudios futuros que permita estudiar estos datos en la población infanto-juvenil en España [71](#).

Se halló diferencia en función del sexo siendo mayor en niños frente a niñas y menor en adolescentes que en población infantil

Bibliografía

1. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
2. Consejería de Sanidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. 2013. 1-142 p.
3. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2018 [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Lobstein T. Prevalence And Trends Across The World. En: The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. M.L. Frelut; 2015.
5. Marrodán Serrano MD, Mesa Santurino MS, Alba Díaz JA, Ambrosio Soblechero B, Barrio Caballero PA, Drak Hernández L, et al. Diagnóstico de la obesidad: Actualización de criterios y su validez clínica y poblacional. *An Pediatr*. 2006;65(1):5-14.
6. Hernández M, Castellet J, Narvaiza J, Rincón J, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Desarrollo I de I sobre C y, editor. Bilbao; 1988.
7. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Papers Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.
8. CDC. Las discapacidades y la obesidad | Las discapacidades y la salud | NCBDDD | CDC [Internet]. [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/obesity.html>
9. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol méd Hosp Infant Méx*. 2008;65(6):502-18.
10. Yáñez-Ortega JL, Arrieta-Cerdán E, Lozano-Alonso JE, Gil Costa M, Gutiérrez-Araus AM, Cordero-Guevara JA, et al. Prevalence of overweight and obesity in child population. A study of a cohort in Castile and Leon, Spain. *Endocrinol Diabetes y Nutr*. 2019;66(3):173-80.
11. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. agosto de 2014;384(9945):766-81.
12. Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clin Proc*. febrero de 2017;92(2):251-65.
13. Ortiz-Pinto MA, Ortiz-Marrón H, Rodríguez-Rodríguez A, Casado-Sánchez L, Cuadrado-Gamarra JI, Galán I. Parental perception of child health status and quality of life associated with overweight and obesity in early childhood. *Qual Life Res*. 3 de enero de 2020;29(1):163-70.
14. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes*. 3 de abril de 2009;33(4):387-400.
15. Buttitta M, Iliescu C, Rousseau A, Guerrien A. Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Qual Life Res*. 19 de mayo de 2014;23(4):1117-39.
16. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *Int J Pediatr Obes*. agosto de 2010;5(4):282-304.
17. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-Analysis of the Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life among Children and Adolescents, Assessed Using the Pediatric Quality of Life Inventory Index. *J Pediatr*. febrero de 2013;162(2):280-286.e1.
18. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity*. marzo de 2013;21(3):E322-7.
19. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2010;33(Supplement_1):S62-9.
20. Mora Gómez-Calcerrada E, Beléndez Vázquez M, Ballester Herrera M, Giralt Muiña P, Contreras Acevedo M, Mora Gómez-Calcerrada M. Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. *Av en Diabetol*. 2016;21:151-60.
21. Barrio R. Actualización de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica [Internet]. Vol. 3, AEPap. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016 [citado 8 de noviembre de 2016]. p. 369-77. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/4t2.12_actualizacion_de_la_diabetes_tipo_1.pdf
22. Comité del Diabetes Atlas de la FID. Diabetes Atlas. 8o Edición. Vol. 8, Federación Internacional de Diabetes. Bruselas: Internaciional Diabetes Federation; 2017. 0-148 p.
23. DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med*. agosto de 2006;23(8):857-66.
24. Nathan DM. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 Years: Overview.

- Diabetes Care. 19 de enero de 2014;37(1):9-16.
25. Cameron FJ. Standards of Medical Care in Diabetes--2014. Diabetes Care. 2014;37(Supplement_1):S14-80.
26. Hamilton H, Knudsen G, Vaina CL, Smith M, Paul SP. Children and young people with diabetes: recognition and management. Br J Nurs. 23 de marzo de 2017;26(6):340-7.
27. Pihoker C, Forsander G, Fantahun B, Virmani A, Corathers S, Benitez-Aguirre P, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabetes. octubre de 2018;19(May):84-104.
28. Donaghue KC, Marcovecchio ML, Wadwa RP, Chew EY, Wong TY, Calliari LE, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents. Pediatr Diabetes. octubre de 2018;19:262-74.
29. Zborovski SJ, Mahmud FH. Paediatric type 1 diabetes 2018: Clinical and research insights. Paediatr Child Health. 11 de mayo de 2018;23(3):198-202.
30. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España. 2017.
31. Fernández Ramos C, Arana Arri E, Jiménez Huertas P, Vela A, Rica I. Incidence of childhood-onset type 1 diabetes in Biscay, Spain, 1990-2013. Pediatr Diabetes. febrero de 2017;18(1):71-6.
32. Nóvoa Y, de La Cuesta A, Caballero E, de Gauna MR, Quintero S, Domínguez A, et al. Epidemiology of childhood-onset type 1 diabetes in Gran Canaria (2006-2018). Endocrinol Diabetes y Nutr. 2020;67(10):658-64.
33. Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO 2015. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. Madrid; 2016.
34. Fundación para la Diabetes. La diabetes en niños y adolescentes [Internet]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/299/la-diabetes-en-ninos-y-adolescentes-1>
35. Vaquera E, Jones R, Marí-Klose P, Marí-Klose M, Cunningham SA. Unhealthy weight among children in Spain and the role of the home environment. BMC Res Notes. 2018;11:591.
36. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Pintos AM, Suanzes Hernández J, Vidal XH. ¿Cuántos niños hay con exceso de peso en Galicia? ¿Qué información debemos comunicar? Rev Esp Salud Pública. 2018;92:1-8.
37. Ortiz-Marrón H, Ortiz-Pinto MA, Cuadrado-Gamarra JI, Esteban-Vasallo M, Cortés-Rico O, Rey-Gayo L, et al. Persistencia y variación del sobrepeso y la obesidad en la población preescolar de la Comunidad de Madrid tras dos años de seguimiento. Cohorte ELOIN. Vol. 71, Revista Española de Cardiología. 2018. p. 902-9.
38. Ajejas Bazán MJ, Jiménez Trujillo MI, Wärnberg J, Domínguez Fernández S, López de Andrés A, Pérez Farinós N. Prevalence of childhood overweight/obesity in Spain 1993-2011 and associated risk factors in 2011. Nutr Hosp. 16 de enero de 2018;35(1):84-9.
39. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Leis R, Martínez A, Malvar A, Hervada X, et al. Exceso ponderal y obesidad abdominal en niños y adolescentes gallegos. An Pediatría. noviembre de 2018;89(5):302-8.
40. Ramiro-González MD, Sanz-Barbero B, Royo-Bordonada MÁ. Exceso de peso infantil en España 2006-2012. Determinantes y error de percepción parental. Rev Española Cardiol. agosto de 2017;70(8):656-63.
41. de Ruiter I, Olmedo-Requena R, Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ. Tendencia de la obesidad infantil y el bajo peso por año de nacimiento y edad en España, 1983-2011. Rev Española Cardiol. agosto de 2017;70(8):646-55.
42. Martínez Alfonso J, Pozuelo-Carrascosa DP, Solera-Martínez M, González-García A, MartínezVizcaíno V, Sánchez-López M, et al. Estudio de seguimiento de la prevalencia de delgadez y sobrepeso de una cohorte de escolares de 4 a 6 años de Castilla-La Mancha. Nutr Hosp. 29 de noviembre de 2016;33(6):1299-304.
43. Sánchez-Martínez F, Torres Capcha P, Serral Cano G, Valmayor Safont S, Castell Abat C, Ariza Cardenal C. Factors Associated with Overweight and Obesity in Schoolchildren from 8 to 9 Years Old. Barcelona, Spain. Rev Esp Salud Publica. 2016;90:e1-11.
44. Grijota Pérez FJ, Robles Gil MC, Muñoz Marín D, Maynar Mariño M. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil en una localidad extremeña. Aten Primaria. 2016;48(3):206-7.
45. Lasarte-Velillas JJ, Hernández-Aguilar MT, Martínez-Boyero T, Soria-Cabeza G, Soria-Ruiz D, Bastarós-García JC, et al. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un sector sanitario de Zaragoza utilizando diferentes estándares de crecimiento. An Pediatr. 2015;82(3):152-8.
46. García AG, Bueno CÁ, de la Cruz LL, López MS, Martínez MS, Fernández AD, et al. Prevalencia de delgadez, sobrepeso y obesidad en escolares españoles de 4-6 años en 2013; situación en el contexto Europeo. Nutr Hosp. 2015;32(4):1476-82.

47. Miqueleiz E, Lostao L, Regidor E. Stabilisation of the trend in prevalence of childhood overweight and obesity in Spain: 2001-11. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):960-3.
48. Arriscado D, Muros JJ, Zabala M, Dalmau JM. Relación entre condición física y composición corporal en escolares de primaria del norte de ESP (Logroño). *Nutr Hosp*. 2014;30(2):385-94.
49. Piero A De, Rodríguez-Rodríguez E, González-Rodríguez LG, López-Sobaler AM. Sobrepeso y obesidad en un grupo de escolares españoles. *Rev Chil Nutr*. septiembre de 2014;41(3):264-71.
50. Sánchez-Muniz FJ. La Obesidad un grave problema de Salud Pública. *An la Real Acad Nac Farm*. 2016;Extra 1:6-26.
51. Alba-Martín, Raquel. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enferm Glob*. 2016;42:40-51.
52. Fernández Toro M, Fernández Toro RM, Guerrero Dominguez Y. Estudio sobre la prevalencia de la obesidad en alumnos de primaria. *Hygia enfermería Rev científica del Col*. 2015;89:10-5.
53. Chanca Franco M del C, Moreno Ortega JA, Martín Rendón M del C. Incidencia de la obesidad en la población infantil de la ZBS Cazalla de la Sierra (Sevilla). *Paraninfo Digit*. abril de 2014;(20).
54. Coronado Vázquez V, Otero Sobrado D, Canalejo González D, Cidoncha Pérez J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de zonas rurales. *Gac Sanit*. septiembre de 2012;26(5):460-2.
55. Aranceta-Bartrina J, Gianzo-Citores M, Pérez-Rodrigo C. Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years. The ENPE study. *Rev Española Cardiol (English Ed)*. 2020;73(4):290-9.
56. Amo-Setién F, Abajas-Bustillo R, Sarabia-Cobo C, Parás-Bravo P, Leal-Costa C, Redondo-Figuero C, et al. Prevalence and factors associated with overweight and obesity among Spanish students attending special education schools. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(3):364-72.
57. Giral Muiña P, Ballester Herrera MJ, Palomo Atance E, Angulo Donado JJ, Sánchez G, Santillana Ferrer L. Estudio epidemiológico de la diabetes tipo 1, en menores de 15 años en Castilla-La Mancha. *An Pediatría*. febrero de 2012;76(2):83-91.
58. Aguayo A, Vela A, Aniel-Quiroga A, Blarduni E, Fernández C, Grau G, et al. Absence of diabetes mellitus type 2 in obese children and adolescents in the north of Spain. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 1 de enero de 2013;26(1-2):25-9.
59. Forga L, Goñi MJ, Cambra K, Ibáñez B, Mozas D, Chueca M. Diferencias por edad y sexo en la incidencia de diabetes tipo 1 en Navarra (2009-2011). *Gac Sanit*. noviembre de 2013;27(6):537-40.
60. Forga L, Cambra K, Mozas D, Chueca M. Incidencia de la diabetes tipo 1 en Navarra, 2009-2012 Incidence of type 1 diabetes in Navarre, 2009-2012. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37:2009-12.
61. Gimeno Benítez A, Luengo Pérez LM, Suero Villa P, Suero Villa S, Sánchez Vega J. Incidencia de la diabetes tipo 1 infantil en Extremadura, 2003-2007. *Semergen*. 2014;40(4):177-82.
62. Conde S, Rodríguez M, Bueno G, López JP, González B, Rodrigo MP, et al. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. *An Pediatría*. 2014;81(3):189.e1-189.e12.
63. Forga Llenas L, Goñi Iriarte MJ, Cambra Contin K, Ibáñez Beroiz B, Chueca Guendulain M, Berrade Zubiri S. Incidence and temporal trends of childhood type 1 diabetes between 1975 and 2012 in Navarre (Spain). *Gac Sanit*. enero de 2015;29(1):51-4.
64. Torrabías-Rodas M, Feliu-Rovira A, Porcar-Cardona I, Altimiras-Roset J. Alta incidencia de diabetes tipo 1 en población magrebí de Osona y Baix Camp. *An Pediatría*. abril de 2017;86(4):176-81.
65. Vega T, Gil M, Lozano J. Age and sex differences in the incidence of diabetes mellitus in a population-based Spanish cohort. *J Diabetes*. mayo de 2015;7(3):411-7.
66. Mayoral González B, Riaño Galán I, Rodríguez Dehlí C, Labra Alvarez R, Díaz Naya L, Menéndez Torre E. Epidemiología de la diabetes tipo 1 en Asturias: 2002-2011. *Endocrinol Diabetes y Nutr*. febrero de 2018;65(2):68-73.
67. Nóvoa Medina Y. Evolución de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 en edad pediátrica en España. *Endocrinol Diabetes y Nutr*. febrero de 2018;65(2):65-7.
68. Forga L, Tamayo I, Chueca M, Ibáñez B, Sainz de los Terreros A, Goñi MJ. Incidence of type 1 diabetes mellitus in Navarre stabilized in the last eight years. *Endocrinol Diabetes y Nutr*. 2018;65(5):274-9.
69. Osorio Álvarez S, Riestra Rodríguez M del R, López Sánchez R, Alonso Pérez F, Oltra Rodríguez E. Prevalencia y datos asistenciales de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en Asturias. *Endocrinol Diabetes y Nutr*. marzo de 2019;66(3):188-94.
70. Lo K, Wong M, Khalechelvam P, Tam W. Waist-to-height ratio, body mass index and waist circumference for screening paediatric cardio-metabolic risk factors: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17(12):1258-75.
71. Sellán MC, Díaz ML. Red ENSI Investigación y transferencia de conocimientos de Enfermería a través de redes: el caso de la red ENSI. *Tiempos de Enfermería y Salud*; 1(3): 42-45.

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN RCP EN ESCOLARES DE PRIMARIA

EVALUATION
OF CPR TRAINING
IN ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN

MAITE SENÉN ARRILLAGA ¹
CARLOS MÉNDEZ MARTÍNEZ ²
DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA ³
MARIO GARCÍA SUÁREZ ²

¹ Hospital Universitario de Burgos.

² Reanimación Cardíaca-Críticos. Hospital Universitario de León.

³ Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León

✉ mgars@unileon.es

Resumen

Introducción. La escuela constituye un ámbito ideal para iniciar programas de difusión de RCP, ya que los escolares podrían difundir los conocimientos entre amigos y familiares adultos, y además, al poder capacitar a una gran número de escolares durante la educación obligatoria, a largo plazo, aumentará la proporción de individuos entrenados en la sociedad.

Metodología. Se ha realizado un estudio descriptivo observacional y un estudio pre-post sin grupo control sobre una muestra de 60 escolares de diez a doce años en un colegio público urbano. Esta intervención se ha centrado en formar a los escolares en conocimientos y habilidades sobre soporte vital básico, reanimación cardiopulmonar y el uso del desfibrilador externo semiautomático para posteriormente evaluar y analizar el grado de adquisición de conocimientos y habilidades.

Resultados. Se ha observado un aumento considerable de conocimientos y habilidades a la hora de realizar la secuencia del soporte vital básico, en el uso correcto y adecuado del desfibrilador externo semiautomático, o en cómo realizar la reanimación cardiopulmonar, si bien los escolares no han alcanzado a realizar unas compresiones torácicas de calidad.

Abstract

Introduction. The school is an ideal setting for initiating CPR dissemination programs, since schoolchildren could spread the knowledge among adult friends and relatives and, in addition, by being able to train a large number of schoolchildren during compulsory education, in the long term, the proportion of trained individuals in society will increase.

Methodology. A descriptive observational study and a pre-post study without control group was carried out on a sample of 60 schoolchildren aged ten to twelve years in an urban public school. This intervention focused on training schoolchildren in knowledge and skills on basic life support, cardiopulmonary resuscitation and the use of the semiautomatic external defibrillator, and then evaluating and analyzing the degree of acquisition of knowledge and skills.

Results. A considerable increase in knowledge and skills was observed in the basic life support sequence, in the correct and adequate use of the semiautomatic external defibrillator, and in how to perform cardiopulmonary resuscitation, although the schoolchildren were not able to perform quality chest compressions.

Conclusiones. Podemos concluir que la intervención educativa en la etapa escolar es un método óptimo y efectivo para aumentar los conocimientos y habilidades acerca del soporte vital básico y la reanimación cardiopulmonar. Por todo ello sería recomendable la inclusión de este tipo de intervenciones en el programa escolar para mejorar globalmente el grado de conocimientos y habilidades de la población.

Conclusions. We can conclude that educational intervention at school is an optimal and effective method for increasing knowledge and skills in basic life support and cardiopulmonary resuscitation. Therefore, it would be advisable to include this type of intervention in the school program to improve the overall level of knowledge and skills of the population.

Palabras clave

enseñanza, escolares, escuela, RCP

Keywords

teaching, schoolchildren, school, CPR

INTRODUCCIÓN

Parada cardiorrespiratoria (PCR)

En la actualidad existe una gran morbilidad y mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares que desembocan a su vez en paradas cardiorrespiratorias (PCR) **1**. Estas situaciones, como es lógico, requieren de actuaciones inmediatas con las que se puedan evitar resultados negativos así como la muerte o la producción de secuelas físicas.

De hecho, las PCR se han convertido en una de las principales causas de muerte en Europa **2**. Alrededor de 27.500 personas al año sufren una PCR extrahospitalaria con solo un 10% de probabilidad de supervivencia **3, 4**.

En España, en concreto, el número de muertes por infarto de miocardio alcanza las 25.000 al año sin que los pacientes hayan sido atendidos por el servicio sanitario de rescate **5, 6**. Por lo general se suele tardar de media unos ocho minutos en llegar hasta el lugar de localización de la víctima necesitada de asistencia, siendo los primeros minutos tras la PCR esenciales para la mejora de la tasa de supervivencia **3**.

Teniendo en cuenta que el 90% de las PCR ocurren en un ámbito extrahospitalario y que de ellas el 90% son de origen cardíaco **1**, es también importante señalar que el ritmo cardíaco que suelen presentar la mayoría de las personas que sufren una PCR, es de fibrilación ventricular (FV) (75%) **1, 7**, y que la misma podría revertirse en un 85% de los casos

mediante una actuación eficaz en los primeros minutos desde su inicio **1**.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Puesto que la PCR incide en gran medida en el aumento de muertes, se prevé luchar contra las mismas mediante una cadena de supervivencia. Es decir, una serie de maniobras con las que se intenta revivir al paciente, destacando de entre todas ellas la reanimación cardiopulmonar (RCP).

Dos de los primeros descubridores de esta técnica de resuscitación básica fueron Peter Safar y Kuowenhoven **1, 8, 9** y de la misma se destaca la posibilidad de que pueda ser realizada por cualquier persona que haya recibido previamente un

entrenamiento proporcionado por instructores cualificados.

Ahora bien, en nuestra sociedad moderna, la educación y enseñanza de maniobras de reanimación debería incrementarse sustancialmente dado que actualmente solo el 25% de testigos presenciales de una PCR sabrían cómo actuar para salvar una vida **6, 10**, y de aquellos que están en posición de proporcionar tal reanimación, muchos no la realizan por pánico o miedo (38%), o por la preocupación de no realizarla correctamente (11%). De poseer un mayor número de testigos que actuaran de forma inmediata y efectiva esta técnica permitiría triplicar la tasa de supervivencia **11, 12, 13**.

De este modo puede obtenerse la conclusión de que la forma-

ción en RCP básica no solo debe centrarse en los sanitarios sino también en los propios ciudadanos, ya que ello permitiría mejorar su capacidad de reacción frente a situaciones inesperadas de emergencia y aumentar tanto su nivel de conocimientos como la seguridad y confianza para ponerlos en práctica **10, 11**.

que va destinada la misma **14**, dado que ha quedado demostrado que en aquellos colegios en los que esta técnica ha sido utilizada ha habido una mejora en las tasas de resucitación **2**.

Aunque existe una ligera controversia a la hora de determinar cuál es la edad de inicio ideal para implantar programas educativos acerca de la RCP **13**, la mayoría de autores refieren que la mejor edad es la comprendida en el propio ámbito escolar. Así la población diana de la enseñanza de esta técnica será toda la población

puesto que la mayoría de ésta recibirá la educación primaria o secundaria (obligatoria) **2, 11, 15, 16**.

En cualquier caso la enseñanza de la RCP desde edades tempranas trae consigo más ventajas que inconvenientes, y si bien es cierto que enseñar a niños puede llegar a ser más complicado dada su inmadurez tanto física como mental,

las habilidades de destreza o la capacidad de retención de conocimientos aumentan considerablemente respecto de las que poseen personas con edades superiores **17**.

Sin embargo, en un estudio con niños menores de seis años se comprobó que la mayoría de éstos sabían identificar una situación de emergencia siendo capaces de llamar a los servicios sanitarios **18**, e incluso saber si una persona respiraba tras una intervención educativa previa **14**.

Ahora bien, también surge el problema de su capacidad física, en concreto de la imposibilidad de realizar unas compresiones efectivas debido a su menor complejidad **2**.

Todo ello indica que a muy temprana edad ya se pueden ir enseñando conceptos básicos **2**, y que éstos deberán ajustarse e incrementarse gradualmente con la edad, para así alcanzar los conocimientos y la práctica de la cadena de supervivencia necesarios para poder salvar vidas **13, 14, 16, 19**.

A diferencia de los niños, los jóvenes no muestran ningún problema en llegar a un ritmo aconsejable de compresiones (100-120 compresiones por

minuto) y administrar insuflaciones. Lo único que difiere respecto de los adultos es la profundidad de las compresiones, siendo necesario una profundidad de cinco a seis centímetros. Las variables que influyen por tanto en la efectividad de las compresiones son la edad, el peso y la altura. Respecto al género no hay estudios que demuestren claramente si influye. De hecho, la variable más influyente de todas es el peso, el cual si es mayor de 50 kilogramos supone que sea más probable que las compresiones sean más efectivas. Por lo general, los chicos de doce a catorce años y las chicas de catorce a dieciséis años al haber alcanzado un peso de 50 kilogramos o más suelen lograr realizar maniobras de supervivencia efectivas, siendo comparables incluso a la efectividad de las de un adulto y sin perjuicio de la posibilidad de mejora, como es lógico, con la práctica y el peso **3, 13, 14, 18, 19**.

También es cierto que la enseñanza de la RCP a los jóvenes presenta una ventaja, y es la relativa a la posibilidad de que esos conocimientos se puedan aplicar en el ámbito escolar, siendo necesarias tres horas al año de media y ocho horas anuales como máximo **13** sin que se vea afectado el contenido acadé-

Los niños suelen estar más
predispuestos a aprender
y a ejecutar la acción si es necesario
y presentan una actitud positiva,
llegando a involucrar
a los profesores
e incluso a familiares

¿Cómo actuar frente a esto?

No obstante, cabe preguntarse cómo se podría actuar, para lo cual en primer lugar sería necesaria, tal y como se ha indicado anteriormente, una docencia previa para adquirir así los conocimientos necesarios, entendiendo que esta medida será más efectiva cuanto más joven sea la población a la

Es necesario la combinación de una enseñanza de aspectos teóricos junto con demostraciones prácticas, y todo ello unido al entrenamiento propio de cada alumno con los maniqués

mico y obteniendo además en el proceso resultados positivos del aprendizaje [12, 14](#).

Además, los niños suelen estar más predispuestos a aprender y a ejecutar la acción si es necesario y presentan una actitud positiva, llegando a involucrar a los profesores e incluso a familiares para que también aprendan. Asimismo, con los entrenamientos mejoran su confianza para actuar [6, 16, 18, 20](#).

El diseño de programas específicos y adaptados además de capacitar el material adecuado para una correcta enseñanza, como por ejemplo es el uso de maniqués [20, 21](#) o el uso de vídeos de entrenamiento [14](#), evitará problemas de implantación de éstos en los colegios [4](#). Por lo tanto, se puede llegar a mejorar la autoestima de cada alumno al trasladar conocimientos teóricos a la práctica unido a la posibilidad de tratar el tema de la muerte o inculcar hábitos de vida saludables como actuar frente a situaciones de emergencia [13](#).

Dado que a través de la enseñanza práctica se adquieren mucho más rápido los conocimientos necesarios [22](#), se pueden habilitar para ello plataformas electrónicas a las

que los alumnos pueden acceder para aprender conceptos teóricos acerca de accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y hábitos de vida saludables, y sin influir en las habilidades prácticas para realizar una RCP efectiva [23](#).

Se puede practicar mediante otras técnicas en casa junto con otros elementos básicos de la vida diaria que mejoran las habilidades, como por ejemplo a través de un video explicativo [24](#).

Otras técnicas que ayudan a retener mejor la información y recordarla durante más tiempo (aproximadamente unos ocho meses) consisten en el uso de una canción para recordar el algoritmo de la RCP [25](#).

Por lo tanto y en definitiva, es necesario la combinación de una enseñanza de aspectos teóricos junto con demostraciones prácticas, y todo ello unido al entrenamiento propio de cada alumno con los maniqués para que se incrementen eficazmente los conocimientos necesarios en los jóvenes orientados a la realización del soporte vital básico y con él la RCP [2, 26](#).

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar el grado

de conocimiento adquirido tras una intervención formativa práctica de dos horas de duración sobre el soporte vital básico.

METODOLOGÍA

Diseño

Para llevar a cabo el objetivo de este trabajo se realizó un estudio descriptivo observacional transversal para evaluar la secuencia del soporte vital básico y un estudio pre-post sin grupo control para evaluar la mejora de conocimientos. Se analizó el grado de conocimientos adquirido además de la capacidad de actuación para realizar un soporte vital básico de forma adecuada, relacionándolo con la edad, sexo, peso y talla de cada individuo.

Población

La población diana de este trabajo fueron cuatro grupos de niños y niñas con edades comprendidas entre los diez y doce años, de 5º y 6º de Primaria de un colegio público urbano de la provincia de León.

Muestra

La muestra inicial fue de 67 alumnos, repartidos en cuatro clases: 18, 21, 15 y 13 en 5º A, 5º B, 6º

A y 6º B respectivamente. La muestra final fue de 60 alumnos. Cuatro alumnos fueron excluidos por falta del justificante paternal y otros tres por falta de asistencia el día de la evaluación.

Criterios de selección

Para elegir la muestra se aplicaron unos criterios de inclusión y de exclusión. Se pretendía obtener un número de niños que pudiesen recibir clases de enseñanza del soporte vital básico y la RCP.

Criterios de inclusión: se incluyeron en el estudio a todos aquellos niños y niñas de diez a doce años que se encontraban matriculados en 5º y 6º de primaria en un colegio público urbano.

Criterios de exclusión: se excluyeron a aquellos niños y niñas que no asistieron a ninguna clase o que no obtuvieron la autorización de los padres o tutor para realizar este estudio.

Variables

Para realizar este estudio se tuvo en cuenta las diversas variables relacionadas con los sujetos a estudio. Se recogió información sobre el sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y curso académico.

	SI	NO	No procede	OBSERVACIONES
1	Aproximación segura			
2	Comprueba la consciencia			
	Pregunta y grita			
	Le zarandea			
3	Abre la vía aérea			
	Maniobra frente-mentón			
4	Comprueba la respiración			
	Mantiene frente-mentón			
	VOS			
	Valora durante 10 segundos			
	Coloca en PLS			
5	Llama 112			
	Pide DEA			
6	Realiza 30:2			
	Empieza por compresiones			
	Colocación de manos en centro del pecho			
	Colocación en la vertical del paciente			
	Compresión-descompresión adecuada			
	Ritmo adecuado			
	Visualización boca			
	Abre vía aérea			
	Pinza nariz			
	Insufla 1 segundo			
7	Enciende DEA			
	Sigue instrucciones			
	Coloca parches			
	Realiza compresiones mientras carga			
	Realiza mínimas interrupciones			
8	Continúa RCP 30:2			

Tabla 1.
**Variables de la
secuencia del
soporte vital básico**

Las variables de la secuencia del soporte vital básico fueron recogidas como se presentan en la **tabla 1**.

Instrumento

Se entregó un cuestionario antes y después del programa con el que se evaluó los conocimientos adquiridos con el entrenamiento y la enseñanza. Este cuestionario se componía de diez preguntas sencillas acerca del soporte vital básico y la RCP, es decir, de los conocimientos necesarios para poder actuar ante una situación de emergencia como la PCR (Cuestionario). Además, se utilizaron maniqués y un desfibrilador externo semiautomático para aprender de forma práctica la secuencia del soporte vital básico.

