

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 7

EDICIÓN DIARIA

10 de julio de 2026

Viernes · Artículos 46-50

10

EN ESTA EDICIÓN

- 01 Educación enfermera para adherencia y alianza terapéutica en trastornos psicóticos
- 02 Intervención educativa sobre necesidades espirituales al final de la vida
- 03 Intervención educativa para familias durante la recuperación inicial tras politraumatismo
- 04 Intervención educativa para detectar depresión y soledad en personas mayores
- 05 Programa educativo para gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia

EDICIÓN DIARIA 10

Sumario

10 de julio de 2026

-
- | | | |
|----|---|--------|
| 01 | Educación enfermera para adherencia y alianza terapéutica en trastornos psicóticos | 03 |
| | Clara Benítez Romero · Álvaro Molina Serrano · Nerea Castillo Pardo | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):46 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 02 | Intervención educativa sobre necesidades espirituales al final de la vida | 11 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):47 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 03 | Intervención educativa para familias durante la recuperación inicial tras politraumatismo | 19 |
| | Alba Fernández Molina · Iván Herrera Santos | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):48 | |
-
- | | | |
|----|---|--------|
| 04 | Intervención educativa para detectar depresión y soledad en personas mayores | 26 |
| | Víctor Ramírez Ponce · Alicia Martín Salas · Noelia Prieto Guzmán · Rubén Castro Peña | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):49 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 05 | Programa educativo para gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia | 33 |
| | Natalia García Serrano · Tomás Navarro Ríos · Julia Cortés Molina | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):50 | |
-

Las referencias bibliográficas originales se conservan. La paginación de este PDF corresponde a la edición diaria y no sustituye los identificadores de los artículos.

Consultar esta edición en la hemeroteca

ARTÍCULO 01

Educación enfermera para adherencia y alianza terapéutica en trastornos psicóticos

Nursing education for adherence and therapeutic alliance in psychotic disorders

Clara Benítez Romero · Álvaro Molina Serrano · Nerea Castillo Pardo

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):46

Autor principal (primer firmante)

Clara Benítez Romero

Fecha recepción

12/06/26

Fecha aceptación

03/07/26

Fecha de publicación

10/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:46

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Adherencia terapéutica; Relaciones enfermera-paciente; Apoyo psicosocial; Educación del paciente; Comunicación; Trastornos psicóticos; Intervención en crisis; Alianza terapéutica; Salud mental; Educación para la salud

Resumen

Introducción: Los trastornos psicóticos plantean necesidades complejas de cuidados que afectan a la continuidad del tratamiento, la comprensión de la enfermedad, el funcionamiento cotidiano y la vinculación con los servicios de salud mental. En este contexto, la adherencia terapéutica no puede reducirse a la simple toma de medicación, sino que incluye la participación en el plan de cuidados, la asistencia a seguimiento, el reconocimiento precoz de cambios clínicos y la colaboración con el equipo asistencial. La relación terapéutica enfermera-paciente ocupa una posición relevante, ya que puede favorecer confianza, comprensión compartida y abordajes educativos individualizados.

Objetivos: Describir un programa de educación para la salud orientado a mejorar la adherencia y fortalecer la alianza terapéutica en personas con trastornos psicóticos, identificando contenidos, metodología, papel de Enfermería, evaluación y elementos de continuidad asistencial.

Metodología: Se desarrolla una propuesta de intervención educativa de carácter profesional y aplicabilidad clínica, dirigida a población adulta con trastornos psicóticos en seguimiento ambulatorio, hospitalización breve o dispositivos comunitarios. El planteamiento integra educación sanitaria, comunicación terapéutica, apoyo psicosocial, participación familiar cuando procede y seguimiento enfermero adaptado a necesidades clínicas y funcionales.

Resultados: El programa se estructura en valoración inicial, definición de objetivos compartidos, sesiones educativas secuenciadas y evaluación continuada. Sus contenidos incluyen comprensión del proceso de salud, sentido del tratamiento farmacológico y no farmacológico, identificación de barreras de adherencia, señales de descompensación, estrategias de afrontamiento, hábitos de vida y uso de recursos. La intervención enfermera se apoya en escucha activa, lenguaje claro, validación emocional, negociación de metas y coordinación con el entorno familiar y comunitario.

Discusión/Conclusiones: La educación enfermera puede contribuir a una mejor adherencia cuando se integra en una relación terapéutica consistente, no coercitiva y ajustada al grado de conciencia de enfermedad, la situación cognitiva y el contexto social. La alianza terapéutica se construye en la interacción cotidiana y requiere continuidad, respeto a la autonomía y revisión periódica de objetivos. Su utilidad depende de la individualización, la coordinación interdisciplinar y la adaptación a momentos de estabilidad o crisis.

Abstract

Introduction: Psychotic disorders involve complex care needs affecting treatment continuity, illness understanding, daily functioning, and engagement with mental health services. In this context, treatment adherence should not be limited to medication intake, but should also include participation in the care plan, attendance at follow-up visits, early recognition of clinical changes, and collaboration with the healthcare team. The nurse-patient therapeutic relationship plays a relevant role, as it may support trust, shared understanding, and individualized educational approaches.

Objectives: To describe a health education programme aimed at improving adherence and strengthening the therapeutic alliance in people with psychotic disorders, identifying its contents, methodology, nursing role, evaluation, and continuity of care components.

Methodology: A professional educational intervention with clinical applicability is presented for adults with psychotic disorders receiving follow-up in outpatient settings, brief hospitalization, or community services. The proposal integrates health education, therapeutic communication, psychosocial support, family involvement when appropriate, and nursing follow-up tailored to clinical and functional needs.

Results: The programme is organized into initial assessment, shared goal setting, sequenced educational sessions, and ongoing evaluation. Core contents include understanding the health condition, the meaning of pharmacological and non-pharmacological treatment, identification of adherence barriers, warning signs of relapse, coping strategies, lifestyle issues, and use of support resources. Nursing intervention relies on active listening, clear language, emotional validation, goal negotiation, and coordination with family and community supports.

Discussion/Conclusions: Nursing education may contribute to better adherence when embedded in a consistent, non-coercive therapeutic relationship adapted to insight, cognitive status, and social context. Therapeutic alliance is built through everyday interactions and requires continuity,

respect for autonomy, and periodic review of goals. Its usefulness depends on individualized care, interdisciplinary coordination, and adaptation to periods of stability and crisis.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance; Nurse-Patient Relations; Psychosocial Support; Patient Education; Communication; Psychotic Disorders; Crisis Intervention; Therapeutic Alliance; Mental Health; Health Education

Introducción

Los trastornos psicóticos constituyen un grupo de problemas de salud mental en los que pueden aparecer alteraciones de la percepción, del pensamiento, de la vivencia de la realidad y del comportamiento, con repercusión variable sobre la autonomía personal, el funcionamiento social y la capacidad para mantener rutinas de autocuidado. Su evolución no es uniforme. Algunas personas presentan periodos de estabilidad prolongada y otras cursan con recaídas, ingresos repetidos, dificultades de vinculación terapéutica o situaciones de crisis que interrumpen el seguimiento. Esta heterogeneidad obliga a evitar abordajes rígidos y a situar los cuidados enfermeros en un marco de continuidad, prudencia clínica y adaptación individual.

En la práctica asistencial, la adherencia terapéutica suele verse afectada por factores múltiples: escasa conciencia de enfermedad, experiencias previas negativas con el sistema sanitario, efectos indeseados del tratamiento, consumo de tóxicos, deterioro cognitivo, desorganización conductual, estigma, soledad, pobreza o sobrecarga familiar. También influyen la forma en que la información es transmitida y la calidad del vínculo establecido con los profesionales. Cuando la relación asistencial se percibe como impersonal, exclusivamente centrada en el control de síntomas o poco sensible al malestar subjetivo, es más probable que el tratamiento sea vivido como ajeno o impuesto.

La Enfermería de salud mental dispone de una posición particularmente cercana para trabajar estos aspectos. El contacto continuado, la observación de cambios funcionales, la entrevista terapéutica, la psicoeducación, el acompañamiento en momentos de vulnerabilidad y la coordinación con otros recursos permiten una intervención

sostenida y flexible. No se trata solo de proporcionar información, sino de facilitar comprensión, explorar significados, detectar barreras y acompañar decisiones en un marco relacional que preserve dignidad, autonomía y seguridad.

La alianza terapéutica representa, en este sentido, un elemento central. En personas con trastornos psicóticos, la alianza no depende únicamente de la simpatía interpersonal, sino de la experiencia acumulada de ser escuchadas, tomadas en serio y atendidas de forma coherente. Una educación para la salud eficaz requiere esa base relacional. Sin confianza suficiente, la información puede ser rechazada, reinterpretada defensivamente o quedar desconectada de la vida cotidiana. Por el contrario, cuando existe un vínculo estable, la persona suele mostrar mayor disposición a expresar dudas sobre medicación, miedos relacionados con el diagnóstico, dificultades para seguir indicaciones o conflictos familiares que interfieren en el tratamiento.

Desde una perspectiva enfermera, la educación sanitaria en psicosis debe alejarse de formatos unidireccionales y centrados en la obediencia. Resulta más útil entenderla como un proceso compartido, gradual y adaptado a capacidades cognitivas, nivel de desorganización, momento evolutivo y preferencias del paciente. Ello incluye revisar creencias sobre la enfermedad, reforzar estrategias de autocuidado, enseñar a reconocer señales tempranas de descompensación, favorecer el uso de apoyos sociales y promover la participación activa en decisiones compatibles con la situación clínica.

La familia y otras figuras cuidadoras pueden desempeñar un papel facilitador, aunque su participación debe ser valorada de forma individual. En algunos casos constituyen una fuente de apoyo esencial para la observación de cambios, la organización de rutinas o la contención emocional; en otros, la relación familiar está marcada por conflicto, sobreimplicación o agotamiento. Por ello, su incorporación a las actividades educativas requiere consentimiento, delimitación de roles y atención al impacto que el problema de salud mental tiene sobre todo el sistema convivencial.

La necesidad de programas educativos estructurados no responde solo a la prevención de recaídas. También se relaciona con la calidad de los cuidados, la experiencia del paciente, la continuidad entre dispositivos y el reconocimiento de la persona con trastorno psicótico como sujeto activo de atención. Enfermería puede liderar intervenciones que integren información clínica comprensible, apoyo psicosocial, coordinación interdisciplinar y seguimiento continuado, contribuyendo a una atención más consistente y centrada en la persona.

Objetivos

Describir un programa de educación para la salud, liderado por Enfermería, dirigido a personas con trastornos psicóticos con el fin de favorecer la adherencia terapéutica y fortalecer la alianza terapéutica en distintos niveles asistenciales de salud mental.

Como objetivos específicos se plantean:

- Identificar la población diana y los criterios clínicos y psicosociales que orientan la intervención educativa.
- Definir los contenidos prioritarios que deben abordarse en relación con enfermedad, tratamiento, autocuidado, prevención de crisis y uso de recursos.
- Delimitar estrategias de comunicación terapéutica y apoyo psicosocial útiles para consolidar la relación enfermera-paciente.
- Describir la participación de la familia o de otras figuras de apoyo cuando su intervención resulte pertinente y aceptada.
- Establecer criterios cualitativos de evaluación del aprendizaje, la participación y la continuidad del tratamiento.
- Señalar barreras habituales y elementos facilitadores para la implantación del programa en la práctica clínica.