Para la evaluación práctica del soporte vital básico y la RCP se utilizó un programa de ordenador Skill Reporter que evalúa la calidad de las compresiones y ventilaciones

proporcionadas a un maniquí, una soporte en papel donde se recogían los distintos parámetros y datos a evaluar sobre la secuencia de la RCP, además de un maniquí y un desfibrilador externo semiautomático.

Método

Para realizar este trabajo de investigación se contactó primero con el colegio. Posteriormente se hicieron todos los trámites necesarios, contactando para ello con la Junta de Castilla y León. Finalmente, hechos los trámites, se les pidió a los padres o tutores de los niños que firmasen un consentimiento informado para así poder obtener la muestra final.

Intervención formativa

Cada grupo del estudio estaba constituido por una clase siendo en total cuatro clases de dos cursos diferentes del mismo colegio. Dos clases de 5º de primaria (10 - 11 años) y dos clases de 6º de primaria (11 - 12 años).

La duración total del estudio se realizó en tres horas, las cuales fueron proporcionadas a cada grupo en diferentes semanas, tratándose de una hora por semana. Mientras que en las dos primeras horas se realizó la formación del soporte vital básico

y de la RCP, en la última hora se realizó la evaluación.

PRIMERA HORA: En la primera sesión se les explicó la finalidad del estudio, procediendo con carácter previo a cualquier explicación teórica o práctica a la entrega del cuestionario de conocimientos para que lo relleasen. Posteriormente se dividió a cada clase en tres grupos para enseñarles las nociones básicas acerca del soporte vital básico y de la RCP. Cada grupo iba rotando alrededor de quince minutos por cada puesto, explicándose simultáneamente en cada uno de dichos puestos la teoría mientras se procedía a la práctica, y luego cada individuo debía poner en práctica lo aprendido de forma individual, utilizándose en todo el proceso y en cada uno de los tres puestos un maniquí. En concreto, en el primer puesto se explicaba la secuencia de actuación del soporte vital básico; en el segundo puesto se centraba en el uso del desfibrilador externo semiautomático y, por último, el tercer puesto consistía en enseñar cómo proporcionar una RCP efectiva, tanto las compresiones como insuflaciones, utilizando un maniquí y el programa de ordenador “Skill reporter”.

SEGUNDA HORA: Esta hora se utilizó para entrenar y preguntar

Fallo orden simple Fallo orden crítico Tiempo (segundos): ____

Tabla 2.
Parámetros obtenidos de la evaluación de la secuencia del soporte vital básico

	Si		No	
	n	%	n	%
Aproximación	54	93,10%	4	6,90%
Consciencia	49	84,48%	9	15,52%
Pregunta	43	74,14%	15	25,86%
Zarandea	45	77,59%	13	22,41%
Abre vía aérea	51	87,93%	7	12,07%
Maniobra frente-mentón	41	70,69%	17	29,31%
Comprueba respiración	52	89,66%	6	10,34%
Mantiene	40	68,97%	18	31,03%
VOS	45	77,59%	13	22,41%
Valora 10 segundos	42	72,41%	16	27,59%
Llama 112	55	94,83%	3	5,17%
Pide DEA	52	89,66%	6	10,34%
Realiza 30:2	57	98,28%	1	1,72%
Compresiones	58	100%	0	0%
Colocación manos	57	98,28%	1	1,72%
Colocación vertical	58	100%	0	0%
Compresión-descompresión	4	6,9%	54	93,1%
Ritmo	26	44,83%	32	55,17%
Visualización boca	6	10,34%	52	89,66%
Abre vía aérea	43	74,14%	15	25,86%
Pinza nariz	52	89,66%	6	10,34%
Insufla 1 segundo	56	96,55%	2	3,45%
Enciende DEA	58	100%	0	0%
Sigue instrucciones	53	91,38%	5	8,62%
Coloca parches	53	91,38%	5	8,62%
Compresiones carga	42	72,41%	16	27,59%
Mínimas interrupciones	38	65,52%	20	34,48%
Continúa RCP	57	98,28%	1	1,72%

las dudas que tenían los niños. Se dividió a cada clase en dos grupos no siendo necesario esta vez que rotaran entre ellos. Al inicio de la hora se realizó un repaso de todo lo aprendido en la hora anterior y posteriormente practicaron toda la secuencia del soporte vital básico, la RCP y el uso del desfibrilador externo semiautomático.

TERCERA HORA: Esta hora fue utilizada para evaluar tanto los conocimientos teóricos adquiridos como los prácticos. Los alumnos fueron llamados uno por uno para que realizaran individualmente toda la secuencia, la RCP durante dos minutos y el uso del desfibrilador externo semiautomático con un maniquí, evaluando así su actuación. Posteriormente se les talló y midió, y al final de la clase se les entregó el mismo cuestionario de conocimientos para evaluar su grado de aprendizaje.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa Epilnfo versión 7 con un nivel de significación de 5%. Las variables continuas se describieron mediante valores medios y desviación estándar. Las variables categóricas se describieron mediante frecuen-

cias absolutas y relativas. En la comparación de los grupos de control y de intervención se utilizaron los siguientes métodos: para las variables continuas, test de Student y ANOVA (distribuciones simétricas), Mann-Whitney y Kuskal-Wallis (distribuciones asimétricas) y para variables categóricas Chi-Square o Prueba exacta de Fisher.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para poder realizar este estudio de investigación se pidió permiso y autorización a la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa de la consejería de educación de la Junta de Castilla y León, el cual fue obtenido por la institución. Todos los niños que participaron en el estudio presentaron el consentimiento informado firmado por sus progenitores.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de los participantes

En el estudio participaron 60 alumnos pertenecientes a 5º y 6º de Primaria de un colegio público urbano de la provincia de León, de los cuales 31 eran varones y 27 mujeres (53,45% y 46,55% respectivamente). La distribución de alumnos

por clase fue de 15 alumnos en 5ºA, 18 alumnos en 5ºB, 15 alumnos en 6ºA y finalmente 10 alumnos en 6ºB de la muestra total (25,86%, 31,03%, 25,86% y 17,24% respectivamente).

El promedio de altura de los alumnos participantes fue de 149,73 centímetros (DT=8,45; mínimo=130 y máximo=145), el promedio de peso de 45,23 kilogramos (DT=10,39; mínimo=27 y máximo=78) conformado un media de índice de masa corporal de 20,03 (DT=3,37; mínimo=14,93 y máximo=29,01).

Evaluación de la secuencia de RCP

En la **tabla 2** se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de la secuencia del soporte vital básico y la RCP realizada por los alumnos.

La mayor parte de los ítems presentan unas puntuaciones superiores al 80%, de las cuales, siendo algunas superiores al 95% como realizar la pauta de 30:2 (secuencia de 30 compresiones junto con 2 insuflaciones), la realización de compresiones (100%), la correcta colocación de manos (98,28%), la posición vertical del cuerpo (100%), la insuflación de 1 segundo (96,55%),

encender el DEA cuando es necesario (100%) y continuar con la RCP tras la descarga del DEA (98,28%).

Por el contrario, los ítems que consiguieron unas puntuaciones inferiores al 70% fueron los mantener la cabeza en posición correcta al realizar la valoración de la respiración (68,97%), realizar un correcta compresión-descompresión del tórax (6,9%), alcanzar un ritmo de compresiones aconsejables (de 100 a 120 compresiones por minuto) (44,83%), visualización de la boca (10,34%) y realizar mínimas interrupciones (65,52%).

En aspectos generales la mayoría de los alumnos han sido capaces de realizar una correcta secuencia del soporte vital básico, aprendiendo notablemente los pasos de actuación necesarios ante una PCR, datos que concuerdan con el estudio de Martínez Isasi et al. **27** en el que los participantes obtuvieron resultados similares en la evaluación tras el entrenamiento. Además, subjetivamente, ha sido visible la mejora de la confianza y seguridad de los alumnos en sí mismos al realizar las maniobras del soporte vital básico, en comparación a los entrenamientos efectuados con anterioridad.

Tabla 3.
Resultados obtenidos en las pruebas de evaluación pre y post del cuestionario propuesto

	Pre				Post			
	Correcta		Incorrecta		Correcta		Incorrecta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pregunta 1	9	15,00%	51	85,00%	58	98,31%	1	1,69%
Pregunta 2	34	56,67%	26	43,33%	59	100,00%	0	0,00%
Pregunta 3	59	98,33%	1	1,67%	58	98,31%	1	1,69%
Pregunta 4	2	3,33%	58	96,67%	44	74,45%	15	25,42%
Pregunta 5	22	36,67%	38	63,33%	52	88,14%	7	11,86%
Pregunta 6	31	51,67%	29	48,33%	41	69,49%	18	30,51%
Pregunta 7	2	3,33%	58	96,67%	3	5,08%	56	94,92%
Pregunta 8	15	25,00%	45	75,00%	50	84,75%	9	15,25%
Pregunta 9	14	23,33%	46	76,67%	59	100,00%	0	0%
Pregunta 10	8	13,33%	52	86,67%	12	20,34%	47	79,66%

Tabla 4.
Resultados de las medias de los cuestionarios pre-post

	Media	DT	Mínimo	Máximo
Pre	3,16	1,47	0	7
Post	7,39	1,07	5	9

De todos los ítems con puntuaciones menores, se debería incidir en optimizar el ritmo de compresiones. Los alumnos deberían llegar a realizar 100-120 compresiones por minuto, ya que es una variable que entra dentro de la capacidad de éstos para llevarla a cabo correctamente y además cumple con las recomendaciones de la ERC **5**. No obstante, la mayor parte de los alumnos proporcionaban un ritmo menor y solamente unos pocos un ritmo superior al recomendable, dato que contrasta con lo descrito

por He et al. **28** en el que los alumnos analizados, independientemente de su edad (de 6 a 17 años) se encontraban dentro del rango.

En cambio, realizar una correcta profundidad en las compresiones del tórax dentro de los límites recomendables (de 5 a 6 centímetros) es complejo debido a la complejidad de los alumnos (peso medio 45,2 kilogramos), y para que las compresiones sean equiparables a las de un adulto se debe pesar al menos 50 kilogramos. Aún así, en el estudio de He et al. **(28)** se demuestra que los niños a partir de 12 años, con unas medidas antropométricas similares, logran de media los 5 cm de compresión, mientras que los participantes de 11 años apenas llegan a los 4 cm. Además, muchos de ellos referían dolor de manos y muñecas, así como fatiga al finalizar el ejercicio de evaluación, por el hecho de no estar acostumbrados a realizar un ejercicio continuo e intenso como tal.

Por último, respecto a la colocación de las manos, el 98,28% de los participantes colocaron las manos adecuadamente mientras se realizaba la RCP, al igual que en el estudio de Martínez Isasi et al. **(27)**, mientras que en el de He et al. **(28)**

el porcentaje aumentaba en función de la edad, obteniendo los niños de 12 años un 74,7% en la colocación correcta de las manos, un dato que es obtenido tras realizar entrenamiento en los grupos, al igual que en el presente estudio.

Evaluación del cuestionario pre-post

En la **tabla 3** se exponen los resultados del cuestionario de conocimientos previos a la intervención educativa, y los resultados del cuestionario posterior a la intervención.

En los resultados del cuestionario previo a la intervención la mayor parte de las preguntas no fueron correctas, de hecho solo tres preguntas fueron superadas por más de la mitad de los alumnos [pregunta 2 (56,67%) pregunta 3 (98,33%) y pregunta 6 (51,67%)]. Estos datos son comprensibles ya que pocos o ningún alumno tenía conocimientos sobre la PCR y su consiguiente reanimación.

Casi el 100% de los alumnos participantes en el estudio conocían cual era el teléfono de emergencias al que tenían que llamar en caso de necesidad. Es fundamental destacar este aspecto como un punto fuerte en el proceso de evaluación.

Respecto a los resultados posteriores a la intervención hubo una mejoría global en las puntuaciones. Sólo dos preguntas fueron incorrectas por más de la mitad de los alumnos, en concreto la pregunta 7, solamente acertada por el 5,08% de los alumnos y la pregunta 10 acertada por el 20,34% de la muestra. El resto de preguntas fueron contestadas correctamente por casi encima del 70% de los alumnos.

Es posible que el hecho de que haya habido tan pocos aciertos en la pregunta 7 se deba a la posible falta de comprensión de la pregunta por parte de los alumnos, o por una falta de aprendizaje de la misma. Esta última es la más probable ya que en la evaluación práctica, tal y como se ha señalado anteriormente, un porcentaje de los alumnos fallaron en la realización de las compresiones a un ritmo adecuado.

El resto de las preguntas superan el 85% de aciertos, a excepción de la pregunta 4 y la pregunta 6, que no obstante sí que fueron acertadas por más de la mitad de la clase.

Por lo tanto, se puede comprobar que los conocimientos han mejorado notoriamente tras la intervención educativa, tanto

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

1. Si estás en presencia de una persona y sospechas que ha podido sufrir una parada cardiaca ¿Cuáles son los dos primeros pasos que tienes que seguir?
 - a. Asegurarme de que el entorno es seguro y luego comprobar si la persona está consciente y respira con normalidad.
 - b. Primero llamo a una ambulancia y después compruebo si la persona está consciente y respira con normalidad.
 - c. Lo primero es gritar pidiendo ayuda y después llamar a una ambulancia.
 - d. Primero llamo a una ambulancia y a continuación hago maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) a la víctima.
2. Si la víctima NO responde y NO respira con normalidad, ¿qué debes de hacer?
 - a. Llamar al Servicio de Emergencias y comenzar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).
 - b. Llamar al Servicio de Emergencias y poner a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS).
 - c. Llamar al Servicio de Emergencias y mientras tanto hacerle el boca a boca a la víctima.
 - d. Llamar a una ambulancia y esperar a que llegue sin tocar a la víctima.
3. ¿A qué número de teléfono debes llamar en caso de emergencia?
 - a. 091
 - b. 211
 - c. 112
 - d. 098
4. Para ver si la víctima está consciente, ¿qué debes hacer?
 - a. Gritarle y sacudirla por los hombros para ver si responde.
 - b. Hacer compresiones torácicas.
 - c. Abrir la vía aérea.
 - d. Buscar el latido cardíaco.
5. ¿Qué hay que hacer para abrir la vía aérea?
 - a. Echar la cabeza hacia atrás y elevar la barbilla.
 - b. Abrirle la boca a la víctima.
 - c. Poner la cabeza hacia un lado y abrirle la boca.
 - d. Inclinar la cabeza hacia delante y bajar la barbilla.
6. Para comprobar si la víctima respira debes de VER, OIR y SENTIR su respiración. Para ver la respiración ¿dónde miras?
 - a. A la nariz para ver si sale aire.
 - b. Al pecho para ver si se levanta.
 - c. A la boca en busca de sonidos respiratorios.
 - d. La piel, si está fría y rosada es que no le falta oxígeno.
7. ¿Cuál es la frecuencia correcta para dar compresiones torácicas a víctimas de cualquier edad?
 - a. Al menos 30 compresiones por minuto.
 - b. Al menos 60 compresiones por minuto.
 - c. Al menos 90 compresiones por minuto.
 - d. Al menos 100 compresiones por minuto.
8. ¿Cuál es la posición correcta de las manos para hacer compresiones torácicas?
 - a. Colocando el talón de una mano en el centro del pecho y la otra encima de ésta entrelazadas.
 - b. Colocando el talón de una mano en el lado izquierdo del pecho, sobre el corazón. y la otra encima de ésta entrelazadas.
 - c. Colocando el talón de una mano en la boca del estómago y la otra encima de ésta sin entrelazar.
 - d. Colocando el puño de una mano cerrado sobre corazón y la otra encima de ésta envolviendo el puño.
9. ¿Cuál es la proporción compresiones – ventilaciones que hay que seguir al hacer la reanimación cardiopulmonar en un adulto?
 - a. 30 compresiones y 2 ventilaciones.
 - b. 20 compresiones y 4 ventilaciones.
 - c. 30 compresiones y 4 ventilaciones.
 - d. 15 compresiones y 2 ventilaciones.
10. ¿Cuál es la profundidad adecuada que debes alcanzar en las compresiones torácicas?
 - a. De 3 a 4 cm.
 - b. No menos de 5 cm ni más de 6 cm.
 - c. 5 cm.
 - d. No menos de 3 cm. ni más de 5 cm.

teórica como prácticamente, siendo una mejoría satisfactoriamente alta.

En la **tabla 4** se muestran los resultados de las medias de las puntuaciones globales de los cuestionarios en el pre y post evaluación. Se observa una mejora significativa de modo que se pasa de un 3,16 a un 7,39 ($p < 0,001$) en el pre y post respectivamente. Además, en el post ningún alumno obtuvo una calificación inferior a 5 en la evaluación, lo que supone un aumento apreciable en los conocimientos de los alumnos.

Finalmente, sería recomendable plantear realizar diversos estudios que profundicen en el tiempo requerido para la adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarias para actuar ante una situación como la PCR. De este modo, sería incluso más efectivo la enseñanza en los colegios, precisando del tiempo mínimo para la enseñanza.

CONCLUSIONES

Tras la intervención educativa se puede constatar una mejora global en los conocimientos y en la práctica acerca del soporte vital básico y de la RCP en escolares de diez a doce años.

Esta formación les ha proporcionado a los alumnos la posibilidad de realizar de manera correcta la secuencia del soporte vital básico incluyendo las insuflaciones y el ritmo de compresiones, e incluso la de utilizar adecuadamente el desfibrilador externo semiautomático. No obstante, también es preciso tener en cuenta que los alumnos no lograron efectuar unas compresiones efectivas por falta de profundidad como consecuencia de su complejidad.

Asimismo, se ha podido observar que el grado de satisfacción ha sido hasta tal punto favorable, tanto por parte de los alumnos como de los profesores, ya que estos últimos han referido estar interesados en realizar un proyecto similar a éste para adquirir los mismos conocimientos.

En conclusión, podemos afirmar que incluir este tipo de intervenciones formativas en los colegios es una manera eficaz de aumentar los conocimientos de la población para abordar problemas como la PCR, importante causa de muerte en España, además de ser una intervención de bajo coste, ya que conlleva poco tiempo y mínimos recursos.

Bibliografía

- Vigo-Ramos J. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares : problemática actual. *Med Exp.* 2008;25(2):05-6.
- Lukas R, Aken H Van, Mölhoff T, Weber T, Rammert M, Wild E. Kids save lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: Who should do the teaching and will the effects last? *Resuscitation* [Internet]. 2016;101:35-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.01.028>
- Schroeder DC, Ecker H, Wingen S, Semeraro F, Böttiger BW. Kids Save Lives – Wiederbelebungstrainings für Schulkinder: Systematische Übersichtsarbeit. *Anaesthesist.* 2017;66(8):589-596.
- Zinckernagel L, Hansen CM, Rod MH, Folke F, Torp-Pedersen C, Tjørnhøj-Thomsen T. What are the barriers to implementation of cardiopulmonary resuscitation training in secondary schools ? A qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(4):1-7
- European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resumen ejecutivo. *Cons Español Resucitación Cardiopulmonar* [Internet]. 2015;101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
- Miró O, Díaz N, Escalada X, Pueyo FJP, Sánchez M. Review of initiatives carried out in Spain to implement teaching of basic cardiopulmonary reanimation in schools | Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. *An Sist Sanit Navar.* 2012;35(3):477-86.
- Rojas L, Aizman A, Arab JP, Utili F, Andresen M. Reanimación cardiopulmonar básica: Conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales. *Rev Med Chil.* 2012;140(1):73-7.
- Gaieski D, Abella B, Goyal M. CPR and Postarrest Care. *Chest.* 2012;141(4):1082-1089.
- Okada, K. Historical review from beginning of CPR to CPCR (cardiopulmonary resuscitation to cardiopulmonary-cerebral resuscitation). *Jap J Clin Med.* 2011;69(4):598-603.
- Villazón RP, Robles MN, Moran FC, Roldan LL, Fernandez AC. "You can save lives with your hands": synergy between community workers, key to success of an educational health program. *RQR Enfermería Comunitaria.* 2015;3(2):35-43.
- Applegate R, Aitken D, Chang T, Mackinnon R. The implementation of cardiopulmonary resuscitation training using mobile uploads, gamification and direct feedback manikins: A study in sixth form student. *Proc 2015 Int Conf Interact Mob Commun Technol Learn IMCL.* 2015:205-9.
- Ruiz FMP, Cruz DC, Cruz AC. Futuro de la metodología formativa en reanimación cardiopulmonar básica para población general. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(3):175-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.011>
- Miró O, Díaz N, Sánchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias.* 2012;24:423-5.
- Petriş AO, Cimpoeşu D, Pop C, Chiţoiu GT. Internal Medicine - Pediatrics Optimal Teaching Of Cardiopulmonary Resuscitation In Schools : Better Education , More Lives Saved. *Rev Med Chir Soc Med Nat Ia.* 2016;120(3):522-9.
- Miró O. Elementos para mejorar la difusión de la reanimación cardiopulmonar entre la población leiga. *Aten Prim Barc Ed Impr* [Internet]. 2012;45(10):544-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.008>
- Wilks J, Pendergast D. Skills for life: First aid and cardiopulmonary resuscitation in schools. *Health Education Journal.* 2017;76(8):1009-1023.
- Martínez Villegas I, Varo Caro MC, Salado Natera MI. Metodología didáctica para la enseñanza de reanimación cardiopulmonar en edad infantil. *Med Gen y Fam* [Internet]. 2015;4(2):43-6. Disponible en: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1889543315000201>
- Mpotos N, Iserby P. Children saving lives: Training towards CPR excellence levels in chest compression based on age and physical characteristics. *Resuscitation* [Internet]. 2017;121:135-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.10.024>
- Chan CY, Ko HF, Tsui SY, Chan OY, Tang TH, Chu YC. Could Hong Kong primary schoolchildren be taught to perform compression-only CPR: A pilot Study. *Hong Kong J Emerg Med.* 2017;24(2):67-72.
- Buck E De, Remoortel H Van, Dieltjens T, Verstraeten H, Clarysse M, Moens O, et al. Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation* [Internet]. 2015;94:8-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.06.008>
- Bakke HK, Schwews R. First-aid training in school: amount, content and hindrances. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2017;61(10):1361-70.
- Fernandes JMG, Leite ALS, Auto BSD, Lima JEG, Rivera IR, Mendonça MA. Teaching Basic Life Support to Students of Public and Private High Schools. *Arq Bras*

- Cardiol [Internet]. 2014; 102(6):593–601. Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20140071>
23. Nord A, Svensson L, Claesson A, Herlitz J, Hult H, Kreitz-Sandberg S, et al. The effect of a national web course “Help-Brain-Heart” as a supplemental learning tool before CPR training: A cluster randomised trial. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017;25(1):1–10.
24. Wanner GK, Osborne A, Greene CH. Brief compression-only cardiopulmonary resuscitation training video and simulation with home-made mannequin improves CPR skills. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2016;16(1):4–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-016-0110-5>
25. Fonseca Del Pozo FJ, Valle Alonso J, Canales Velis NB, Andrade Barahona MM, Siggers A, Lopera E. Basic life support knowledge of secondary school students in cardiopulmonary resuscitation training using a song. *Int J Med Educ*. 2016;7:237–41.
26. Bielec G, Klajman P, Pęczak-Graczyk A. Effectiveness of Basic Life Support Instruction in Physical Education Students—A Pilot Study. *Teaching and Learning in Medicine*. 2014;26(3):252–257.
27. Martínez Isasi S, García Suárez M, De La Peña Rodríguez MA, Gómez Salgado J, Fernández N, Méndez Martínez C, León Castelao E, Clemente Vivancos A, Fernández García D. Basic life support training programme in schools by school nurses: How long and how often to train? *Medicine*. 2021; 100:13 (e24819). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000024819>
28. He D, Huang K, Yang YI, et al. What is the optimal age for students to receive cardiopulmonary resuscitation training? *Prehosp Disaster Med*. 2018; 33:394–8

INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS EFECTIVAS FRENTE A LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES: SCOPING REVIEW

*MOST EFFECTIVE NURSING
INTERVENTIONS FOR LONELINESS
IN THE ELDERLY: SCOPING REVIEW*

M. RODRÍGUEZ-BELZUZ ^{1,5}
MB. SÁNCHEZ-GÓMEZ ^{2,5}
J. MERAYO-DE-CASO ³
J. ALVAREZ-AFONSO ⁴
G. DUARTE-CLÍMENTS ^{2,6}

¹ CS.Los Gladiolos, Servicio Canario de la Salud

² Cátedra de Enfermería de la Universidad de La Laguna

³ Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

⁴ CS.San Benito, Servicio Canario de la Salud

⁵ Autor Principal

⁶ Investigador Senior

 m.r.belzuz@gmail.com

Resumen

Introducción: El aumento de la soledad entre las personas mayores produce un impacto negativo sobre la salud, mayores tasas de institucionalización y mayor gasto sanitario. Su abordaje resulta un nuevo reto político y sanitario

Objetivos: Identificar las intervenciones enfermeras más eficientes para el abordaje de la soledad y comparar las intervenciones presenciales frente a las intervenciones a distancia basadas en nuevas tecnologías.

Metodología: Se realiza una revisión de alcance y análisis de calidad de los registros encontrados.

Resultados: Se seleccionaron 41 artículos. Las intervenciones encontradas fueron diversas y heterogéneas. Destacan la valoración, la participación-activa, las terapias cognitivo-conductuales, la terapia de reminiscencia y las terapias con animales. Las intervenciones basadas en nuevas tecnologías tienen efectos positivos en la reducción de la soledad. Su implementación requiere capacitación y dispositivos adaptados a cada individuo.

Conclusión: Los esfuerzos deben centrarse en una

Abstract

Introduction: The increase in loneliness among the elderly produces a negative impact on health, higher rates of institutionalization and higher health spending. Its approach is a new political and health challenge.

Objectives: Identify the most efficient nursing interventions to address loneliness and compare face-to-face interventions with distance interventions based on new technologies.

Methodology: A scoping review and quality analysis of the records found is carried out.

Results: 41 articles were selected. The interventions found were diverse and heterogeneous. Valuation, active participation, cognitive-behavioural therapies, reminiscence therapy and animal therapies stand out. Interventions based on new technologies have positive effects in reducing loneliness. Its implementation requires training and devices adapted to each individual.

Conclusion: Efforts should focus on a correct assessment and the choice of interventions adapted to each individual that encourage social interaction.

correcta valoración y la elección de intervenciones adaptadas a cada individuo que fomenten la interacción social. Las intervenciones basadas en las nuevas tecnologías resultan esperanzadoras, aunque no deben de ser un recurso exclusivo.

Palabras clave

soledad, aislamiento social, intervenciones enfermeras, competencias enfermeras

Interventions based on new technologies are hopeful, although they should not be an exclusive resource.

Keywords

loneliness, social isolation, nursing interventions, nursing competencies

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El envejecimiento poblacional es un reto político y sanitario [1, 2](#). La mayor esperanza de vida genera un vuelco en las pirámides poblacionales [3, 4](#). En España, las personas mayores de 65 años representan casi el 20% de la población [3](#), y más de 2 millones viven solas [5](#).

El paso a la edad avanzada implica cambios bio-psico-sociales-espirituales y la adaptación variará en función de cada individuo. En una mayoría de casos, esta etapa parece ir asociada a un aumento de soledad no deseada y aislamiento social [1, 3](#).

Actualmente, se estima que en

España el 25% de las personas mayores de 65 años se siente socialmente aisladas y el 20% refiere niveles altos de soledad [3](#). Estudios recogen cifras similares en países ricos [6](#) y entre personas que viven en residencias de mayores [7](#).

Los términos de soledad y aislamiento social son diferentes. El término soledad hace referencia a la sensación subjetiva de tener menos cercanía o afecto del deseado con personas de confianza; el término aislamiento social es un dato objetivo, ligado a un número mínimo de interacciones y relaciones sociales [2, 3](#).

La soledad no está, necesariamente, relacionada con vivir solo, y, a menudo, se manifiesta en personas que viven en compañía [1, 3](#). Por lo que más importante que el número de contactos sociales es la ca-

lidad de éstos [3](#).

JUSTIFICACIÓN

EFECTOS DE LA SOLEDAD SOBRE LA SALUD

La soledad, y el aislamiento social, influyen de forma decisiva en la calidad de vida y bienestar de las personas mayores [2, 3, 8](#). Una red social frágil, o la percepción de soledad, se relacionan con mayor consumo de tabaco [4](#), alimentación inadecuada y sedentarismo [2, 3](#).

Hay asociación entre la soledad y diferentes problemas de salud como la depresión, deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer, aumento de la obesidad y de la resistencia vascular [4](#). Su riesgo es comparable al sedentarismo, la obesidad o el tabaquismo [3](#), es un fuerte predictor de fragilidad, y está asociada a mayores tasas de

institucionalización y mortalidad [7, 8](#).