Metodología

Se presenta una propuesta de programa educativo aplicable a personas adultas con trastornos psíquicos atendidas en consultas de salud mental, hospitales de día, unidades de hospitalización breve y dispositivos comunitarios. El diseño responde a una orientación clínico-asistencial y se organiza desde el proceso de atención enfermera, integrando valoración, planificación de objetivos, intervención educativa y seguimiento.

La población diana incluye pacientes con diagnóstico previo o reciente de trastorno psíquico, en situación de estabilidad suficiente para participar en sesiones breves individuales o grupales, así como personas tras una fase aguda cuando el equipo considere adecuado iniciar trabajo educativo progresivo. La intervención puede extenderse a familiares o cuidadores principales cuando exista consentimiento del paciente, capacidad de colaboración y utilidad clínica. No se plantea como una actividad uniforme, sino como una propuesta modular susceptible de ajuste según edad, nivel cultural, situación funcional, conciencia de enfermedad, comorbilidad por consumo de sustancias, red de apoyo y contexto asistencial.

La valoración inicial constituye la fase clave del programa. Debe explorar, al menos, los siguientes dominios:

- Comprensión que la persona tiene de lo que le ocurre y del motivo de seguimiento.
- Actitud hacia el tratamiento farmacológico y otras intervenciones terapéuticas.
- Experiencias previas de ingreso, crisis o abandono de cuidados.
- Dificultades cognitivas, atencionales o de organización que puedan limitar el aprendizaje.
- Rutinas de vida, hábitos de sueño, alimentación, consumo de sustancias y autocuidado general.
- Apoyo familiar, convivencia, red social y recursos comunitarios disponibles.
- Expectativas respecto al tratamiento y grado de participación deseado en la toma de decisiones.
- Factores de riesgo para desvinculación asistencial o descompensación clínica.

La metodología educativa se apoya en sesiones estructuradas pero flexibles, preferentemente breves, con objetivos concretos y lenguaje claro. En personas con sintomatología residual, dificultades de concentración o fatiga cognitiva, resulta preferible fragmentar contenidos y reforzarlos de forma repetida en distintos contactos. La combinación de entrevista individual, trabajo con familia y actividades grupales puede ser útil, siempre que se adapte a la tolerancia interpersonal del paciente y al momento evolutivo.

El enfoque comunicativo debe ser colaborativo. Se priorizan la escucha activa, la reformulación, la validación del malestar, la exploración de ambivalencias y la negociación de objetivos alcanzables. La educación no debe presentarse como corrección de conductas, sino como un espacio para comprender obstáculos reales y encontrar alternativas viables. La información se ofrece de manera progresiva, evitando la sobrecarga y comprobando la comprensión mediante preguntas abiertas, ejemplos cotidianos y recapitulaciones breves.

La planificación puede organizarse en un número variable de sesiones según el dispositivo. A efectos operativos, el programa puede desarrollarse en una fase inicial de acogida y vinculación, una fase central de contenidos educativos y una fase de consolidación orientada a mantenimiento y prevención de crisis. Entre sesiones se recomienda seguimiento enfermero mediante contactos programados, revisión de dificultades y coordinación con el resto del equipo.

La evaluación se plantea desde indicadores cualitativos y clínicos de aplicabilidad práctica: asistencia a citas, participación en entrevistas, capacidad para expresar para qué sirve el tratamiento, identificación de signos de alarma, comunicación temprana de problemas con la medicación, uso de apoyos disponibles y mantenimiento de acuerdos terapéuticos razonables. Estos elementos deben interpretarse de forma individual, evitando lecturas punitivas o simplificadoras de la adherencia.

Resultados

Diseño del programa educativo

El programa se articula en torno a una secuencia de intervención que combina vínculo terapéutico, información clínica comprensible y apoyo en la incorporación de conductas de autocuidado. Su finalidad principal no es aumentar de forma mecánica el cumplimiento, sino favorecer una relación asistencial que permita sostener el tratamiento y anticipar factores de riesgo de abandono o recaída.

La primera fase se orienta a la acogida. En ella, la enfermera explora la experiencia subjetiva del paciente, su grado de confianza con los servicios de salud mental y los elementos que más interfieren en la continuidad de cuidados. En muchas ocasiones, la persona ha vivido ingresos involuntarios, miedo, incomprensión o sentimientos de pérdida de control. Si estas vivencias no se nombran, pueden mantenerse como barreras silenciosas. Una entrevista de acogida bien conducida facilita que el tratamiento deje de percibirse exclusivamente como imposición externa.

La segunda fase desarrolla contenidos educativos nucleares. Aunque el orden puede variar, suelen incluirse:

- Comprensión básica del proceso de salud y de los síntomas que pueden aparecer en fases de estabilidad y de descompensación.
- Sentido del tratamiento farmacológico, posibles dificultades en su administración y necesidad de comunicar efectos no deseados o rechazo al plan prescrito.
- Importancia del seguimiento programado y de la consulta precoz ante cambios clínicos o conductuales.
- Identificación de señales personales de alerta, como alteraciones del sueño, aislamiento, suspicacia creciente, desorganización o abandono del autocuidado.
- Estrategias para organizar rutinas: horarios, recordatorios, apoyo de convivientes, preparación del entorno y uso de recursos del dispositivo.

- Factores que pueden agravar la vulnerabilidad, entre ellos estrés intenso, consumo de sustancias, interrupción del descanso y aislamiento social.
- Recursos de apoyo social y comunitario disponibles según cada contexto.

La tercera fase se centra en consolidar la capacidad del paciente para participar de forma más activa en su propio cuidado. Aquí adquieren relevancia la revisión conjunta de dificultades reales, la anticipación de situaciones de riesgo y el refuerzo de estrategias previamente útiles. No todos los pacientes podrán asumir el mismo nivel de autonomía en el mismo momento; por eso, los objetivos deben graduarse y revisarse periódicamente.

Papel de la alianza terapéutica en la adherencia

La alianza terapéutica no se añade al programa como un componente accesorio, sino que estructura toda la intervención. En el ámbito de la psicosis, una relación terapéutica sólida suele apoyarse en varios elementos observables: continuidad de la profesional de referencia cuando es posible, coherencia en los mensajes del equipo, respeto a los tiempos de la persona, ausencia de confrontaciones innecesarias sobre contenidos delirantes y capacidad para diferenciar entre desacuerdo clínico y ruptura vincular.

La enfermera puede contribuir a esta alianza mediante conductas concretas. Entre ellas destacan presentarse con claridad, explicar el sentido de cada intervención, mantener una actitud previsible, preguntar antes de ofrecer consejos, acordar objetivos realistas y revisar en cada contacto qué aspectos del plan están siendo difíciles de sostener. El paciente que siente que puede hablar de no tomar la medicación sin ser juzgado ofrece información más útil para el cuidado que aquel que oculta conductas por temor a una respuesta sancionadora.

La comunicación terapéutica debe adaptarse al estado mental. Durante fases de mayor desorganización, conviene priorizar mensajes breves, estructura simple, repetición calmada y orientación hacia necesidades inmediatas. En periodos de mayor estabilidad puede profundizarse en el significado de la enfermedad, la experiencia

de estigma, las metas personales o la planificación a medio plazo. Esta modulación evita exigir capacidades de elaboración que quizá no están disponibles en momentos de vulnerabilidad aguda.

Contenidos específicos de educación para la salud

La información sobre tratamiento farmacológico ocupa un lugar relevante, pero no exclusivo. Es conveniente que la persona entienda para qué se ha indicado, cómo integrarlo en su rutina y qué situaciones debe comunicar al equipo. La enseñanza no debe presuponer aceptación plena ni utilizar un tono correctivo. Preguntar por experiencias previas, sensaciones corporales, temores o ideas de dependencia mejora la calidad del diálogo y permite intervenir sobre barreras concretas.

También deben abordarse aspectos de vida diaria con impacto clínico. El sueño regular, la estructuración del tiempo, la alimentación, la higiene, la actividad física adaptada y la reducción de consumos problemáticos pueden actuar como factores de estabilización. Enfermería puede trabajar estos elementos desde objetivos sencillos y observables, evitando programas excesivamente ambiciosos que generen frustración o sensación de fracaso.

Otro contenido prioritario es la detección precoz de crisis. Cada paciente puede aprender a reconocer señales particularmente significativas para su caso: insomnio persistente, mayor irritabilidad, retraimiento, ideas de perjuicio, abandono de citas, aceleración del pensamiento o aumento del consumo de sustancias. Registrar estas señales junto con respuestas acordadas con el equipo ayuda a transformar la prevención de recaídas en una tarea concreta y compartida.

Participación de la familia y apoyos del entorno

La implicación familiar debe ser individualizada. Cuando existe un entorno dispuesto y la persona lo autoriza, la educación enfermera puede extenderse a familiares o cuidadores en torno a cuatro ejes: comprensión básica del problema de salud, observación de señales tempranas de descompensación, formas de comunicación menos confrontativas y conocimiento de recursos asistenciales. Esta intervención puede disminuir malentendidos frecuentes, como interpretar determinados síntomas exclusivamente como falta de voluntad o desobediencia.

Al mismo tiempo, es necesario reconocer la sobrecarga emocional del cuidador. La familia no solo requiere instrucciones; puede necesitar espacio para expresar miedo, cansancio, frustración o incertidumbre. La enfermera actúa aquí como profesional de apoyo y de contención, ayudando a delimitar responsabilidades y a prevenir dinámicas que dificulten la autonomía del paciente o aumenten el conflicto en el domicilio.

Evaluación del aprendizaje y del seguimiento

La evaluación del programa debe centrarse en cambios clínicamente significativos y apreciables en la práctica. Resulta útil valorar si la persona acude con mayor regularidad a seguimiento, si expresa con más claridad dudas o rechazo, si identifica señales de alerta propias, si conoce a quién dirigirse ante una crisis y si muestra mayor capacidad para mantener acuerdos sobre medicación, citas o autocuidado. En el plano relacional, también es relevante observar si existe mayor confianza para compartir dificultades sin temor a una respuesta punitiva.

La revisión del aprendizaje puede realizarse mediante entrevista clínica, recapitulaciones al final de cada sesión, resolución de situaciones prácticas y valoración del grado de participación. No conviene interpretar la evolución de forma lineal. Puede haber avances y retrocesos, especialmente tras una descompensación, cambios en el entorno o interrupciones del tratamiento. La adherencia debe entenderse como un proceso dinámico que exige reevaluación continuada.

Discusión/Conclusiones

La educación enfermera en trastornos psicóticos alcanza mayor utilidad cuando se aleja de modelos exclusivamente informativos y se integra en una relación terapéutica sostenida. La mera transmisión de indicaciones, sin exploración de creencias, miedos o experiencias previas, suele resultar insuficiente para modificar conductas complejas como mantener tratamiento, acudir a seguimiento o pedir ayuda antes de una crisis. En cambio, una intervención que combine información, acompañamiento y negociación de objetivos puede facilitar que la persona se implique de manera más estable en su proceso de cuidado.