El abordaje de la soledad mediante intervenciones multidisciplinares y multidimensionales produce efectos positivos en la salud mental y en la calidad de vida de las personas mayores [3](#).

La enfermera tiene los conocimientos y competencias necesarias; tal y como constan en la Orden CIN/2134/20089, de 3 de julio, además de una posición estratégica en el cuidado, para abordar la soledad.

Por tanto: ¿Cuáles son las intervenciones enfermeras más eficientes en el abordaje de la soledad en las personas mayores?

OBJETIVOS

- Identificar las intervenciones enfermeras más eficientes

Tabla 1.
DeCs y Mesh

PICO	Términos naturales	DeCs	Mesh
P	Persona mayor	Anciano	Aged
	Soledad	Soledad	Loneliness
	Aislamiento social	Aislamiento social	Social Isolation
	Envejecimiento	Envejecimiento	aging
I	Motivación	Motivación	Motivation
	Apoyo emocional	Apoyo emocional	Emotional support
	Escucha activa	Escucha activa	Active Listening
	Terapia cognitivo conductual	Terapia Cognitivo-Conductual	
	Enfermera	Enfermeras y Enfermeros	Nurses
	Enfermería	Enfermería	Nursing
C	Grupo de apoyo	Grupo de apoyo	Support Group
	Visitas domiciliarias de apoyo	Visitas domiciliarias de apoyo	Listening Visits
	Participación comunitaria	Participación de la comunidad	Community participacion
O	Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of Life

para el abordaje de la soledad en las personas mayores

- Comparar el resultado de las intervenciones presenciales frente a las intervenciones basadas en las nuevas tecnologías.

METODOLOGIA

Se realiza una revisión de alcance (Scoping Review) [10](#), basada en el modelo internacional PRISMA 2020 [11](#).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión:

Publicaciones que identificaban intervenciones orientadas a reducir la soledad y/o aislamiento social en personas mayores y artículos que facilitaban información relevante para la pregunta de investigación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron las publicaciones que no cumplían con los criterios de calidad tras realizar la lectura crítica con las herramientas Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) [12](#), o instrumento de lectura crítica Berra et al [13](#), en el caso de estudios descriptivos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizaron búsquedas en las bases de datos PUBMED, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), y Web of Science (WOS). Se seleccionaron artículos adicionales mediante el rastreo de citas.

Se identificó información adicional relevante en el sitio web del Instituto Nacional de Estadística(INE) [5](#) envejecimiento en red, Boletín Oficial del Es-

tado (BOE) [9](#), en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [14, 15](#), y en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [16](#).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se utilizó un lenguaje controlado mediante los tesauros Medical Subject Headlines (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud incluidos en la pregunta PICO [tabla 1](#), combinados con operadores booleanos. También se utilizaron los descriptores MeSH de la National Library of Medicine como intervenciones enfermeras NIC [16](#).

Los límites utilizados en la búsqueda: texto completo disponible, tipo de estudio (revisión, revisión sistemática (RS), metaanálisis), y fecha de publicación de los últimos cinco años desde el comienzo de la búsqueda, a excepción de una revisión sistemática de 2011 que se ha conservado por contener gran número de intervenciones orientadas al abordaje de la soledad.

Se utilizaron artículos metodológicos incluidos en la tabla de búsqueda manual y en el flujograma.

En las [tablas 2 y 3](#) se describe la estrategia de búsqueda.

PROCESO DE SELECCIÓN

Las búsquedas electrónicas identificaron 190 artículos, tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 170 artículos. Los títulos y resúmenes se evaluaron por su relevancia para la revisión, dando como resultado 54 trabajos. Se evaluaron los textos completos de todos ellos, se excluyeron 23 citas por no cumplir con los criterios de calidad, y 9 por no encontrarse el texto completo disponible, resultando 22 estudios. Se identificaron 19 artículos por búsqueda manual, incluyendo herramientas metodológicas. Finalmente fueron incluidas 41 citas.

Para evaluar la calidad metodológica, se realizó una lectura crítica mediante las parrillas de lectura crítica CASPe [12](#) y Berra et al [13](#). Se seleccionaron aquellos artículos que superaron al menos 7 preguntas de la parrilla CASPe [12](#) o fueron clasificados con, al menos, calidad media en Berra et al [13](#).

PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

Se realiza en tablas ad-hoc en

Tabla 2.
Estrategia de búsqueda en base de datos

Base de datos	Fecha	Descriptor	Artículos encontrados	Artículos Válidos	Límites
Poded	10/1/22	(Aged AND loneliness) AND (motivation OR emotional support OR active listening)	26	8	Free full text, Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 5 years
	4/2/23		16	3	Free full text, Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 1 year.
	16/1/22	(Aged AND (loneliness OR social isolation) AND (support group OR listening visits)	12	2	Free full text, Meta-Analysis, Systematic Review
	5/2/23		6	0	Filters applied: Free full text, Meta-Analysis, Systematic Review, in the last 1 year
	21/1/22	(Aged AND (loneliness OR social isolation) AND (motivation)	10	0	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 5 years.
	5/2/23		1	0	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 1 years.
	25/1/22	(community participation AND aging AND quality of life AND loneliness)	3	1	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 5 years
25/1/22	(loneliness AND social isolation) AND aged	11	1	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 2 years	
25/1/22	(social isolation AND aging AND quality of life AND loneliness)	12	3	Meta-Analysis, Review, Systematic Review, in the last 5 years	
BVS	20/1/22	anciano AND ((Terapia Cognitivo-Conductual) AND (aislamiento social OR soledad))	8	2	tw:(anciano AND ((terapia cognitivo-conductual) AND (aislamiento social OR soledad))) AND (limit:("aged") AND la:("en" OR "es") AND year_cluster:("2020" OR "2021" OR
	5/2/23		2	0	year_cluster:"2022"
	21/1/22	(Soledad AND Aislamiento social) AND (Enfermeras y enfermeros)	20	0	
WOS	21/1/22	soledad AND enfermería	59	2	
	5/2/23		4	0	Publicaciones del último año.

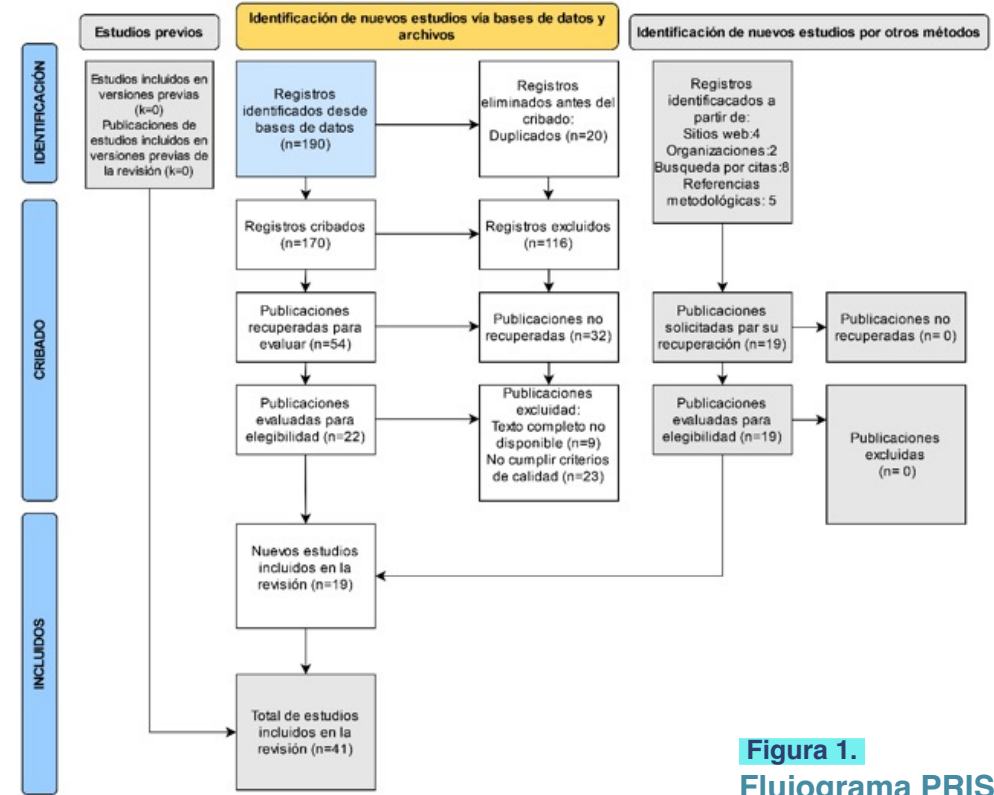


Figura 1.
Flujograma PRISMA

las que se estructuraron temas, objetivos de los estudios, resultados, metodología lectura crítica y síntesis de la evidencia.

DATOS

- Valoración de la soledad
- Características de las intervenciones
- Tipos de intervenciones
- Características comunes claves
- Intervenciones apoyadas en

las nuevas tecnologías

- Enfermería y soledad

Se aplicó el método de síntesis narrativa para describir los resultados.

RESULTADOS

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se describe en la **figura 1** flujograma PRISMA

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

Se identificaron: 4 RS con meta-análisis, 10 RS, 6 revisiones de alcance, 3 revisiones narrativas, 1 estudio cualitativo, 1 estudio descriptivo y 2 opinión de expertos.

En la búsqueda manual se identificó una publicación legislativa en el BOE **9**, un filtro relevante en la página web

Tabla 3. Estrategia de búsqueda manual

Referencia	Fecha	Web
Instituto Nacional de Estadística. Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y nacionalidad. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/10/&file=02013.px&L=0	10/1/2023	https://www.ine.es
Araújo L, Ayala A, Calderón-Larrañaga A, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, González-Herrera A, et al. Policy Brief : Proyecto QASP “Sumando Vida a los Años. Propuesta para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores”. 2021; p.1-4.	10/1/2023	https://envejecimientoenred.es/
Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria.2016;48(9):604-9.	14/1/2022	https://www.elsevier.es
Cabello, J.B. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005	21/1/2022	https://www.redcaspe.org
Garksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology. 2005;8(1):19-32.	21/1/2022	https://doi.org/10.1080/1364557032000119616
Boletín Oficial del Estado. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. 2008; núm. 174, pp. 31680-31683.	25/1/2022	https://www.boe.es
Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis JBI. 2020	21/1/2022	https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL
Haddaway MW& N. PRISMA2020. Evidence Synthesis Hackathon. 2022	21/1/2022	https://www.eshackathon.org/software/PRISMA2020.html
Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. séptima edición. Barcelona: Elsevier; 2018.	1/2/2023	https://www.elsevierlibrary.es
Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40.	5/2/2022	DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2
McMahon MA, Christopher KA. Toward a mid-range theory of nursing presence. Nurs Forum.2011;46(2):71-82.	15/3/2022	https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00215.x
Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. Atención Primaria. 2022;54(2):102218.	15/3/2022	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002523?via%3Dihub
Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. BMJ Open. 2022;e057729-e057729.	10/4/2022	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8819903/
Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. Journal of Rural Studies. 2022;90:76-92.	10/4/2022	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0743016722000237
Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19	10/4/2022	https://www.who.int
Pender NJ, Murdaugh C, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. En: 4th Edition. USA: Prentice-Hall Health; 2002. p. 140-5.	15/3/2022	Libro
Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. BMJ Open. 2016;6(4):e010799.	10/4/2022	https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e010799

del INE **5**, una entrada de interés en la web Envejecer en Red **3**, y dos en la web de la OMS **14, 15**, artículo de validación de la Escala UCLA **17**, Teoría de rango medio de la Presencia Enfermera **18**, y citas del libro de la NIC **16** y del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pendel **19**. Ninguna de estas publicaciones fue analizada a través de las herramientas de lectura crítica.

En la revisión se incluyen referencias metodológicas de CASPe **12**, Berra et al **13** metodología Scoping Review **10**, modelo PRISMA **11** y JBI **20**.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE SESGO DE ESTUDIO

Se han eliminado 22 artículos tras pasar la herramienta CASPe **12** y Berra et al **13** en la etapa 2 del cribado.

RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES

Valoración de la soledad:

La detección es el primer aspecto a tener en cuenta en el abordaje de la soledad **21, 22**. Los profesionales de atención primaria, principalmente enfermeras, médicos y trabajadores sociales, fueron quienes iden-

tificaron a los adultos solitarios en las fases de reclutamiento de varios estudios **23**.

Una adecuada valoración incluye: aspectos culturales, costumbres, estructura familiar, nivel económico y redes de apoyo primarias. La identificación y abordaje precoz y adecuado mejora la calidad de vida y reduce el gasto sanitario **24**.

Existen diversidad de herramientas de medición de la soledad y apoyos sociales **21, 23**, siendo la escala UCLA **17**, la más utilizada en los estudios seleccionados **21, 22, 25**. El marco de clasificación de instrumentos permite la comparación, y selección de una herramienta objetiva y adecuada **22, 26**.

Características de las intervenciones:

Las resistencias personales al cambio **27** unidas a lo individual que resulta la experiencia de la soledad, hace necesaria una adaptación de las intervenciones estandarizadas adecuada para cada individuo, grupo o situación **28**.

La bibliografía destaca la importancia de la elección entre intervenciones individuales y grupales. Diversos estudios apuestan por el formato

grupal e individual [29-31](#), o grupal, individual o mixto [30, 32, 33](#), señalando a las intervenciones grupales y mixtas como más útiles para aliviar el aislamiento social [32](#) y más efectivas en un mayor número de dominios de resultados [30](#). Sin embargo, dos estudios informaron mejores o similares resultados en intervenciones individuales [31, 34](#). Esta oposición podría deberse a que las intervenciones grupales dan sentido de pertenencia y seguridad, aunque el efecto de grupo podría enmascarar el verdadero resultado, mientras que, las intervenciones individuales pueden dar mayor calidad al vínculo, potenciando el empoderamiento para involucrarse socialmente [34](#).

Las intervenciones también se clasificaron como participativas o no participativas, en función de si implicaban o no participación activa por parte del usuario [23, 30-32, 35](#). Se observaron mejores resultados cuando las personas mayores podían tener participación activa [30-32, 35](#), llegando a considerarse uno de los aspectos clave comunes en las intervenciones con resultados positivos [35](#), independientemente de que sean intervenciones individuales o grupales [31](#).