Uno de los principales retos es evitar interpretaciones reduccionistas de la falta de adherencia. El abandono de medicación o de citas no siempre expresa oposición voluntaria al tratamiento. Con frecuencia intervienen efectos adversos mal tolerados, dificultades cognitivas, falta de apoyo, desconfianza hacia los servicios, consumo de sustancias, barreras económicas o escasa percepción de necesidad de cuidados. Esta complejidad exige que la respuesta enfermera no sea moralizante, sino exploratoria y orientada a problemas concretos. Nombrar estas barreras y trabajarlas con el paciente mejora la calidad del vínculo y reduce la distancia entre plan terapéutico prescrito y plan terapéutico realmente posible.

La alianza terapéutica tiene además un valor de seguridad clínica. Una persona que mantiene un vínculo de confianza con su enfermera de referencia puede comunicar antes la aparición de ideas extrañas, insomnio, abandono de rutinas o rechazo del tratamiento. Esto no elimina el riesgo de crisis, pero puede favorecer intervenciones más tempranas y menos disruptivas. Para que ello sea viable, la organización asistencial debe facilitar continuidad, accesibilidad razonable y coordinación entre dispositivos, ya que los mensajes contradictorios o los cambios constantes de referentes dificultan la consolidación del vínculo.

La participación de la familia aporta beneficios potenciales, aunque no debe darse por supuesta ni imponerse. Su inclusión es más útil cuando se orienta a mejorar comprensión, observación clínica

y apoyo cotidiano, y menos cuando se utiliza como mero mecanismo de control. El equilibrio entre apoyo familiar y autonomía del paciente requiere sensibilidad ética y clínica, especialmente en situaciones de conflicto convivencial, dependencia mutua o escasa privacidad.

Entre las limitaciones de cualquier programa educativo destacan la variabilidad clínica de los trastornos psicóticos, la presencia de deterioro cognitivo en algunos pacientes, la coexistencia de consumo de sustancias y las condiciones sociales adversas. Por ello, no cabe esperar resultados homogéneos ni aplicar un esquema idéntico a todas las personas. La intervención debe individualizarse en intensidad, lenguaje, tiempos y objetivos, con especial atención a los momentos de transición asistencial, como el alta tras ingreso o el inicio del seguimiento comunitario.

Desde el punto de vista profesional, Enfermería aporta una combinación especialmente valiosa de cercanía relacional, capacidad observacional y continuidad de cuidados. Su papel en educación para la salud mental incluye informar, sí, pero también traducir indicaciones clínicas al lenguaje de la vida cotidiana, sostener la motivación, detectar señales de descompensación, coordinar apoyos y preservar la dimensión humana del cuidado en contextos donde el sufrimiento psíquico puede verse eclipsado por la urgencia sintomática.

En personas con trastornos psicóticos, mejorar adherencia y fortalecer alianza terapéutica no son objetivos separados. Ambos procesos se alimentan mutuamente. Cuando el paciente se siente escuchado y partícipe, aumenta la posibilidad de sostener acuerdos terapéuticos; cuando el tratamiento se percibe como comprensible y negociable, la relación gana consistencia. Un programa educativo enfermero bien integrado en la práctica asistencial puede contribuir a esa reciprocidad, siempre que mantenga como eje la individualización, la prudencia clínica y el respeto a la persona.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses en la preparación de este manuscrito.

Financiación

El presente manuscrito se ha realizado sin financiación externa específica.

Bibliografía

1. Hegedüs A, Kozel B. Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review.. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(6):490-7. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12089>
2. Al-Shashani A, Abu Sabra MA, Al-Gamal E. The Impact of Using Digital Health Interventions and Psychoeducation on Medication Adherence Among Patients with Schizophrenia: A Scoping Review.. *Issues Ment Health Nurs*. 2025;46(7):735-745. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2492694>
3. Tham XC, Xie H, Chng CM, Seah XY, Lopez V, Klainin-Yobas P. Factors Affecting Medication Adherence Among Adults with Schizophrenia: A Literature Review.. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):797-809. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.007>
4. Harmanci P, Budak FK. The Effect of Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques on Medication Adherence, Hope, and Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients.. *Clin Nurs Res*. 2022;31(2):202-216. doi: <https://doi.org/10.1177/10547738211046438>
5. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients.. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):737-744. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.011>
6. Thongsalab J, Yunibhand J, Uthis P. Recovery-oriented nursing service for people with schizophrenia in the community: An integrative review.. *Belitung Nurs J*. 2023;9(3):198-208. doi: <https://doi.org/10.33546/bnj.2632>
7. Matsuda M, Kohno A. Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia.. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):581-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008>
8. Can SY, Budak FK. The Effect of Cognitive Behavioural Therapy-Based Psychoeducation on Medication Adherence and Aggression in Individuals Diagnosed With Schizophrenia: An Experimental Study.. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2025;32(2):445-456. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.13127>

ARTÍCULO 02

Intervención educativa sobre necesidades espirituales al final de la vida

Educational intervention on spiritual needs at the end of life

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):47

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

02/06/26

Fecha aceptación

06/07/26

Fecha de publicación

10/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:47

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Educación del paciente;
Promoción de la salud;
Atención al final de la vida;
Espiritualidad; Necesidades del paciente; Control de síntomas; Cuidados paliativos; Relación de ayuda; Cuidadores familiares; Educación para la salud

Resumen

Introducción: La atención al final de la vida exige una valoración integral que incluya dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. En la práctica clínica, las necesidades espirituales pueden quedar infradetectadas por limitaciones de tiempo, inseguridad profesional o tendencia a identificar la espiritualidad exclusivamente con creencias religiosas. Enfermería, por su proximidad asistencial y continuidad en el acompañamiento, ocupa una posición relevante para detectar sufrimiento espiritual, favorecer la expresión de valores y facilitar recursos de apoyo adaptados a cada persona y su familia.

Objetivos: Diseñar una intervención educativa dirigida a pacientes con enfermedad avanzada, cuidadores familiares y profesionales de Enfermería para mejorar la identificación, abordaje y acompañamiento de las necesidades espirituales al final de la vida.

Metodología: Se presenta una propuesta de educación para la salud de carácter grupal e individual, aplicable en contextos de cuidados paliativos, hospitalización, atención domiciliaria o residencias. La intervención se estructura en sesiones breves, contenidos progresivos, estrategias de comunicación terapéutica y evaluación cualitativa del aprendizaje, la participación y la utilidad percibida.

Resultados: El programa organiza contenidos sobre significado de la espiritualidad, detección de necesidades, relación de ayuda, comunicación con la familia, manejo del malestar existencial y coordinación con otros recursos de apoyo. Se describen el papel enfermero, los recursos docentes, las pautas de adaptación clínica y los criterios básicos para valorar comprensión, participación, expresión de preferencias y transferencia a la práctica asistencial.

Discusión/Conclusiones: Una intervención educativa de estas características puede contribuir a integrar la dimensión espiritual en los cuidados al final de la vida, siempre que se desarrolle con prudencia, respeto a la autonomía y sensibilidad cultural. Su utilidad depende de la competencia comunicativa del equipo, de la individualización del abordaje y de la coordinación interdisciplinar, evitando imponer significados, creencias o respuestas estandarizadas ante el sufrimiento.

Abstract

Introduction: End-of-life care requires a comprehensive assessment that includes physical, emotional, social and spiritual dimensions. In clinical practice, spiritual needs may remain under-recognized because of time constraints, professional uncertainty or the mistaken assumption that spirituality is limited to religious beliefs. Owing to its close and continuous contact with patients and relatives, nursing is in a relevant position to identify spiritual distress, support the expression of values and facilitate appropriate sources of support.

Objectives: To design an educational intervention aimed at patients with advanced illness, family caregivers and nurses in order to improve the identification and management of spiritual needs at the end of life.

Methodology: A health education proposal is presented, combining group and individual strategies and applicable to palliative care units, hospital wards, home care and residential settings. The intervention is organized into brief sessions, progressive contents, therapeutic communication tools and qualitative evaluation of learning, participation and perceived usefulness.

Results: The programme includes contents on the meaning of spirituality, recognition of needs, helping relationship, family communication, management of existential suffering and coordination with other support resources. The nursing role, educational materials, clinical adaptation criteria and basic indicators for assessing understanding, participation, preference expression and transfer into care practice are described.

Discussion/Conclusions: This type of educational intervention may help integrate the spiritual dimension into end-of-life care, provided that it is delivered with prudence, respect for autonomy and cultural sensitivity. Its value depends on communication skills, individualized care and interdisciplinary coordination, while avoiding the imposition of beliefs or standardized responses to suffering.

Keywords: Patient Education; Health Promotion; End-of-Life Care; Spirituality; Patient Needs; Symptom Management; Palliative Care; Helping Relationship; Family Caregivers; Health Education

Introducción

La atención al final de la vida plantea exigencias clínicas y éticas que desbordan el control de síntomas. La persona con enfermedad avanzada suele enfrentarse a pérdidas funcionales, cambios en el rol familiar, dependencia creciente, incertidumbre y percepción de finitud. En este contexto, aparecen preguntas relacionadas con el sentido, la identidad, la esperanza, la reconciliación, la trascendencia o el legado personal. Estas cuestiones no siempre se verbalizan de forma directa; con frecuencia emergen a través de expresiones de miedo, desesperanza, culpa, soledad o necesidad de ser escuchado sin juicio. Su reconocimiento forma parte de una atención integral y humanizada.

La espiritualidad no debe reducirse a práctica religiosa ni a adscripción confesional. Puede entenderse como la dimensión mediante la cual la persona busca significado, conexión, coherencia o paz interior, ya sea a través de creencias religiosas, vínculos afectivos, valores, naturaleza, cultura, memoria biográfica o proyectos de legado. Esta amplitud conceptual es especialmente relevante en cuidados paliativos, donde la diversidad de trayectorias vitales y convicciones obliga a evitar presupuestos. Preguntar por lo espiritual no significa dirigir al paciente hacia una determinada creencia, sino abrir un espacio clínico seguro para explorar aquello que sostiene o inquieta a la persona.

Desde la práctica enfermera, la atención a las necesidades espirituales se vincula a la presencia terapéutica, la escucha activa, la comunicación honesta, el respeto a las preferencias y la capacidad para identificar señales de sufrimiento no explicado solo por síntomas físicos. Sin embargo, muchos profesionales refieren dificultades para abordar este ámbito. Entre las barreras más habituales se encuentran la falta de formación específica, el temor a invadir la intimidad, la confusión entre apoyo espiritual y asesoramiento religioso, o la sensación de no disponer de

respuestas adecuadas ante preguntas existenciales complejas.

La familia también atraviesa necesidades espirituales propias. El proceso de final de vida puede activar duelo anticipado, sensación de impotencia, conflictos no resueltos, necesidad de despedida o búsqueda de sentido ante el deterioro progresivo. Cuando la familia carece de espacios para expresar estas vivencias, aumenta la carga emocional y puede dificultarse la toma de decisiones o el acompañamiento sereno. Por ello, las intervenciones educativas no deberían dirigirse únicamente al paciente, sino integrar a cuidadores familiares y contemplar al mismo tiempo la capacitación del equipo de Enfermería.