Es importante elegir adecuadamente: los objetivos, la actividad concreta, los recursos a utilizar, los entornos, o las características de la población [28](#). Los participantes de un estudio destacaron la relevancia de los entornos seguros y de apoyo a la hora de construir relaciones y generar sentimiento de pertenencia. Se experimentó mayor apoyo emocional en los grupos en los que se reunían las mismas personas, y en aquellos que compartían intereses o experiencias comunes [25, 33](#).

Tipo de intervenciones:

Existen factores protectores frente a la soledad que pueden ser potenciados a través de intervenciones [24](#): aumentar

la interacción social con otras personas en situación similar, el tiempo que las personas pasan con sus seres queridos [24, 33](#); y, en general, potenciar intervenciones dirigidas a aumentar el número de veces que las personas mayores hablan con personas importantes para ellos [22](#).

Para fomentar el encuentro entre pares, la evidencia propone asistir a reuniones de adultos mayores, grupos con intereses particulares y centros comunitarios [24, 33](#). Se enfatiza en la importancia de las intervenciones centradas en las creencias religiosas o espirituales [22, 24](#), y en las terapias con animales [33](#).

La terapia de reminiscencia; consistente en la discusión de actividades, experiencias o eventos pasados, con el fin de estimular la memoria episódica; es una de las intervenciones más utilizadas frente a la soledad [28, 29, 31, 33, 34, 36](#). Sin embargo, existen discrepancias en cuanto a su eficacia.

Una RS encontró evidencia sustancial para la reminiscencia como intervención para la depresión, sin embargo, en el caso de la soledad señala que la evidencia es limitada [36](#). En contraposición, otro artículo

señala el uso de la terapia de reminiscencia por su confirmado potencial para disminuir la soledad [34](#). También se informaron resultados positivos significativos para las intervenciones centradas en terapias psicológicas como terapias de humor, mindfulness, reducción de estrés o apoyo cognitivo [31, 33](#).

Las circunstancias que rodean al aislamiento social y a la soledad, puede incluir causas no objetivas. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han demostrado efectos positivos y son herramientas útiles para ayudar a las personas a comprender su propia experiencia de soledad o aislamiento social, y diseñar la estrategia más adecuada [27, 33, 36](#).

Los grupos en los que se compartió ocio, o los que abordaban problemas de la comunidad mejoraban la autoestima, la creación de nuevos vínculos y el propósito de las personas mayores participantes [25, 34, 36](#). Intervenciones comunitarias guiadas, como terapias de meditación, de humor, reducción del estrés, yoga, ejercicio y grupos de soporte social mejoraron la percepción del apoyo social, felicidad y satisfacción con la vida [24, 33](#).

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han demostrado efectos positivos y son herramientas útiles para ayudar a las personas a comprender su propia experiencia de soledad o aislamiento social

**Características
comunes clave:**

Las intervenciones grupales, con base teórica, participativas y aquellas que incluyen actividades sociales y de apoyo o con orientación definida, adaptabilidad al contexto, desarrollo comunitario, entorno en lugares públicos y sociales tienen más posibilidades de resultar beneficiosas [30-32](#).

El compromiso de los participantes y los resultados fueron mejores cuando los intereses y motivaciones iban acorde al contenido de las intervenciones, y cuando se planificaron con una frecuencia adecuada. Se observó más participación cuando se incluían enfermeras de atención primaria, vecinos u otras personas conocidas [23](#).

**Intervenciones apoyadas
en las nuevas tecnologías:**

Varios estudios destacan las nuevas tecnologías como herramientas esperanzadoras [21, 22, 25, 33-35, 37-40](#), llegándose a confirmar un efecto beneficioso del uso de la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) en el bienestar de las personas mayores y disminución de la soledad [21, 40](#). Recientemente, se han identificado

charlas telefónicas, videollamadas o redes sociales en línea (RRSS) para generar interacción entre personas mayores como intervenciones efectivas para reducir la desconexión social y/o soledad [21, 25, 33, 35, 37, 39, 40](#).

El uso de RRSS se asocia con efecto positivo en la identidad personal y en la autoestima; resultando un pasatiempo significativo para los participantes al facilitar el contacto con sus seres queridos [21, 33, 35](#). Intervenciones apoyadas en internet permitieron mejorar la accesibilidad a las enfermeras de referencia, apoyo emocional e información de salud a personas confinadas [25](#). Sin embargo, un consumo pasivo de internet se asocia a mayor soledad [35](#).

El medio de comunicación por videollamada ha demostrado efectos beneficiosos [22, 25, 36](#), y se recomienda entre familias, o en intervenciones psicológicas [35, 39](#); sin embargo, una RS no pudo confirmar la efectividad de esta intervención durante el confinamiento por COVID 19 [21](#). En las personas sin acceso a tecnología, se aconsejan intervenciones telefónicas, con ventajas frente a las que requieren el uso de dispositivos más avanzados

[35](#). La introducción de la inteligencia artificial y los agentes conversacionales parece prometedora [21](#).

La capacitación en el uso de ordenador e internet y aquella basada en tecnología fácil [21, 25, 37](#) mejoró la confianza y capacidad consiguiendo contactos con la familia de forma regular [25](#). Pocos estudios utilizan tecnologías adaptadas a pesar de demostrar mejores resultados [21, 37](#).

Otra estrategia fue garantizar que las personas participantes tuvieran con quien hablar: profesionales de la salud [21](#), familiares, voluntarios o entrevistadores que hacían llamadas telefónicas mediante video-chat [21, 37, 39](#).

Existen barreras para la implementación de las intervenciones a distancia, como el rechazo a las nuevas tecnologías, desigualdades de acceso a dispositivos o a las conexiones necesarias, falta de experiencia o habilidades en el uso de tecnologías, necesidad de alfabetización y la participación de otro cuando las personas mayores no son capaces de usarlo de forma independiente y las dificultades en el reclutamiento [22, 35, 37](#).

Enfermera y soledad:

Un estudio cualitativo detectó dificultad entre los profesionales sanitarios para conceptualizar la soledad y el aislamiento social, además, reconoce el rol enfermero como un elemento facilitador a la hora de intervenir, por su atención integral y cercana al paciente [41](#).

Entre las dificultades manifestadas por los profesionales sanitario al abordar la soledad, destacan: la falta de programas específicos, la falta de tiempo, la priorización del modelo biomédico frente al modelo biopsicosocial, conocimiento insuficiente de las vías de derivación, y desequilibrio entre los intereses de los participantes y los contenidos de la intervención. También son condicionantes de éxito: la actitud de la persona mayor ante la intervención, limitaciones físicas o de salud, miedo e incomodidad al unirse a nuevos grupos, y la motivación del propio profesional para el abordaje [23, 41](#).

Tras evaluar e identificar el problema, el profesional de la salud selecciona la intervención más apropiada [35](#). El patrón de más prevalencia fue vincular intervenciones sanitarias y no sanitarias mediante vías de referencia y prescripción social,

recursos comunitarios o de voluntariado [23](#).

El abordaje también consistió en la derivación a otros recursos de salud, donde pudieran abordarse factores subyacentes a la soledad o aislamiento, como pérdida de movilidad, audición o visión [23](#).

Se resalta la importancia de conocer los recursos sociales disponibles y el efecto positivo de incluir en las intervenciones profesionales que tengan buen manejo de la escucha y la comunicación para generar relaciones de confianza [23, 35](#).

SÍNTESIS DE RESULTADOS

En la [tabla 4](#) se describe el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los estudios incluidos en la revisión usando la herramienta JBI [20](#).

SESGO DE INFORMACIÓN

No se ha detectado sesgo de información

DISCUSIÓN

Es clave entender la soledad como una experiencia indivi-

dual y única para cada persona, que requiere la adaptación de intervenciones estandarizadas a las necesidades individuales mediante el seguimiento y evaluación en las primeras fases de las intervenciones [22](#) (Nivel de Evidencia(NE)1b, Grado de recomendación(GR)B). Detectar los casos de soledad o aislamiento social mediante una correcta valoración, que contemple al individuo de forma holística y determine sus necesidades es imprescindible para el abordaje [21, 22, 24](#) (NE 1b, GR B). Por tanto, la valoración y detección es la intervención clave en el

abordaje de la soledad en personas mayores.

Se observa una gran diversidad de herramientas estandarizadas para la evaluación [21, 23](#), cuya elección dependerá del tipo de intervención a evaluar. El uso de un marco de clasificación puede ayudar en la comparación y elección del instrumento más adecuado para cada caso [26](#). Sin embargo, tan importante como la elección en sí, es que se haga correcto uso de dichas herramientas, para una evaluación objetiva de los resultados [21, 22, 24](#) (NE 1b, GR B).

Tabla 4.
Síntesis de los resultados

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. Age Agring. 2020;49(5):748-57.	Revisión sistemática y metaanálisis	9/10*	NE: 1a GR: B	Prevalencia de la soledad en personas mayores que viven en hogares de ancianos. La prevalencia media estimada de "soledad moderada" fue del 61% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,41; 0,80). La prevalencia media estimada de "soledad severa" fue del 35% (IC del 95%: 0,14; 0,60).	La prevalencia de la soledad moderada y de la soledad severa en los residentes de personas mayores es elevada y justifica la preocupación. Se requieren estudios que identifiquen intervenciones que aborden la soledad.
Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2021;16(7):e0255088.	Revisión sistemática y metaanálisis	10/10*	NE: 1a GR: B	El objetivo fue producir una estimación basada en la evidencia de la prevalencia de la soledad entre las personas mayores (de 60 años o más). la prevalencia agrupada fue del 25,9% (IC del 95%: 21,6% - 30,3%) para la soledad moderada y del 7,9% (IC del 95%: 4,8% - 11,6%) para la soledad grave (z = -6,1, p < 0,001)	La soledad entre las personas mayores afecta aproximadamente a un 25% en los países de altos ingresos. No hay evidencia de que se produzca un aumento de la prevalencia de la soledad con la edad en las personas mayores.

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Shah SGS, Noguerras D, van Woerden HC, Kiparoglou V. Evaluation of the Effectiveness of Digital Tech-nology Interventions to Reduce Loneliness in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis. J Med Internet Res. 2021;23(6):e24712.	Revisión sistemática y metaanálisis	9/10*	NE: 1d GR: B	El objetivo es evaluar la efectividad de las intervenciones de tecnología digital (DTI) en la reducción de la soledad en adultos mayores. A efecto global no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de las IED en comparación con las intervenciones tradicionales o las no ITD en el seguimiento a los 3 meses (DME 0,02; IC del 95%: -0,36 a 0,40; P=.92), 4 meses (DME -1,11; IC del 95%: -2,60 a 0,38; P=.14), y 6 meses (DME -0,11; IC del 95%: -0,54 a 0,32; P=.61)	No se observa evidencia que apoye la efectividad de los ITD para reducir la soledad en las personas mayores. Los estudios de investigación futuros deben diseñarse como ECA con tamaños de muestra más grandes y duraciones más largas.
Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open. 2022;5(10):e2236676.	Revisión sistemática y metaanálisis	10/10*	NE: 1a GR: B	Evaluar las intervenciones, dirigidas a los adultos mayores, asociadas con una reducción de la soledad y el aislamiento social. Las intervenciones incluyeron terapia con animales, psicoterapia o terapia cognitivo-conductual, multicomponente, asesoramiento, ejercicio, musicoterapia, terapia ocupacional, terapia de reminiscencia, intervenciones sociales e intervenciones tecnológicas	La terapia con animales y la tecnología en la atención a largo plazo tuvieron grandes tamaños del efecto, pero también una alta heterogeneidad, por lo que la magnitud del tamaño del efecto debe interpretarse con precaución.
Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. 1 de noviembre de 2017;152:157-71.	Revisión sistemática	10/10*	NE:1b GR: B	Objetivo determinar las consecuencias más amplias del aislamiento social y la soledad, identificar cualquier diferencia entre los dos. Se identifica una asociación significativa entre el aislamiento social y la soledad con el aumento de la mortalidad por todas las causas y el aislamiento social con la enfermedad cardiovascular.	Existe evidencia consistente que vincula el aislamiento social y la soledad con peores resultados cardiovasculares y de salud mental. El papel del aislamiento social y la soledad en otras condiciones y sus consecuencias socioeconómicas es menos claro.
Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Re-view. Inquiry. 2019;56:0046958018823929.	Revisión sistemática	8/10*	NE:1b GR: B	El objetivo es descubrir si las intervenciones sociales tienen un efecto sobre las medidas sociales y relacionadas con la salud entre los residentes de hogares de ancianos. La terapia de reminiscencia fue la intervención más común. Los estudios también incluyeron intervenciones por videoconferencia, cognitivas y de grupos de apoyo. Todos los estudios encontraron que las intervenciones provocaron tendencias positivas en todas las medidas.	Existe un potencial social y de salud positivo de las intervenciones sociales para las personas mayores que viven en hogares de ancianos o instituciones similares.
Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.	Revisión sistemática	10/10*	NE: 2b GR: B	Evaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas para aliviar el aislamiento social y la soledad en las personas mayores. El 79% de las intervenciones grupales y el 55% de las intervenciones individuales informaron al menos un mejor resultado de los participantes en los dominios social, mental y físico.	Entre las características comunes de las intervenciones efectivas están las desarrolladas en el contexto de una base teórica, las que ofrecen actividad social y/o apoyo con formato grupal. Tiene más probabilidades de ser efectivas cuando las personas mayores son participantes activos.