La educación para la salud en este campo no persigue ofrecer respuestas cerradas a preguntas trascendentes. Su finalidad es más modesta y, al mismo tiempo, más útil: mejorar la capacidad de reconocer necesidades, favorecer una comunicación respetuosa, reducir evitaciones y orientar hacia recursos de apoyo cuando la situación lo requiera. En ámbitos de cuidados paliativos, hospitalización o atención domiciliaria, una intervención educativa bien estructurada puede ayudar a incorporar la dimensión espiritual a la práctica cotidiana sin convertirla en un procedimiento rígido ni en un discurso abstracto desvinculado del sufrimiento real.

Objetivos

El objetivo general de esta intervención educativa es fortalecer el abordaje enfermero de las necesidades espirituales al final de la vida mediante una propuesta formativa dirigida a pacientes con enfermedad avanzada, cuidadores familiares y profesionales implicados en su atención.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Favorecer una comprensión amplia de la espiritualidad como dimensión del cuidado, diferenciándola de manera clara de la adscripción religiosa exclusiva.
- Mejorar la capacidad para identificar manifestaciones de necesidad espiritual,

sufrimiento existencial y demandas de sentido expresadas por pacientes y familias.

- Potenciar habilidades de comunicación terapéutica útiles para la relación de ayuda en situaciones de vulnerabilidad, incertidumbre y proximidad de la muerte.
- Ofrecer herramientas sencillas para explorar valores, fuentes de fortaleza, preocupaciones, deseos y preferencias relacionadas con el final de la vida.
- Facilitar la participación de cuidadores familiares en el acompañamiento, respetando la autonomía del paciente y los límites emocionales de cada miembro del entorno.
- Promover la coordinación con otros recursos de apoyo disponibles según el contexto asistencial, incluidas figuras de acompañamiento espiritual o religioso cuando así lo solicite la persona atendida.
- Establecer criterios básicos de evaluación que permitan valorar la utilidad percibida de la intervención y su posible incorporación a la práctica clínica habitual.

Metodología

Se plantea una intervención educativa de aplicación flexible, concebida para desarrollarse en unidades de cuidados paliativos, hospitalización convencional, atención domiciliaria y centros residenciales con presencia de pacientes en situación de enfermedad avanzada o final de vida. La propuesta combina actividades dirigidas a tres grupos de destinatarios: pacientes con capacidad para participar, cuidadores familiares y profesionales de Enfermería del entorno asistencial inmediato.

La población diana principal incluye personas adultas con enfermedad avanzada y necesidades de cuidados paliativos, siempre que el estado clínico, el nivel de fatiga y la situación cognitiva permitan una participación adaptada. En paralelo, se incorporan cuidadores familiares o personas de referencia que desempeñan tareas de acompañamiento, así como profesionales de Enfermería interesados en mejorar sus competencias en este ámbito. La participación debe

ser voluntaria y respetuosa con la disposición emocional de cada persona; no procede insistir en contenidos espirituales cuando el paciente no desea abordarlos.

La intervención se estructura en cinco sesiones principales, de duración breve y adaptable, combinando formato grupal para familias y profesionales con encuentros individualizados cuando se trabaja con pacientes. Esta distribución permite ajustar la carga emocional y cognitiva, evitar sesiones excesivamente largas y facilitar la continuidad incluso en pacientes con fragilidad avanzada. El cronograma puede concentrarse en una o dos semanas en el ámbito hospitalario o espaciarse más en atención domiciliaria, según evolución clínica y disponibilidad del equipo.

Diseño de las sesiones

Sesión 1. Comprender la dimensión espiritual en el final de la vida. Se introducen conceptos básicos y se aclaran malentendidos frecuentes. Se trabaja la idea de espiritualidad como búsqueda de sentido, conexión, dignidad, reconciliación o paz. Con profesionales y familias se incluyen ejemplos de expresiones verbales y no verbales que pueden sugerir preocupación espiritual. Con pacientes, el enfoque se centra en identificar aquello que les ayuda a sentirse sostenidos o en calma.

Sesión 2. Detección de necesidades y relación de ayuda. Se abordan habilidades de observación y escucha. Se revisan preguntas abiertas, silencios terapéuticos, validación emocional y respeto al ritmo de la persona. Esta sesión pretende reducir la tendencia a responder de forma apresurada o a desviar conversaciones incómodas hacia cuestiones puramente técnicas.

Sesión 3. Familia, acompañamiento y comunicación en situaciones difíciles. Se trabajan las discrepancias entre lo que el paciente desea expresar y lo que la familia considera conveniente hablar, así como la necesidad de preservar intimidad, preferencias y límites. Se promueve una comunicación honesta, compasiva y adaptada a la capacidad de afrontamiento de cada participante.

Sesión 4. Recursos de afrontamiento, despedida y legado. Se exploran aspectos como revisión de vida, reconciliación, mensajes pendientes, rituales significativos, objetos de valor simbólico, música,

lectura, escritura o encuentros con personas relevantes. No se presentan como obligaciones ni fases universales, sino como posibilidades que pueden resultar útiles para algunas personas.

Sesión 5. Coordinación asistencial y autocuidado profesional. Dirigida especialmente a Enfermería, aunque extensible al resto del entorno de cuidados. Se abordan límites de la intervención, criterios para solicitar apoyo de otros profesionales, registro clínico de necesidades detectadas y estrategias de autocuidado emocional para prevenir desgaste por exposición continuada al sufrimiento.

Estrategias docentes

La metodología educativa prioriza la participación y la adaptación al contexto. Se recomiendan exposiciones breves, diálogo guiado, análisis de situaciones clínicas habituales, entrenamiento en preguntas abiertas, role-playing entre profesionales y espacios de reflexión compartida con familias. En pacientes, el formato debe ser conversacional, con tiempos cortos, lenguaje sencillo y posibilidad de fraccionar la sesión o suspenderla si aparece cansancio, disnea, somnolencia o malestar emocional intenso.

Los materiales pueden incluir guías breves para profesionales, hojas de apoyo para familias, tarjetas con preguntas facilitadoras, listados de recursos disponibles en el entorno asistencial y registros narrativos simples para documentar preferencias o preocupaciones expresadas por el paciente. Resulta aconsejable evitar formularios extensos o herramientas que transformen la dimensión espiritual en una entrevista mecanizada.

Evaluación del programa

La evaluación se plantea desde una perspectiva formativa y cualitativa. En profesionales, pueden valorarse la participación, la adquisición de habilidades comunicativas, la capacidad para identificar necesidades espirituales y la integración de estas observaciones en el plan de cuidados. En familias, interesa conocer la comprensión del contenido, la utilidad percibida para acompañar y la disminución de conductas evitativas ante conversaciones difíciles. En pacientes, la valoración debe centrarse en aspectos como la posibilidad de expresar preocupaciones, la sensación de ser escuchados, la identificación de fuentes de apoyo y la explicitación de preferencias relevantes para su cuidado.

La intervención no debe entenderse como un procedimiento estandarizado de aplicación universal. Su implementación requiere adaptación a la situación clínica, al nivel de vulnerabilidad, a la cultura familiar, a la trayectoria de enfermedad y a los recursos del equipo asistencial.

Resultados

El desarrollo de la intervención educativa permite organizar un marco de actuación enfermera centrado en necesidades frecuentemente presentes al final de la vida. Entre ellas destacan la necesidad de ser reconocido como persona más allá de la enfermedad, de mantener vínculos significativos, de expresar miedos y dudas, de revisar aspectos biográficos relevantes, de encontrar sentido al sufrimiento, de preservar la dignidad y de recibir un acompañamiento respetuoso con las propias convicciones.

Contenidos aplicados al paciente y la familia

En la práctica, el primer resultado esperable es la mejora en la capacidad de nombrar y explorar preocupaciones que a menudo permanecen implícitas. El paciente puede expresar temor a ser una carga, necesidad de reconciliación, preocupación por los familiares que quedarán o deseo de que ciertas decisiones respeten su escala de valores. La familia, por su parte, puede necesitar orientación para escuchar sin corregir, para tolerar silencios, para acompañar sin imponer ánimo y para comprender que algunas preguntas no buscan una solución inmediata, sino presencia y validación.

El programa propone trabajar con mensajes sencillos y clínicamente útiles. En lugar de centrar la conversación en grandes conceptos abstractos, se favorecen preguntas como: qué le preocupa más en este momento, qué personas o recuerdos le ayudan, qué le gustaría que el equipo conociera sobre usted, hay algo pendiente que considere importante, o cómo desea ser acompañado. Este tipo de exploración facilita la detección de prioridades asistenciales y permite individualizar los cuidados.

Otro resultado relevante es la identificación de recursos personales y relacionales. Algunas personas encuentran sostén en la fe, otras en la familia, en la música, en recuerdos significativos, en la naturaleza o en la sensación de haber cumplido determinados deberes vitales. Visibilizar estas fuentes de apoyo permite incorporarlas al plan de cuidados siempre que el contexto clínico lo permita. A veces se trata de intervenciones sencillas: propiciar un encuentro, facilitar intimidad, respetar un objeto con valor simbólico, favorecer un momento de silencio o contactar con una figura espiritual elegida por la persona.

Papel de Enfermería en la intervención

La aportación enfermera se sitúa en varios niveles. En primer lugar, la valoración continuada permite detectar cambios en el discurso, signos de desesperanza, aislamiento, irritabilidad o sufrimiento difícil de atribuir solo a síntomas físicos. En segundo lugar, la proximidad relacional facilita conversaciones breves pero significativas, integradas en los cuidados cotidianos y no necesariamente en entrevistas formales. En tercer lugar, Enfermería puede actuar como nexo entre paciente, familia y resto del equipo, trasladando preferencias o necesidades observadas y promoviendo respuestas coordinadas.

Dentro del programa educativo, se proponen competencias concretas para Enfermería: usar preguntas abiertas, sostener silencios sin precipitar respuestas, legitimar emociones, evitar frases estereotipadas, respetar la negativa a hablar, explorar necesidades de apoyo espiritual o religioso cuando así se expresa y documentar de manera clara aquellas preferencias relevantes para la atención. También se subraya la importancia de reconocer los propios límites profesionales. No siempre corresponde a Enfermería profundizar en conflictos existenciales complejos; en determinadas situaciones puede ser oportuno coordinar con psicología, trabajo social, medicina paliativa o acompañamiento espiritual especializado, según disponibilidad y deseo del paciente.

Evaluación del aprendizaje y transferencia a la práctica

La evaluación del programa puede apoyarse en observación directa, registros narrativos breves y devolución verbal de participantes. En profesionales, indicadores cualitativos de progreso serían mayor seguridad al iniciar conversaciones difíciles, reducción del uso de respuestas evasivas y mejor capacidad para incorporar la dimensión espiritual a la valoración integral. En familias, pueden observarse cambios como mayor disponibilidad para escuchar, menor necesidad de negar sistemáticamente la gravedad de la situación o mejor comprensión de los deseos expresados por el paciente.

En relación con los pacientes, la evaluación debe ser especialmente sensible. No se busca medir satisfacción de forma estandarizada, sino valorar si la intervención ha permitido expresar deseos, miedos o necesidades que antes no encontraban espacio. También puede considerarse un resultado favorable que el paciente decline hablar de ciertos temas, siempre que esa decisión sea reconocida y respetada; el objetivo no es forzar la verbalización, sino ofrecer una oportunidad segura de hacerlo.

La transferencia a la práctica se concreta cuando las conversaciones mantenidas influyen de forma visible en el plan de cuidados: ajustes en la forma de informar, facilitación de encuentros familiares, adecuación del entorno, preservación de rituales significativos o activación de apoyos específicos. En este sentido, la intervención educativa no se limita a incrementar conocimientos, sino que pretende modificar la mirada asistencial hacia un enfoque más atento a la singularidad de cada proceso de final de vida.

Discusión/Conclusiones

La integración de las necesidades espirituales en la atención al final de la vida sigue siendo un área sensible y, en ocasiones, insuficientemente desarrollada. Parte de esta dificultad deriva de la falsa idea de que se trata de un asunto íntimo ajeno a la práctica clínica. Sin embargo, cuando el sufrimiento se relaciona con pérdida de sentido, miedo a morir, ruptura de vínculos o necesidad de reconciliación, omitir esta dimensión empobrece la valoración enfermera y limita la calidad del acompañamiento. Abordarla no exige convertir a los profesionales en expertos en teología ni en consejeros existenciales, sino mejorar la capacidad para escuchar, explorar, respetar y coordinar recursos.

La propuesta educativa descrita puede resultar útil por varias razones. Primero, porque ordena contenidos que a menudo aparecen dispersos en la experiencia clínica. Segundo, porque ofrece a Enfermería herramientas conversacionales concretas y transferibles a distintos niveles asistenciales. Tercero, porque incluye a la familia como parte del proceso de cuidado, evitando que el apoyo espiritual se interprete únicamente como una interacción individual con el paciente. Y

cuarto, porque subraya la necesidad de reconocer límites profesionales y de trabajar de forma interdisciplinar.

No obstante, conviene señalar algunas barreras previsibles. La sobrecarga asistencial puede reducir tiempos de conversación. La incomodidad emocional del profesional puede favorecer respuestas defensivas o excesivamente técnicas. La diversidad cultural y religiosa obliga a evitar generalizaciones. Además, no todas las personas desean hablar de espiritualidad ni lo hacen con el mismo lenguaje. Algunas expresan necesidades profundas a través de preocupaciones prácticas, conflictos familiares o preguntas sobre control de síntomas. De ahí que la intervención educativa deba mantenerse abierta, flexible y centrada en la persona, sin imponer marcos interpretativos ajenos.

También es importante diferenciar entre presencia terapéutica y promesa de consuelo. Enfermería puede ofrecer escucha, claridad, continuidad y respeto, pero no garantizar paz, aceptación o cierre emocional. Mantener esta prudencia protege tanto al paciente como al profesional. En el final de la vida, acompañar bien no siempre significa resolver, sino permanecer disponible ante el sufrimiento sin banalizarlo ni ocupar el espacio de la persona con respuestas prefabricadas.

Desde una perspectiva práctica, incorporar este tipo de intervención educativa a los dispositivos de cuidados paliativos, hospitalización o atención domiciliaria puede favorecer una cultura asistencial más sensible a los valores y significados del paciente. Su implementación exige apoyo institucional, espacios de formación, coordinación entre disciplinas y una mirada clínica capaz de reconocer que la dignidad no depende solo del control sintomático, sino también de cómo se escucha y se sostiene a la persona en una etapa de especial vulnerabilidad.

En suma, la educación sobre necesidades espirituales al final de la vida ofrece a Enfermería una oportunidad para ampliar la calidad del cuidado más allá de lo estrictamente biomédico. Cuando se aplica con respeto, competencia comunicativa e individualización, puede contribuir a un acompañamiento más humano, coherente con los principios de los cuidados paliativos y con la

centralidad de la persona en la toma de decisiones sobre su propio proceso de final de vida.

Conflicto de intereses

No se identifican conflictos de intereses por parte de los autores en relación con el tema tratado en este artículo.

Financiación

No se ha recibido financiación externa para el desarrollo, redacción o publicación del presente trabajo.

Bibliografía

1. Benini F, Papadatou D, Bernadà M, Craig F, De Zen L, Downing J, et al.. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS.. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63(5):e529-e543. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031>
2. Busolo D, Woodgate R. Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol.. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(1):99-111. doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1809>
3. Kang KA, Kim DB, Koh SJ, Park MH, Park HY, Yoon DH, et al.. Spiritual Care Guide in Hospice · Palliative Care.. *J Hosp Palliat Care*. 2023;26(4):149-159. doi: <https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.4.149>
4. Klimasiński MW. Spiritual care in the intensive care unit.. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021;53(4):350-357. doi: <https://doi.org/10.5114/ait.2021.109920>
5. Riahi S, Khajehei M. Palliative Care: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions.. *Crit Care Nurs Q*. 2019;42(3):315-328. doi: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000269>
6. Lunder U, Furlan M, Simonič A. Spiritual needs assessments and measurements.. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2011;5(3):273-8. doi: <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283499b20>
7. Okon II, Osama M, Akpan A, Fabrini Paleare LF, Ferreira MY, Shafqat MD, et al.. The Evolving Role of Palliative Care in Older People with Glioblastoma.. *World Neurosurg*. 2024;192:140-149. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2024.09.125>
8. Jadhav U, Bhanushali J, Sindhu A, Reddy BSK. Navigating Compassion: A Comprehensive Review of Palliative Care in Respiratory Medicine.. *Cureus*. 2023;15(12):e50613. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.50613>

9. Surbone A, Baider L. The spiritual dimension of cancer care.. Crit Rev Oncol Hematol. 2010;73(3):228-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.03.011>
10. McConnell T, Blair C, Wong G, Duddy C, Howie C, Hill L, et al.. Integrating Palliative Care and Heart Failure: the PalliatHeartSynthesis realist synthesis.. Health Soc Care Deliv Res. 2024;12(34):1-128. doi: <https://doi.org/10.3310/FTRG5628>
11. Zumstein-Shaha M, Ferrell B, Economou D. Nurses' response to spiritual needs of cancer patients.. Eur J Oncol Nurs. 2020;48:101792. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>
12. De Luca E, Sena B, Butcher K, de Wal LJ. Spirituality and palliative care: international models and new perspectives.. Front Sociol. 2025;10:1523685. doi: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1523685>
13. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research.. Palliat Med. 2010;24(8):753-70. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>

ARTÍCULO 03

Intervención educativa para familias durante la recuperación inicial tras politraumatismo

Educational intervention for families during early recovery after multiple trauma

Alba Fernández Molina · Iván Herrera Santos

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):48

Autor principal (primer firmante)

Alba Fernández Molina

Fecha recepción

04/06/26

Fecha aceptación

04/07/26

Fecha de publicación

10/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:48

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Triage; Apoyo emocional; Servicio de urgencias; Traumatismos múltiples; Familia; Enfermería de urgencias; Educación para la salud; Comunicación; Atención inicial; Educación del paciente

Resumen

Introducción: El politraumatismo genera una situación clínica de alta complejidad asistencial y elevada carga emocional para la persona lesionada y su entorno cercano. Durante la recuperación inicial, la familia suele experimentar incertidumbre, temor y dificultades para comprender la información clínica, el funcionamiento del área de urgencias o cuidados críticos y las necesidades inmediatas de cuidado. En este periodo, la intervención enfermera no se limita a la atención directa al paciente, sino que incluye la acogida, la comunicación terapéutica y la educación sanitaria dirigida a familiares o cuidadores principales.

Objetivos: Describir una intervención educativa enfermera orientada a familias de pacientes con politraumatismo en fase de recuperación inicial, definiendo su población diana, contenidos, metodología, recursos y criterios de evaluación, así como su utilidad para favorecer comprensión, participación y afrontamiento.

Metodología: Se presenta una propuesta de intervención educativa de carácter estructurado, aplicable al ámbito hospitalario en las primeras horas y días tras un politraumatismo. Se organiza en sesiones breves y adaptables a la evolución clínica, con valoración inicial de necesidades informativas, nivel de ansiedad observable, capacidad de comprensión y disponibilidad de la familia. La propuesta integra información progresiva, apoyo emocional, refuerzo escrito y verificación de la comprensión.

Resultados: La intervención se articula en varios bloques: acogida y orientación inicial, explicación del proceso asistencial, información sobre dispositivos y medidas de seguridad, educación sobre cuidados básicos y prevención de complicaciones en la fase temprana, preparación para la participación familiar cuando proceda y pautas para la continuidad asistencial. El papel de Enfermería incluye detectar necesidades, adecuar el lenguaje, coordinar mensajes con el equipo y evaluar el aprendizaje mediante técnicas de retroalimentación. La estructura propuesta puede contribuir a reducir desorganización informativa, favorecer expectativas realistas y mejorar la relación terapéutica.

Discusión/Conclusiones: La educación sanitaria a familias tras politraumatismo debe individualizarse, adaptarse al estado clínico del paciente y coordinarse con la dinámica asistencial del servicio. Su valor radica en ofrecer información comprensible y apoyo emocional sin interferir con las prioridades clínicas. La intervención enfermera, cuando es planificada y continuada, puede mejorar la experiencia asistencial de la familia y facilitar una participación más segura en la recuperación inicial.

Abstract

Introduction: Multiple trauma involves a highly complex clinical situation and a significant emotional burden for both the injured person and close relatives. During the initial recovery period, families often experience uncertainty, fear, and difficulty understanding clinical information, emergency or critical care processes, and immediate care needs. In this setting, nursing intervention extends beyond direct patient care and includes reception, therapeutic communication, and health education for relatives and primary caregivers.

Objectives: To describe a nursing educational intervention aimed at families of patients with multiple trauma during the initial recovery phase, defining target population, contents, methodology, resources, evaluation criteria, and its relevance for understanding, participation, and coping.

Methodology: A structured educational intervention is presented for hospital settings during the first hours and days after multiple trauma. It is organized into brief sessions that can be adapted to clinical evolution, including initial assessment of informational needs, observable anxiety, comprehension ability, and family availability. The proposal combines progressive information, emotional support, written reinforcement, and comprehension checking.

Results: The intervention is organized into several components: initial reception and orientation, explanation of the care process, information about devices and safety measures, education on basic care and early complication prevention, preparation for family involvement when appropriate, and guidance for continuity of care. Nursing responsibilities include identifying needs, adapting language, coordinating messages with the healthcare team, and evaluating learning through feedback techniques. This approach may help reduce informational disorganization, support realistic expectations, and improve the therapeutic relationship.

Discussion/Conclusions: Health education for families after multiple trauma should be individualized, adapted to the patient's clinical condition, and coordinated with service dynamics.

Its value lies in providing understandable information and emotional support without interfering with clinical priorities. Planned and sustained nursing intervention may improve the family's care experience and promote safer participation during initial recovery.