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic re-view. <i>Experimental Gerontology</i> . 2018;102:133-44.	Revisión sistemática	9/10*	NE: 1b GR: B	El objetivo es resumir y actualizar los conocimientos sobre la efectividad de las intervenciones para aliviar la soledad y el aislamiento social entre las personas mayores. 18 intervenciones. (mixtas, grupales e individuales) todas con al menos un hallazgo significativo.	Las nuevas tecnologías y las artes comprometidas con la comunidad podrían verse como una herramienta prometedora para abordar el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores
Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connected-ness. <i>J Healthc Eng</i> . 2020;2020:2036842.	Revisión sistemática	9/10*	NE: 2b GR: B	Estudia intervenciones respaldadas por la tecnología para el abordaje de la soledad y aislamiento social. Predominó la capacitación en el uso de ordenadores. Las interacciones se orientaron principalmente a amigos y familiares.	Todas las intervenciones informaron resultados positivos, lo que sugiere viabilidad
Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. <i>J Med Internet Res</i> . 2021;23(3):e23588.	Revisión sistemática	10/10*	NE: 1b GR: B	Análisis de la investigación realizada utilizando un diseño experimental o cuasi-experimental que investiga el efecto causal del uso de las TIC y el SNS en el bienestar de las personas mayores relacionado con la soledad.	Se confirma la existencia de un efecto beneficioso del uso de las TIC sobre el bienestar de las personas mayores en términos de reducción de la soledad. Sin embargo, a menudo se encuentra que la relación causal es débil.
Tong F, Yu C, Wang L, Chi I, Fu F. Systematic Review of Efficacy of Interventions for Social Isolation of Older Adults. <i>Front Psychol</i> . 2021;12:554145.	Revisión sistemática	10/10*	NE: 1a GR: B	El objetivo es resumir y renovar el conocimiento de la efectividad de las intervenciones existentes para aliviar el aislamiento social. Dieciocho de 24 ECA mostraron al menos un efecto de dimensión sobre la reducción del aislamiento social de los adultos mayores	Las intervenciones con una orientación precisa de los clientes en lugares sociales y públicos tuvieron un efecto más claro. Las intervenciones en las que las personas mayores son participantes activos parecen más efectivas. Las actividades de intervención grupal y las entrevistas de intervención individual mejoraron el apoyo social.
Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. <i>BMJ Open</i> . 2016;6(4):e010799.	Revisión sistemática	9/10*	NE: 1b GR: B	Método para clasificar y comparar las medidas de las relaciones sociales según dos dimensiones: si los aspectos cubren estructurales o funcionales y grado de subjetividad de los encuestados.	Esta forma de clasificar las medidas de relación social trasciende los límites disciplinarios y conceptuales, permitiendo comparar herramientas que se desarrollaron desde diferentes perspectivas teóricas.
Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. <i>Australas J Ageing</i> . 2022;41(3):e227-39.	Revisión sistemática	9/10*	NE: 1b GR: B	Examinar la efectividad de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para reducir el aislamiento social en las personas mayores. La mayoría de los estudios informaron efectos positivos sobre el aislamiento social, pero esto se identificó más en el autoinforme en comparación con los cambios en las medidas iniciales.	En general, se encontró evidencia de que las TIC mejoran la conectividad social de las personas mayores hasta cierto punto., aunque se necesita una investigación más rigurosa en el futuro. La literatura también nos advierte que no debemos confiar en las TIC como la única vía para la interacción social.

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. <i>Journal of Rural Studies</i> . 2022;90:76-92.	Revisión sistemática (métodos mixtos)	8/10*	NE: 1b GR: B	El objetivo es sintetizar la evidencia para establecer la efectividad de las intervenciones de soledad y/o aislamiento social en poblaciones adultas rurales.	Se apunta a que las intervenciones centradas en intereses compartidos y experiencias comunes pueden disminuir los sentimientos de soledad, pero hay evidencia limitada del efecto en la reducción del aislamiento social
Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. <i>BMC Public Health</i> . 2020;20:129.	Revisión de alcance	9/10*	NE: 1a GR: B	Describe el rango de intervenciones para reducir la soledad y el aislamiento social entre los adultos mayores; en referencia a categorización, conceptualización y componentes. En general las intervenciones se clasificaron en: Modo de administración grupal o uno a uno, objetivo y tipo de intervención.	No hay un único enfoque para abordar la soledad o el aislamiento social. Es necesario adaptar las intervenciones a las necesidades de los individuos, grupos específicos o el grado de soledad experimentado
Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. <i>Geriatr Nurs</i> . 2021;42(5):1222-9.	Revisión de alcance	8/10*	NE: 1b GR: B	evaluar el aislamiento social, la soledad y la calidad de vida de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19 y mapear sugerencias para revelar y mejorar la situación actual.	Las recomendaciones se agruparon como la evaluación del estado actual de soledad y aislamiento en personas mayores, haciendo un mayor uso de las oportunidades tecnológicas, utilizando terapias cognitivo-conductuales y diferentes componentes de intervención individual.
Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> . 2020;90:104119.	Revisión de alcance	9/10*	NE: 2b GR: B	El objetivo es sintetizar la literatura que aborda los efectos de la soledad, tres aspectos del aislamiento social, incluidas las redes sociales, el apoyo y la participación sociales, y la fragilidad en los resultados de salud y sus mediadores y moderadores entre los adultos mayores. La mayoría de los estudios incluidos revelaron asociaciones entre el aislamiento social, la soledad y la fragilidad.	La evidencia es limitada al examinar el papel de la fragilidad o el aislamiento social y la soledad como moderador y mediador
O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	Revisión de alcance	8/10*	NE: 2a GR: B	Mapeo sobre intervenciones y estrategias frente a la soledad en personas mayores.	
Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. <i>BMJ Open</i> . 2022;e057729-e057729.	Revisión de alcance	9/10*	NE: 1b GR: B	Las estrategias más habituales son participar en actividades con propósito y mantener el contacto con la red social. De los nueve tipos de intervención identificados, los descritos con mayor frecuencia fueron el contacto personal uno a uno y la actividad grupal	Se necesarias conceptualizaciones innovadoras de los objetivos de intervención, como la actividad con propósito, que vayan más allá del enfoque actual en la red social objetiva como una forma de promover la conexión social para los adultos mayores
Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2022;19(18):11310.	Revisión de alcance	9/10*	NE: 1b GR: B	La mayoría de las revisiones incluidas abordaron el uso general de Internet y computadoras, solo una trabajó con un marco teórico. Los efectos positivos del uso de la tecnología se mostraron en el 55% de las medidas de resultado para la soledad y el 44% de las medidas de resultado para el aislamiento social	Si bien las revisiones de la investigación muestran que las TC pueden reducir la soledad y el aislamiento social en las personas mayores, la evidencia causal es limitada y los conocimientos sobre tecnologías innovadoras como los sistemas de realidad aumentada son escasos.

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. J Appl Gerontol. 2021;40(1):3-13	Revisión narrativa	9/10*	NE: 5a GR: B	Da una visión general de las intervenciones apropiadas administradas a distancia para las personas mayores que se dirigen a la soledad y los síntomas psicológicos. Se incluyen intervenciones individuales e intervenciones que varían según la implementación.	Son barreras la familiaridad con la tecnología, así como las adaptaciones requeridas al contexto de COVID-19. Es necesario que estos enfoques se traduzcan a entornos comunitarios
Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019;10(2).	Revisión narrativa	7/10*	NE: 5a GR: B	Aúna los hallazgos sobre la soledad en el adulto mayor e identificar los aspectos que influyen en la misma.	Existen diferentes aspectos que influyen en el proceso de soledad en las personas mayores, y diversas acciones las que se pueden llevar a cabo por el profesional de la salud para intervenir este fenómeno.
Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018;26(2):147-57.	Revisión narrativa	8/10*	NE: 3b GR: B	Describe una variedad de intervenciones basadas en diferentes mecanismos para reducir el aislamiento social y la soledad. La mayoría de las intervenciones informaron cierto éxito en la reducción del aislamiento social y la soledad, pero la calidad de la evidencia fue generalmente débil	La adaptabilidad, un enfoque de desarrollo comunitario y la participación productiva, fueron los factores asociados con más éxito.
Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. Atención Primaria. 2022;54(2):102218.	Estudio cualitativo	10/10*	NE: 4d GR: B	Los principales condicionantes son: imagen alterada sobre la soledad y el aislamiento social, ausencia de programas de detección, recursos deficientes y peso del modelo biomédico, componentes personales	La intervención sobre el aislamiento social y la soledad en atención primaria está condicionada por factores, organizacionales y estructurales, profesionales y personales
Fonseca Cavalcanti K, Macêdo Silva Mendes J, Queiroga Freitas FF, Pereira Martins K, Janyne de Lima R, Guedes Macêdo PK. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. Avances en Enfermería. 2016;34(3):259-67.	Estudio descriptivo	Calidad media**	NE: 4b GR: B	Identificar los factores que influyen en la soledad de los adultos mayores	Es necesario crear grupos de convivencia para adultos mayores, ya que estas actividades promueven el bienestar físico, mental y social, haciéndoles olvidar los posibles momentos de soledad
Orden KAV, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2021;29(8):816-27.	Opinión de expertos	7/10*	NE: 5a GR: B	Marco cognitivo-conductual para la conexión social, que incluye estrategias basadas en la evidencia	Todas las formas de conexiones sociales son importantes para la salud, incluidas las interacciones sociales "superficiales". Sin embargo, los aspectos de la conexión social que son más esenciales para la salud y el bienestar varían entre las personas y dentro de las personas dependiendo del tiempo y la situación.

Referencia	Metodología	Lectura Crítica	Síntesis de evidencia ¹	Resumen	Conclusión
Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria. 2016;48(9):604-9.	Opinión de expertos	7/10*	NE: 5c GR: B	Se discuten estrategias para identificar problemas de soledad y aislamiento y para realizar intervenciones basadas en la evidencia científica tanto a nivel individual como comunitario en cooperación con otros recursos de la comunidad	El equipo de atención primaria ha de promover la autonomía de estos pacientes, facilitar su sociabilidad y actuar sobre sus pensamientos sociales maladaptativos que dificultan su integración social

CASPe *, Berra S et al **
Joanna Briggs Institute¹

La evidencia señala a las intervenciones cognitivas y aquellas centradas en grupos de apoyo como beneficiosas en el alivio de la soledad [24, 29-31, 33, 36] (NE 1a, GB B). La terapia de reminiscencia es la intervención más mencionada en la bibliografía [28, 29, 31, 33, 34, 36]. Un estudio refiere evidencia limitada para sus efectos frente a la soledad [36] (NE 1b, GB B), por el contrario, varios estudios informan de un efecto beneficioso confirmado para esta intervención [31, 34] (NE 1b, GB B).

Se informaron resultados positivos para terapias centradas en intervenciones psicológicas: terapia de humor, mindfulness, reducción de estrés o apoyo cognitivo [31, 33] (NE 1a, GR B), artes comprometidas con la comunidad [33], visitas domiciliarias, intervenciones de actividad física, o intervenciones de apoyo [30] (NE 2b, GR B). Mejorando en algunos casos

variables como la percepción del apoyo social, felicidad o satisfacción con la vida [24, 31] (NE 3b, GB B).

Aunque las emociones que rodean a la soledad y al aislamiento social son dolorosas persé, existen barreras internas o externas propias del individuo que dificultan el afrontamiento del problema [23, 27]. Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresa que las decisiones tomadas sobre la propia salud por las personas vienen motivadas por el deseo personal de alcanzar el bienestar [19]. Las TCC han demostrado efectos positivos y son un recurso útil para la sustitución de pensamientos mal adaptativos [27, 33, 36] (NE 1a, GR B).

Las características y formato son importantes a la hora de diseñar las intervenciones. La evidencia señala a la elección entre intervenciones indivi-

duales y grupales como un aspecto de gran relevancia [28] (NE 1a, GR B). El número de estudios encontrados en los que las intervenciones grupales obtuvieron mejores resultados es mayor [28-30, 32] (NE 1a, GR B), solo dos estudios reportaron mejores resultados en las intervenciones individuales [31, 34] (NE 1a, GR B).

Las intervenciones con enfoque participativo que involucran a la población diana y se adaptan a las necesidades y características de las personas mayores en situación de soledad o aislamiento social son clave del éxito [23, 30-32, 35] (NE 1b, GR B).

La mayoría de las intervenciones recogidas en esta revisión fueron complejas, y en muchos casos se basaron en varios mecanismos; en consecuencia, resulta complicado diferenciar que aspectos específicos de una intervención están más asociados al éxito. De

forma general, se aconseja potenciar aquellas intervenciones que buscan aumentar la interacción social de las personas mayores. Las intervenciones centradas en las creencias religiosas o espirituales, y las terapias con animales también están recomendadas [22, 24, 33] (NE 1a, GR B).

En respuesta a cuál es el resultado de las intervenciones basadas en las nuevas tecnologías en comparación con las intervenciones presenciales, encontramos que, en general, el uso de las TIC es un recurso esperanzador para el abordaje de la soledad y la reducción del aislamiento [21, 22, 25, 33-35, 38-40], confirmándose su efecto beneficioso reduciendo la soledad [21, 33, 39, 40] (NE 1a, GR B), sin embargo, existe baja evidencia de los estudios primarios.

La declaración de pandemia por COVID-19 [14] ha supuesto

La comunicación mediante RRSS ha sido asociada con menor soledad, y mayor autoestima; sin embargo, el consumo pasivo de internet se relaciona con mayor soledad

importantes restricciones y distanciamiento social, llevando a muchas personas mayores a la pérdida de apoyo social, al aislamiento y a desarrollar sentimientos de soledad. A nivel sanitario esta situación ha supuesto un cambio de paradigma, forzando la implementación de intervenciones adaptadas al nuevo contexto. Y si bien, ya existía conocimiento de intervenciones apoyadas en el uso de las TIC, la nueva situación ha impulsado este tipo de acciones [22, 23](#) (NE 1b, GR B).

La comunicación mediante RRSS ha sido asociada con menor soledad, y mayor autoestima [21, 33, 35](#) (NE 1a, GR B). Sin embargo, el consumo pasivo de internet se relaciona con mayor soledad [35](#). La comunicación por videollamada ha demostrado efectos beneficiosos sobre el aislamiento [22, 36](#) (NE 1b, GR B), y ha sido la preferida [25](#) (NE 1b, GR B); las llamadas telefónicas son efec-

tivas cuando no se dispone de otros recursos tecnológicos o no es posible la capacitación [35](#) (NE 5a, GR B).

La implementación de las intervenciones basadas en el uso de las TIC cuenta con barreras adicionales, como son el rechazo a las nuevas tecnologías, las dificultades para disponer de dispositivos adecuados o acceso a la conexión necesaria, la falta de experiencia o destreza, y la necesidad de capacitación [22, 35, 37](#) (NE 1b, GR B). Por lo que se recomienda analizar los intereses, preferencias y necesidades de la persona mayor, adecuando el tipo de intervención, dispositivo y adaptación a cada individuo [35](#) (NE 5a, GR B).

De forma general los resultados encontrados son positivos. La capacitación de los participantes, la adaptabilidad de las acciones y los dispositivos, parecen ser las claves del éxito de este tipo de intervenciones,

aunque deben ser entendidas como una herramienta complementaria más y no para sustituir a la intervención que implica presencia [21, 25, 37, 39](#) (NE 1b, GR B).

Los profesionales de la salud pueden tener dificultades para conceptualizar los términos soledad y aislamiento social, y manifiestan encontrar barreras para el abordaje debido a la ausencia de programas específicos, de tiempo y la dominancia del modelo biomédico frente al biopsicosocial [41](#) (NE 4d, GR B).