Keywords: Triage; Emotional Support; Emergency Service; Hospital; Multiple Trauma; Family; Emergency Nursing; Health Education; Communication; Initial Care; Patient Education

Introducción

La atención al paciente politraumatizado exige rapidez diagnóstica, priorización clínica y una coordinación interdisciplinar constante. En ese entorno, la familia irrumpe también como sujeto de cuidados. Aunque no sea el receptor principal de las intervenciones urgentes, su situación emocional, su necesidad de información y su futura implicación en el proceso de recuperación hacen aconsejable un abordaje enfermero específico desde las primeras fases asistenciales.

Tras la estabilización inicial, muchas familias se enfrentan a una secuencia difícil de interpretar: cambios de ubicación del paciente, presencia de dispositivos invasivos, limitaciones de visita, mensajes clínicos necesariamente breves y evolución incierta. Esa combinación puede traducirse en ansiedad intensa, dificultades para retener la información, aparición de expectativas poco realistas o, en el extremo contrario, sentimientos de desesperanza y bloqueo. La educación sanitaria en este momento no persigue transmitir grandes volúmenes de contenido, sino ordenar la información relevante, ofrecer orientación progresiva y favorecer un afrontamiento más adaptado.

La Enfermería de urgencias y de las unidades de cuidados iniciales ocupa una posición privilegiada para desarrollar esta tarea. Su presencia continuada junto al paciente, el contacto frecuente con la familia y la visión integral de las necesidades biofísicas y psicosociales permiten detectar qué información resulta necesaria, qué dudas persisten y qué mensajes conviene reforzar. Además, la intervención enfermera puede actuar como puente entre la información clínica transmitida por el equipo y la capacidad real de comprensión de los familiares.

La recuperación inicial tras politraumatismo no es una etapa homogénea. Puede incluir desde las primeras horas tras el ingreso hasta los primeros días de evolución, con distintos grados de estabilidad, sedación, dependencia funcional y riesgo de complicaciones. En consecuencia, la educación a la familia debe ser flexible y escalonada. No todas las personas necesitan el mismo nivel de detalle ni en el mismo momento; tampoco todas pueden asumir funciones de apoyo o de cuidado en la fase precoz. La individualización, por tanto, constituye un criterio de calidad asistencial.

Desde una perspectiva profesional, educar a la familia no equivale a trasladar responsabilidad asistencial, sino a mejorar comprensión, seguridad y continuidad. Informar sobre el sentido de determinadas medidas de monitorización, explicar la necesidad de limitar estímulos, orientar sobre movilización o colaboración en cuidados básicos cuando esté indicado, y anticipar cambios previsibles de la evolución inmediata puede disminuir conductas desorganizadas y facilitar una relación terapéutica más confiable.

También debe considerarse la dimensión emocional. La experiencia del trauma afecta al sistema familiar en su conjunto. La información puramente técnica, si no va acompañada de una escucha activa y de una comunicación adaptada, puede resultar insuficiente o incluso aumentar el malestar. Por ello, las intervenciones educativas más útiles suelen integrar contenido clínico básico, orientación práctica y apoyo emocional, evitando tanto la sobreinformación como los mensajes ambiguos.

En este marco, se plantea una intervención educativa dirigida a familias durante la recuperación inicial tras politraumatismo, con enfoque enfermero, aplicable a entornos hospitalarios y orientada a facilitar comprensión, participación segura y continuidad de cuidados.

Objetivos

El objetivo general es describir una intervención educativa enfermera para familias de pacientes en recuperación inicial tras politraumatismo, con el fin de favorecer una comprensión adecuada del proceso asistencial y promover una participación ajustada a la situación clínica.

Como objetivos específicos se proponen los siguientes:

- Identificar las necesidades informativas, emocionales y de apoyo de la familia en las primeras fases de recuperación.
- Definir contenidos educativos prioritarios y secuenciados según el momento asistencial y la evolución del paciente.
- Establecer una metodología de comunicación comprensible, breve y progresiva, compatible con la dinámica del servicio.
- Orientar el papel de Enfermería en la acogida, la clarificación de dudas, el refuerzo de medidas de seguridad y la continuidad educativa.
- Plantear criterios de evaluación del aprendizaje familiar y de la utilidad práctica de la intervención.

Metodología

Se desarrolla una propuesta de intervención educativa estructurada para el ámbito hospitalario, centrada en familiares o cuidadores principales de personas con politraumatismo durante la fase de recuperación inicial. El planteamiento se apoya en la práctica enfermera de urgencias y hospitalización de alta complejidad, integrando educación para la salud, comunicación terapéutica y apoyo emocional.

La población diana incluye familiares directos o personas de referencia que participan en la recepción de información clínica y que previsiblemente asumirán funciones de acompañamiento o cuidados posteriores. La intervención debe adaptarse al perfil de cada familia, considerando factores como nivel de alfabetización sanitaria, idioma, estado emocional, presencia de barreras sensoriales o cognitivas, experiencia previa con entornos hospitalarios y

disponibilidad para asistir a los contactos educativos.

La valoración inicial constituye el primer paso. Antes de iniciar la educación, Enfermería explora de forma breve aspectos como quién es la persona referente, qué información ha recibido ya, cuáles son sus principales preocupaciones, qué grado de comprensión muestra y si su estado emocional permite iniciar la intervención. En situaciones de gran desorganización emocional, puede ser preferible priorizar la contención, la escucha y la orientación básica antes de ampliar contenidos.

La intervención se organiza en momentos breves, de duración variable, aprovechando tiempos compatibles con la asistencia clínica. No se concibe como una sesión única, sino como un proceso progresivo con repetición y refuerzo. En la fase inmediata predominan la acogida, la orientación sobre el circuito asistencial y la explicación de medidas visibles que suelen generar inquietud. Conforme el paciente se estabiliza, se introducen contenidos sobre cuidados básicos, prevención de complicaciones y posibles necesidades del siguiente nivel asistencial.

Desde el punto de vista metodológico, se recomiendan estrategias de comunicación claras y concretas: lenguaje no técnico o técnicamente traducido, frases cortas, información jerarquizada, comprobación de la comprensión y posibilidad de reformular las dudas. Resulta útil limitar cada encuentro a pocos mensajes prioritarios y cerrar con un resumen verbal. Cuando sea posible, el apoyo con material escrito sencillo puede mejorar la retención de la información, especialmente en familias sometidas a elevada tensión emocional.

La propuesta contempla recursos humanos y organizativos básicos: participación de la enfermera responsable o de referencia, coordinación con el equipo médico para mantener coherencia en la información, disponibilidad de un espacio razonablemente preservado para conversaciones sensibles y registro de los contenidos abordados para facilitar continuidad entre turnos. También se consideran recursos educativos sencillos, como esquemas de cuidados, recordatorios de normas de seguridad, pautas de acompañamiento y orientaciones para el alta o traslado si procede.

La evaluación del aprendizaje no se limita a preguntar si la familia ha entendido. Se basa en técnicas de retroalimentación, observación de conductas y detección de dudas persistentes. Pedir que expliquen con sus palabras qué han comprendido sobre la situación actual, qué precauciones deben mantener o a quién dirigirse ante determinados cambios permite valorar el grado real de asimilación y ajustar la intervención posterior.

Resultados

La intervención educativa propuesta se estructura en cinco bloques, cuya aplicación debe adaptarse al estado del paciente y a la respuesta de la familia.

Acogida y orientación inicial

En el primer contacto, la prioridad es reducir desorientación. La familia necesita saber dónde se encuentra el paciente, qué fase asistencial atraviesa, por qué pueden existir restricciones de acceso o tiempos de espera y quiénes son los profesionales de referencia. La enfermera puede presentar de forma sencilla el entorno, explicar que la información se proporcionará de manera progresiva y delimitar qué cuestiones podrán resolverse en ese momento y cuáles dependen de la evolución clínica.

Este bloque incluye intervenciones de apoyo emocional básicas: escucha activa, validación del malestar, observación de reacciones de bloqueo y adecuación del ritmo comunicativo. No se trata de desarrollar una intervención psicológica formal, sino de crear las condiciones para que la familia pueda recibir información con el menor grado posible de confusión.

Explicación del proceso asistencial inmediato

Una parte relevante de la ansiedad familiar procede de no comprender qué está ocurriendo. Por ello, se propone explicar de forma breve la lógica de la atención inicial: estabilización, monitorización, control del dolor, pruebas complementarias, vigilancia de la evolución y posibles traslados a otras áreas. La información debe ser coherente con la transmitida por el resto del equipo y evitar interpretaciones pronósticas que no correspondan a Enfermería.

Cuando la situación lo permita, conviene aclarar el significado general de algunos elementos visibles que suelen generar alarma, como vendajes, férulas, drenajes, catéteres, sistemas de monitorización o dispositivos de soporte. La finalidad no es detallar aspectos técnicos avanzados, sino evitar que la presencia de estos elementos sea interpretada de forma errónea.

Contenidos educativos sobre cuidados y seguridad

En la fase de recuperación inicial, la familia puede beneficiarse de una educación básica sobre aspectos prácticos. Entre ellos destacan la necesidad de respetar indicaciones de movilización, no manipular dispositivos sin supervisión, mantener un ambiente de acompañamiento tranquilo, avisar al personal ante cambios llamativos y seguir las normas del servicio respecto a visitas, higiene de manos y pertenencias del paciente.

Si el paciente comienza a interactuar y el equipo considera adecuado el acompañamiento, la enfermera puede orientar a la familia sobre cómo colaborar sin interferir en la seguridad: facilitar comunicación calmada, ayudar a la reorientación si existe confusión, apoyar la hidratación o la alimentación solo cuando haya indicación expresa, y participar en cuidados básicos simples bajo supervisión. Esta participación debe ser gradual y siempre subordinada al criterio clínico del equipo.

Asimismo, resulta pertinente introducir mensajes sobre señales de alarma generales en la evolución temprana, formuladas en lenguaje comprensible. No se trata de trasladar responsabilidad diagnóstica a la familia, sino de favorecer una observación útil durante los periodos de acompañamiento: cambios bruscos en el nivel de conciencia, agitación intensa, dolor no controlado, dificultad respiratoria aparente o sangrado visible son ejemplos de situaciones ante las que debe solicitarse atención profesional inmediata.

Preparación para la continuidad asistencial

A medida que el paciente abandona la fase más inestable, cambian las necesidades educativas. La familia empieza a demandar información sobre el siguiente destino asistencial, los posibles cuidados posteriores y el grado de dependencia esperado a corto plazo. En este momento, la intervención enfermera puede centrarse en preparar la transición: explicar rutinas básicas de la unidad de destino, anticipar la necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria y explorar recursos familiares disponibles.

Cuando existan lesiones musculoesqueléticas, dolor persistente o limitación funcional temprana, la familia suele preguntar por movilización, descanso, higiene, prevención de lesiones cutáneas y apoyo emocional al paciente. La respuesta debe ser prudente y ligada a la situación concreta, evitando generalizaciones cerradas. Es útil reforzar que las indicaciones evolucionarán en función de la valoración clínica y que la enseñanza se completará según avance el proceso.

Evaluación del aprendizaje y seguimiento

La intervención no concluye con la entrega de información. Enfermería debe comprobar qué mensajes se han comprendido, cuáles requieren repetición y qué barreras dificultan la asimilación. La evaluación puede realizarse mediante preguntas abiertas, observación del comportamiento durante el acompañamiento y detección de conductas de riesgo, como manipulación no autorizada de dispositivos o incumplimiento de medidas de seguridad.

Un indicador cualitativo de utilidad es la capacidad de la familia para explicar con sus palabras las normas básicas del entorno, identificar a qué profesional dirigirse ante una duda y colaborar de forma serena en los cuidados permitidos. También es relevante valorar si persisten necesidades de apoyo emocional que exceden la intervención educativa inicial y requieren derivación o coordinación con otros recursos del centro.

Papel específico de Enfermería

La enfermera actúa como profesional de referencia para modular la cantidad y el momento de la información, detectar signos de sobrecarga emocional y sostener una comunicación consistente. Entre sus funciones se incluyen seleccionar contenidos prioritarios, adaptar el lenguaje a la familia, evitar contradicciones con el resto del equipo, registrar lo abordado y promover continuidad entre turnos y unidades. Esta labor es especialmente valiosa cuando la familia recibe información fragmentada o cuando la evolución clínica obliga a reformular expectativas en poco tiempo.

Desde el punto de vista relacional, el estilo comunicativo influye de forma decisiva en el resultado de la intervención. Un enfoque respetuoso, realista y empático favorece confianza sin generar falsas seguridades. La familia suele tolerar mejor la incertidumbre cuando percibe que dispone de interlocutores claros, mensajes comprensibles y oportunidades razonables para resolver dudas.

Posibles barreras

La implementación de este tipo de programas puede verse limitada por la sobrecarga asistencial, la falta de espacios reservados para la información, la rotación de profesionales o la heterogeneidad entre familiares. También pueden aparecer dificultades derivadas del impacto emocional agudo, conflictos familiares, barreras idiomáticas o discrepancias entre la información comprendida y la información realmente transmitida.

Para reducir estas barreras, conviene priorizar mensajes esenciales, documentar el contenido educativo realizado y, cuando sea posible, identificar una persona de referencia familiar. La repetición breve y estructurada suele ser más efectiva que una explicación extensa en un único momento. Del mismo modo, el uso de apoyos escritos simples puede reforzar la continuidad del mensaje sin sustituir la comunicación interpersonal.

Discusión/Conclusiones

La recuperación inicial tras politraumatismo representa un periodo de elevada vulnerabilidad para la familia. La intensidad emocional, la complejidad clínica y la rapidez de las decisiones asistenciales dificultan una comprensión ordenada del proceso. En este escenario, una intervención educativa enfermera estructurada puede aportar valor asistencial al transformar la información dispersa en mensajes comprensibles, temporalizados y adaptados a la capacidad real de recepción de cada familia.

Uno de los principales aportes de este enfoque es desplazar la educación sanitaria desde una lógica meramente informativa hacia una lógica relacional. La familia no solo necesita datos; necesita entender qué significan, cuándo deben ser recordados y cómo actuar dentro de unos límites seguros. El acompañamiento enfermero permite modular expectativas, reforzar conductas de colaboración útiles y prevenir actuaciones bienintencionadas pero potencialmente inapropiadas en la fase aguda.

La propuesta descrita no debe interpretarse como un protocolo cerrado ni como una secuencia aplicable de forma idéntica en todos los entornos. Su utilidad depende de la organización del servicio, del modelo de comunicación del equipo, de la situación clínica del paciente y de la composición de la familia. Algunas unidades podrán incorporar materiales escritos o circuitos formales de información; otras deberán apoyarse principalmente en intervenciones verbales breves. En ambos casos, la clave reside en la individualización y en la coherencia del mensaje.

También conviene señalar que la educación a la familia no sustituye la información clínica que corresponde a otros profesionales ni resuelve por sí sola el impacto emocional del trauma. Sin embargo, puede contribuir a disminuir la sensación de desamparo, facilitar la relación terapéutica y preparar mejor la transición hacia fases posteriores de cuidados. En especial, resulta útil cuando se orienta a objetivos concretos: comprender el entorno, respetar medidas de seguridad, participar de forma adecuada en el acompañamiento y reconocer cuándo solicitar ayuda.

Desde la práctica enfermera, integrar esta intervención en la atención habitual exige tiempo, entrenamiento comunicativo y continuidad entre turnos. La sistematización de preguntas clave, contenidos prioritarios y criterios de reevaluación puede favorecer su implantación sin aumentar de manera desproporcionada la carga asistencial. Del mismo modo, registrar las necesidades familiares y los mensajes ya trabajados ayuda a evitar contradicciones y repeticiones poco útiles.

En conjunto, la educación sanitaria dirigida a familias durante la recuperación inicial tras politraumatismo constituye una intervención pertinente en términos de humanización, seguridad y continuidad de cuidados. Su desarrollo por parte de Enfermería puede mejorar la experiencia asistencial del entorno familiar y favorecer una participación más ordenada y segura en un momento especialmente delicado del proceso traumático.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses personales, profesionales o económicos relacionados con este trabajo.

Financiación

La realización de este trabajo no recibió ayudas económicas ni financiación institucional específica.

Bibliografía

1. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al.. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review.. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2138911. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911>
2. Wheeler S, Acord-Vira A. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Traumatic Brain Injury.. *Am J Occup Ther*. 2023;77(4). doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.077401>
3. Hart T, Driver S, Sander A, Pappadis M, Dams-O'Connor K, Bocage C, et al.. Traumatic brain injury education for adult patients and families: a scoping review.. *Brain Inj*. 2018;32(11):1295-1306. doi: <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1493226>
4. Munteanu C, Rotariu M, Turnea M, Ionescu AM, Popescu C, Spinu A, et al.. Main Cations and Cellular Biology of Traumatic Spinal Cord Injury.. *Cells*. 2022;11(16). doi: <https://doi.org/10.3390/cells11162503>
5. McCormick S, Jarvis JM, Terhorst L, Richardson A, Kaseman L, Kesbhat A, et al.. Patient-report and caregiver-report measures of rehabilitation service use following acquired brain injury: a systematic review.. *BMJ Open*. 2024;14(2):e076537. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076537>
6. McCabe P, Lippert C, Weiser M, Hilditch M, Hartridge C, Villamere J, et al.. Community reintegration following acquired brain injury.. *Brain Inj*. 2007;21(2):231-57. doi: <https://doi.org/10.1080/02699050701201631>
7. Sander AM, Hanks RA, Ianni PA, Boileau NR, Kratz AL, Hahn EA, et al.. Sociocultural Factors Influencing Caregiver Appraisals Following Traumatic Brain Injury.. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(4S):S58-S64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.08.193>
8. Kneafsey R, Gawthorpe D. Head injury: long-term consequences for patients and families and implications for nurses.. *J Clin Nurs*. 2004;13(5):601-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00903.x>
9. Wilson CS, DeDios-Stern S, Bocage C, Gray AA, Crudup BM, Russell HF. A systematic review of how spinal cord injury impacts families.. *Rehabil Psychol*. 2022;67(3):273-303. doi: <https://doi.org/10.1037/rep0000431>
10. LeBlanc K, Langemo D, Woo K, Campos HM, Santos V, Holloway S. Skin tears: prevention and management.. *Br J Community Nurs*. 2019;24(Sup9):S12-S18. doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup9.S12>
11. Foundas AL. Apraxia: neural mechanisms and functional recovery.. *Handb Clin Neurol*. 2013;110:335-45. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00028-9>
12. Kreitzer N, Fink S, Adeoye O, Kurowski G B, Wade S, Sucharew H, et al.. Caregiver Wellness after Traumatic Brain Injury (CG-Well): Protocol for a randomized clinical trial.. *Contemp Clin Trials Commun*. 2024;41:101356. doi: <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2024.101356>
13. Bosi M, Malavolti M, Garuti C, Tondelli M, Marchesi C, Vinceti M, et al.. Environmental and lifestyle risk factors for early-onset dementia: a systematic review.. *Acta Biomed*. 2022;93(6):e2022336. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v93i6.13279>
14. Avramovic P, Rietdijk R, Attard M, Kenny B, Power E, Togher L. Cognitive and Behavioral Digital Health Interventions for People with Traumatic Brain Injury and Their Caregivers: A Systematic Review.. *J Neurotrauma*. 2023;40(3-4):159-194. doi: <https://doi.org/10.1089/neu.2021.0473>
15. Newcomb AB, Hymes RA. Life Interrupted: The Trauma Caregiver Experience.. *J Trauma Nurs*. 2017;24(2):125-133. doi: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000278>

ARTÍCULO 04

Intervención educativa para detectar depresión y soledad en personas mayores

Educational intervention to detect depression and loneliness in older adults

Víctor Ramírez Ponce · Alicia Martín Salas · Noelia Prieto Guzmán · Rubén Castro Peña

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):49

Autor principal (primer firmante)

Víctor Ramírez Ponce

Fecha recepción

02/06/26

Fecha aceptación

06/07/26

Fecha de publicación

10/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:49

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Promoción de la salud;
Cuidadores; Educación para la salud; Anciano; Soledad; Fragilidad; Apoyo social; Educación del paciente; Enfermería geriátrica; Depresión

Resumen

Introducción: La depresión y la soledad en las personas mayores constituyen problemas de salud con repercusión funcional, emocional y social. Su identificación temprana puede verse dificultada por la normalización del malestar, la presencia de comorbilidad, la fragilidad, las pérdidas acumuladas y la escasa verbalización de síntomas afectivos. En este escenario, la Enfermería geriátrica y comunitaria ocupa una posición relevante para desarrollar intervenciones educativas orientadas a mejorar la detección precoz, favorecer la comunicación de señales de alerta y promover redes de apoyo.

Objetivos: Diseñar una intervención educativa dirigida a personas mayores y cuidadores para facilitar la detección de indicadores compatibles con depresión y soledad, reforzar el reconocimiento de factores de vulnerabilidad y favorecer la derivación o valoración profesional cuando resulte necesario.

Metodología: Se plantea un programa de educación para la salud de carácter grupal, complementado con seguimiento individual breve, destinado a población mayor y personas cuidadoras del ámbito comunitario. La propuesta se estructura a partir de la valoración inicial enfermera, la definición de objetivos educativos, el desarrollo de contenidos sobre salud emocional, apoyo social y signos de alerta, y una evaluación basada en aprendizaje percibido, participación y detección de necesidades de seguimiento.

Resultados: La intervención organiza contenidos comprensibles y clínicamente prudentes sobre cambios emocionales en la vejez, diferencias entre tristeza adaptativa, soledad y síntomas depresivos, impacto de la fragilidad y del aislamiento, papel de los cuidadores y recursos de apoyo. Se describen sesiones educativas, estrategias participativas, materiales adaptados, criterios de observación enfermera y procedimientos de orientación hacia valoración individual.