Los profesionales sanitarios tienen en su mano detectar y abordar los casos de soledad y/o aislamiento social mediante intervenciones y recursos sanitarios y no sanitarios [35](#). Concretamente, los profesionales de atención primaria, por tener en cuenta aspectos generales e interrelacionados de la salud y del bienestar en todas las etapas de la vida [15](#), son los que pueden llegar a una mejor valoración y abordaje de estos problemas [23](#) (NE 1b, GR B).

De forma más específica, se reconoce el rol enfermero como un elemento facilitador a la hora de intervenir [41](#) (NE 4d, GR B). La perspectiva holística, el modelo biopsicosocialespiritual

y la taxonomía NANDA hacen que la propia enfermera reconozca y entienda el abordaje de la soledad entre sus competencias [41](#). La disciplina enfermera dispone de conocimientos específicos y recomendados en el abordaje de la soledad, como es el caso de la Teoría de Rango Medio de la Presencia Enfermera [18](#) basada en ejercer una presencia consciente a nivel físico, psicológico y terapéutico-espiritual, en la dosis necesaria para cada paciente, considerándose la presencia enfermera como una intervención en sí misma [18](#).

LIMITACIONES:

Aunque se ha procurado que la estrategia de búsqueda incluyera todos los resultados relevantes, podrían faltar datos o estudios por indexar. Debido a la heterogeneidad de los resultados se ha optado por un método de síntesis narrativa y no por la combinación estadística de los resultados, por lo que los hallazgos sobre la efectividad deben ser interpretados con precaución.

En la [tabla 5](#) se enumeran las intervenciones encontradas y su equivalencia con intervenciones enfermeras NIC [16](#), así como su nivel de evidencia y grado de recomendación:

Tabla 5.
Resumen de
Intervenciones de
Enfermería (NIC) / Grados de
evidencia y nivel de recomendación

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Fomento de la interacción social	[5100] Potenciación de la socialización	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
	[7560] Facilitar las visitas	Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs. 2021;42(5):1222-9.	NE: 1b GR: B
	[7110] Fomentar la implicación familiar	Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019	NE: 5a GR: B
Grupos de apoyo	[5604] Enseñanza: grupo	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1 ^a GR: B
	[5430] Grupo de apoyo	Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. Inquiry. 2019;56:0046958018823929.	NE:1b GR: B
		Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019	NE: 5a GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
		Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.	NE: 2b GR: B
		Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018;26(2):147-57.	NE: 3b GR: B
Valoración	[7910] Consulta	Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. J Med Internet Res. 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
	[7980] Informe de incidencias	Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs. 2021;42(5):1222-9.	NE: 1b GR: B
	[8020] Reunión multidisciplinar sobre cuidados	Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019	NE: 5a GR: B
		Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. Journal of Rural Studies. 1 de febrero de 2022;90:76-92.	NE: 1b GR: B
		Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. BMJ Open. 2016;6(4):e010799.	NE: 1b GR: B

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Grupos de actividades o discusión	[8100] Derivación [5604] Enseñanza: grupo [4430] Terapia con juegos [4367] Terapia de baile	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
		Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Rev Cuid. 2019	NE: 5a GR: B
Terapia de reminiscencia	[4860] Terapia de reminiscencia	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. Experimental Gerontology. 2018;102:133-44.	NE: 1b GR: B
		Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. Inquiry. 2019;56:0046958018823929	NE:1b GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
		Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018;26(2):147-57.	NE: 3b GR: B
Terapias psicológicas	[5960] Facilitar la meditación [5880] Técnica de relajación	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community	NE: 3b GR: B
Terapias cognitivo-conductuales	[4700] Reestructuración cognitiva	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. Inquiry. 2019;56:0046958018823929	NE: 1b GR: B
		Orden KAV, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2021;29(8):816-27	NE: 5a GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. J Appl Gerontol. 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Intervenciones centradas en creencias religiosas o espirituales	[5424] Facilitar la práctica religiosa [5420] Apoyo espiritual	Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. <i>BMJ Open</i> . 2022;e057729-e057729.	NE: 1b GR: B
		Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería	NE: 5a GR: B
Contacto con animales	[4320] Terapia asistida con animales	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. <i>JAMA Netw Open</i> .2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
Filosofía del Edén	[4390] Terapia con el entorno	O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
Escucha de programa de radio (música antigua)	[4400] Musicoterapia	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. <i>JAMA Netw Open</i> .2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
Visitas domiciliarias	[5328] Visitas domiciliarias de apoyo	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. <i>JAMA Netw Open</i> .2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2011;11:647.	NE: 2b GR: B
Capacitación para internet	[5520] Facilitar el aprendizaje [5606] Enseñanza: individual [5604] Enseñanza: grupo	Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. <i>J Med Internet Res</i> . 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
		Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. <i>Australas J Ageing</i> .2022;41(3):e227-39.	NE: 1b GR: B
		Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. <i>Int J Environ Res Public Health</i> .2022;19(18):11310.	NE: 1b GR: B
		Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. <i>Journal of Rural Studies</i> . 1 de febrero de 2022;90:76-92.	NE: 1b GR: B
		Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2011;11:647.	NE: 2b GR: B
		Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. <i>J Healthc Eng</i> . 2020;2020:2036842.	NE: 2b GR: B

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Llamadas telefónicas o video llamadas	[8180] Consulta por teléfono [8190] Seguimiento telefónico	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. JAMA Netw Open.2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. J Med Internet Res. 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
		Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. Australas J Ageing.2022;41(3):e227-39.	NE: 1b GR: B
		Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. Int J Environ Res Public Health.2022;19(18):11310.	NE: 1b GR: B
		Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs. 2021;42(5):1222-9.	NE: 1b GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. J Appl Gerontol. 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B
		Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. J Healthc Eng. 2020;2020:2036842.	NE: 2b GR: B
Agentes conversacionales	[8100] Derivación [5520] Facilitar el aprendizaje	Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. J Med Internet Res. 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
		Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. Australas J Ageing.2022;41(3):e227-39.	NE: 1b GR: B
		Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. Int J Environ Res Public Health.2022;19(18):11310.	NE: 1b GR: B

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Telesalud o terapias en línea	[5510] Educación para la salud [5305] Entrenamiento en salud [5270] Apoyo emocional	Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. <i>Geriatr Nurs.</i> 2021;42(5):1222-9.	NE: 1b GR: B
		Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. <i>Australas J Ageing.</i> 2022;41(3):e227-39.	NE: 1b GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. <i>J Appl Gerontol.</i> 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B
Artes comprometidas con la comunidad	[8100] Derivación [8550] Desarrollo de un programa	Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. <i>Experimental Gerontology.</i> 2018;102:133-44.	NE: 1b GR: B
Interacción en Redes sociales	[5606] Enseñanza: individual [8100] Derivación	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. <i>JAMA Netw Open.</i> 2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. <i>J Med Internet Res.</i> 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
		Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2022;19(18):11310.	NE: 1b GR: B
		Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. <i>Journal of Rural Studies.</i> 1 de febrero de 2022;90:76-92.	NE: 1b GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. <i>J Appl Gerontol.</i> 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B
		Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. <i>Inquiry.</i> 2019;56:0046958018823929	NE:1b GR: B
		Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. <i>J Healthc Eng.</i> 2020;2020:2036842.	NE: 2b GR: B
Derivación a servicio de la comunidad	[8100] Derivación	Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. <i>BMJ Open.</i> 2022:e057729-e057729.	NE: 1b GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. <i>J Appl Gerontol.</i> 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B

Intervención informada	NIC	Artículo	*Nivel de evidencia (NE), Grado de Recomendación (GR)
Acompañamiento	[5270] Apoyo emocional [5340] Presencia	Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. <i>JAMA Netw Open</i> .2022;5(10):e2236676.	NE: 1a GR: B
		Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. <i>J Med Internet Res</i> . 2021;23(3):e23588.	NE: 1b GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
		Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. <i>J Appl Gerontol</i> . 1 de enero de 2021;40(1):3-13	NE: 5a GR: B
		Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. <i>J Healthc Eng</i> . 2020;2020:2036842.	NE: 2b GR: B
Intervenciones de apoyo	[4920] Escucha activa [5340] Presencia [5460] Contacto [5395] Mejora de la autoconfianza [4364] Elogio	Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. <i>Journal of Rural Studies</i> . 1 de febrero de 2022;90:76-92.	NE: 1b GR: B
		O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. <i>BMC Geriatr</i> . 2018;18:214.	NE: 2a GR: B
		Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2011;11:647.	NE: 2b GR: B
		Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. <i>Health & Social Care in the Community</i> . 2018;26(2):147-57.	NE: 3b GR: B

CONCLUSIONES

1. La soledad es una experiencia individual y requiere un abordaje adaptado a cada persona [22](#). El primer paso es una valoración integral [21](#), [22](#), [28](#) el uso de herramientas de valoración estandarizadas y adecuadas a cada intervención, que permitan una evaluación objetiva [21](#), [22](#), [24](#), [26](#).
2. Se reconoce a la enfermera como una de las profesionales más adecuadas para el abordaje de la soledad y el aislamiento social. Sus cuidados, basados en el modelo biopsicosocial-espiritual, los conocimientos específicos y recomendados, posicionan a la profesión para liderar las intervenciones [18](#), [23-25](#), [41](#). Es necesario mejorar los fundamentos teóricos de las intervenciones, y la evidencia de los estudios.
3. La mayoría de las intervenciones informaron de éxito en la reducción de la soledad o el aislamiento social, sin embargo, la heterogeneidad entre las intervenciones es significativa y en muchos casos son fruto de la combinación de distintas características, dificultando la comparación entre ellas. Las terapias psicológicas parecen ofrecer resultados positivos en la reducción de la soledad, destacando la TCC, la terapia de reminiscencia, con animales [28](#), [29](#), [33](#), [34](#), [36](#), acompañadas de todas aquellas que supongan una participación social, incluidas las apoyadas en creencias religiosas o espirituales [22](#), [24](#).

4. Las características clave de las intervenciones son: adaptabilidad, participación activa, las que incluyen actividades sociales y de apoyo, con orientación definida, en lugares públicos o sociales y aquellas administradas por profesionales sanitarios [23, 25, 30, 32]. Aunque con discrepancia, parece que la evidencia apunta a las intervenciones grupales frente a

las individuales [28-30, 32].

5. Las intervenciones colaborativas entre los sistemas sanitarios y no sanitarios están en auge y resultan prometedoras [23].

6. El cambio de paradigma derivado de la pandemia por COVID-19 pone en valor el efecto beneficioso de las intervenciones basadas en el uso de las nuevas tecno-

logías, aunque no deben ser entendidas como sustitutas de las interacciones sociales directas. Las nuevas tecnologías crean oportunidades para la interacción, y su éxito vendrá condicionado por el afrontamiento de las barreras detectadas, para lo que es fundamental tener en cuenta las preferencias y necesidades del individuo [21, 22, 25, 33-35, 37, 39, 40].

7. Los programas de abordaje de la soledad deben ser específicos y contar con los recursos necesarios.

8. Para el mantenimiento de redes sociales significativas es necesario que las intervenciones sean duraderas. ■

Bibliografía

- Fonseca Cavalcanti K, Macêdo Silva Mendes J, Queiroga Freitas FF, Pereira Martins K, Janyne de Lima R, Guedes Macêdo PK. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Avances en Enfermería*. 2016;34(3):259-67 <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.60248>
- Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016 DOI:10.1016/j.aprim.2016.03.008
- Araújo L, Ayala A, Calderón-Larrañaga A, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, González-Herrera A, et al. Policy Brief : Proyecto QASP "Sumando Vida a los Años. Propuesta para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores". 2021;p.1-4.
- Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Instituto Nacional de Estadística. Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y nacionalidad. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/10/&file=02013.px&L=0>
- Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021 DOI:10.1371/journal.pone.0255088
- Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age And Ageing* 2020;49(5):748-57. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2020 <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>
- Ministerio de la Presidencia, relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE 174
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
- Haddaway MW & N. PRISMA2020. Evidence Synthesis Hackathon 2022 <https://www.eshackathon.org/software/PRISMA2020.html>
- Cabello JB. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe. <https://redcaspe.org/materiales/>
- Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(5):492-7.
- Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020>

- who-timeline---covid-19
15. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
16. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). séptima edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
17. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996 DOI:10.1207/s15327752jpa6601_2
18. McMahon MA, Christopher KA. Toward a mid-range theory of nursing presence. *Nurs Forum.* 2011 DOI:10.1111/j.1744-6198.2011.00215.x
19. Pender NJ, Murdaugh C, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. En: 4th Edition. USA: Prentice-Hall Health; 2002. p. 140-5.
20. Aromataris E, Munn Z, editores. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020 <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>
21. Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. *J Med Internet Res.* 2021 DOI:10.2196/23588
22. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs.* 2021 DOI:10.1016/j.gerinurse.2021.03.010
23. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open.* 2022. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057729>
24. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid* 2019. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
25. Williams T, Lakhani A, Spelten E. Interventions to reduce loneliness and social isolation in rural settings: A mixed-methods review. *Journal of Rural Studies* 2022 <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2022.02.001>
26. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open.* 2016 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
27. Orden KAV, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During "Social Distancing" Restrictions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.004>
28. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 2020 DOI:10.1186/s12889-020-8251-6
29. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr* 2018. DOI:10.1186/s12877-018-0897-x
30. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health.* 2011. DOI:10.1186/1471-2458-11-647
31. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community* 2018. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
32. Tong F, Yu C, Wang L, Chi I, Fu F. Systematic Review of Efficacy of Interventions for Social Isolation of Older Adults. *Front Psychol* 2021. DOI:10.3389/fpsyg.2021.554145
33. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults. *JAMA Netw Open.* 2022 DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.36676
34. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology* 2018. DOI:10.1016/j.exger.2017.11.017
35. Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *J Appl Gerontol* 2021 <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
36. Mikkelsen ASB, Petersen S, Dragsted AC, Kristiansen M. Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review. *Inquiry* 2019 DOI:10.1177/0046958018823929
37. Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. *J Healthc Eng* 2020. DOI:10.1155/2020/2036842
38. Shah SGS, Noguera D, van Woerden HC, Kiparoglou V. Evaluation of the Effectiveness of Digital Technology Interventions to Reduce Loneliness in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021. DOI:10.2196/24712
39. Todd E, Bidstrup B, Mutch A. Using information and communication technology learnings to alleviate social isolation for older people during periods of mandated isolation: A review. *Australas J Ageing* 2022 DOI:10.1111/ajag.13041
40. Döring N, Conde M, Brandenburg K, Broll W, Gross HM, Werner S, et al. Can Communication Technologies Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People? A Scoping Review of Reviews. *Int J Environ Res Public Health* 2022. DOI:10.3390/ijerph191811310
41. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>