Discusión/Conclusiones: Una intervención educativa de estas características puede contribuir a visibilizar malestar emocional frecuentemente infradetectado, mejorar la capacidad de autoobservación y aumentar la participación de cuidadores y red comunitaria. Su utilidad depende de la adaptación cognitiva, funcional y sociocultural de la población diana, así como de la continuidad asistencial y de la coordinación entre niveles de atención.

Abstract

Introduction: Depression and loneliness in older adults are health problems with functional, emotional, and social consequences. Early identification may be hindered by the normalization of distress, multimorbidity, frailty, cumulative losses, and limited expression of affective symptoms. In this context, geriatric and community nursing plays a relevant role in developing educational interventions aimed at improving early detection, facilitating communication of warning signs, and promoting support networks.

Objectives: To design an educational intervention for older adults and caregivers in order to facilitate the detection of indicators compatible with depression and loneliness, strengthen recognition of vulnerability factors, and encourage professional assessment or referral when needed.

Methodology: A group-based health education program is proposed, complemented by brief individual follow-up, for community-dwelling older adults and caregivers. The intervention is structured around an initial nursing assessment, educational goals, content on emotional health, social support, and warning signs, and an evaluation focused on perceived learning, participation, and identification of follow-up needs.

Results: The intervention provides understandable and clinically prudent content on emotional changes in later life, differences between adaptive sadness, loneliness, and depressive symptoms, the impact of frailty and social isolation, the role of caregivers, and support resources. Educational sessions, participatory strategies, adapted materials, nursing observation criteria, and guidance pathways for individual assessment are described.

Discussion/Conclusions: An educational intervention of this kind may help make visible frequently underdetected emotional distress, improve self-observation skills, and increase the involvement of caregivers and community networks. Its usefulness depends on cognitive, functional, and sociocultural adaptation to the target population, as well as on continuity of care and coordination across care settings.

Keywords: Health Promotion; Caregivers; Health Education; Aged; Loneliness; Frailty; Social Support; Patient Education; Geriatric Nursing; Depression

Introducción

El envejecimiento se acompaña de cambios biológicos, psicológicos y sociales que no son homogéneos y que deben interpretarse desde una perspectiva integral. En las personas mayores, la vivencia de pérdidas, la reducción progresiva de determinados roles, la jubilación, el duelo, la disminución de la movilidad, la dependencia sobrevenida o la percepción de carga para la familia pueden influir en el bienestar emocional. A ello se añaden situaciones de aislamiento, fragilidad y apoyo social insuficiente que pueden favorecer sentimientos de soledad y aumentar la vulnerabilidad ante síntomas depresivos.

La soledad no deseada y la depresión no son conceptos equivalentes, aunque con frecuencia se solapan. La primera alude a una experiencia subjetiva de desconexión o carencia relacional; la segunda se relaciona con una alteración del estado de ánimo que puede expresarse con tristeza persistente, apatía, anhedonia, irritabilidad, alteraciones del sueño, pérdida de interés o disminución del autocuidado, entre otras manifestaciones. En la práctica clínica, ambos procesos pueden presentarse de forma atípica en la vejez, quedar enmascarados por síntomas somáticos o ser interpretados erróneamente como consecuencia inevitable del envejecimiento.

Desde la perspectiva enfermera, la detección temprana no depende solo de instrumentos de cribado, sino también de la observación clínica, de la entrevista terapéutica y del conocimiento del entorno familiar y comunitario. La consulta de Atención Primaria, la visita domiciliaria, los programas de cronicidad, la atención a cuidadores y las actividades grupales comunitarias son espacios especialmente adecuados para identificar señales de alarma. Sin embargo, muchas personas mayores no expresan de forma espontánea su malestar emocional por pudor, estigma, miedo a preocupar a la familia o por asumir que sentirse solo o triste es algo esperable a su edad.

La educación para la salud puede desempeñar aquí una función preventiva y de detección. Cuando se

plantea con un enfoque accesible, respetuoso y adaptado al nivel funcional de la población mayor, permite mejorar la alfabetización en salud emocional, facilitar la identificación de cambios que requieren valoración profesional y activar apoyos informales y comunitarios. Este tipo de intervención no sustituye la valoración clínica individual ni el abordaje interdisciplinar, pero puede favorecer un primer reconocimiento del problema y reducir el infradiagnóstico.

La inclusión de cuidadores en la estrategia educativa resulta especialmente útil. Con frecuencia son quienes detectan antes el retraimiento social, la disminución de la iniciativa, las alteraciones del apetito, el abandono de actividades habituales o la pérdida de interés por el cuidado personal. También pueden, sin pretenderlo, atribuir estos cambios a la edad o a la personalidad previa. Por ello, una intervención educativa bien diseñada debe contemplar a la persona mayor, a su cuidador principal cuando exista y al entorno comunitario como elementos interdependientes del proceso de detección.

Objetivos

Objetivo general: Diseñar una intervención educativa de Enfermería orientada a la detección precoz de depresión y soledad en personas mayores, promoviendo el reconocimiento de señales de alerta, la expresión del malestar emocional y la activación de recursos de apoyo.

Objetivos específicos:

- Favorecer que las personas mayores identifiquen cambios emocionales, conductuales y relacionales que pueden requerir valoración profesional.
- Diferenciar, con lenguaje comprensible, entre tristeza reactiva, soledad percibida y manifestaciones compatibles con depresión, evitando interpretaciones simplistas.
- Mejorar la capacidad de cuidadores y familiares para observar signos de alerta relacionados con aislamiento, apatía, desmotivación y deterioro del autocuidado.
- Explorar factores de vulnerabilidad frecuentes en la vejez, como fragilidad, duelo, dependencia

funcional, barreras de movilidad, escaso apoyo social o sobrecarga del cuidador.

- Promover habilidades básicas de comunicación para hablar sobre salud emocional sin estigmatizar ni minimizar el sufrimiento.
- Potenciar el conocimiento de recursos sanitarios, sociales y comunitarios disponibles en el entorno de atención.
- Establecer un procedimiento de seguimiento enfermero que permita detectar necesidades de valoración individual, apoyo adicional o continuidad educativa.

Metodología

Se propone una intervención de educación para la salud desarrollada en el ámbito comunitario, liderada por Enfermería y dirigida a personas mayores de la comunidad, con participación opcional de cuidadores familiares o cuidadores no profesionales. Puede implantarse en consulta de Atención Primaria, centro comunitario, asociación de mayores o dispositivos de proximidad, siempre que el contexto permita accesibilidad física, privacidad suficiente y posibilidad de seguimiento.

La población diana incluye personas mayores con riesgo de aislamiento, antecedentes de pérdidas recientes, cambios funcionales, reducción de la participación social, percepción de soledad, fragilidad o sospecha de malestar emocional no valorado. No se limita exclusivamente a mayores con diagnóstico previo, ya que el interés principal es la detección temprana. También se considera adecuada la inclusión de cuidadores que conviven o mantienen contacto frecuente, dado que pueden aportar información relevante y actuar como apoyo en la observación de cambios.

Antes del inicio, la enfermera realiza una valoración inicial breve, centrada en situación funcional, capacidad de comunicación, estado cognitivo observable, red de apoyo, barreras sensoriales, nivel de comprensión y disponibilidad para participar en sesiones grupales. Esta valoración permite adaptar el formato, el ritmo de exposición, el tipo de materiales y la conveniencia de refuerzo individual. En personas con deterioro cognitivo significativo o con intensa sintomatología afectiva, la intervención grupal puede requerir

adaptación o derivación prioritaria a valoración clínica específica.

La propuesta se organiza en cuatro sesiones grupales de frecuencia semanal, de duración moderada, con grupos reducidos para facilitar la participación. Se añade una entrevista individual breve de cierre para revisar dudas, detectar necesidades no verbalizadas y valorar si procede continuidad asistencial. Las sesiones se diseñan con metodología activa: exposición breve, diálogo guiado, análisis de situaciones cotidianas, resolución de dudas y ejercicios sencillos de autoobservación. Se evitan dinámicas que puedan resultar invasivas o generar sobreexposición emocional.

Planificación de contenidos y recursos

Los contenidos se seleccionan desde un enfoque de promoción de la salud mental y detección precoz, no de tratamiento. Se prioriza un lenguaje claro, no estigmatizante y adecuado al nivel cultural del grupo. Los materiales pueden incluir folletos de lectura fácil, tarjetas con señales de alerta, ejemplos de frases útiles para iniciar conversaciones sobre malestar emocional y listados de recursos del entorno. Si existen déficits visuales o auditivos, deben utilizarse apoyos de alto contraste, letra grande y refuerzo verbal.

La intervención requiere un entorno que favorezca la escucha y la confidencialidad. La disposición en círculo, el uso de preguntas abiertas y la validación emocional son elementos útiles para aumentar la participación. El papel de la enfermera no se limita a impartir información: incluye observar silencios, detectar expresiones de desesperanza, valorar incoherencias entre discurso y conducta, e identificar situaciones de riesgo social o clínico que aconsejen una atención más individualizada.

Evaluación del programa

La evaluación se plantea en tres niveles. En primer lugar, se valora la participación y la comprensión de los contenidos mediante preguntas breves, reformulación de ideas clave y resolución de situaciones prácticas. En segundo lugar, se explora si las personas participantes han aumentado su capacidad para reconocer signos de alarma en sí mismas o en otros. En tercer lugar, se registra la identificación de casos que requieren valoración clínica, intervención social, apoyo al cuidador o seguimiento enfermero específico.

Esta propuesta no pretende establecer un protocolo cerrado ni sustituir los circuitos asistenciales del centro. Su aplicación debe ajustarse a la organización local, a la disponibilidad de recursos y a los criterios de derivación vigentes, especialmente cuando aparezcan indicios de depresión moderada o grave, ideación autolítica, deterioro funcional rápido, abandono marcado del autocuidado o riesgo social relevante.

Resultados

El resultado principal de la intervención es una estructura educativa práctica y transferible a entornos de atención comunitaria. Su desarrollo puede resumirse en cuatro sesiones complementarias, con seguimiento breve posterior, orientadas a aumentar la sensibilidad de personas mayores y cuidadores frente a manifestaciones emocionales que con frecuencia pasan desapercibidas.

Sesión 1. Comprender los cambios emocionales en la vejez

La primera sesión introduce la relación entre envejecimiento, pérdidas, adaptación y bienestar emocional. Se trabaja la idea de que no todo malestar es patológico, pero tampoco debe banalizarse. La enfermera aborda de forma comprensible la diferencia entre una tristeza relacionada con acontecimientos vitales, la experiencia subjetiva de soledad y la aparición de síntomas persistentes compatibles con depresión. El objetivo no es etiquetar, sino facilitar que la persona mayor pueda reconocer cuándo un cambio deja de ser transitorio y empieza a afectar al sueño, al apetito, al interés por las actividades cotidianas, a la energía o al vínculo con los demás.

Se fomenta un clima de respeto que permita expresar vivencias sin forzar la revelación de experiencias íntimas. En esta sesión suele ser útil explorar frases frecuentes, como “a mi edad es normal estar así” o “no quiero molestar”. Su revisión ayuda a desmontar creencias que retrasan la consulta y favorece la percepción de legitimidad del sufrimiento emocional.

Sesión 2. Señales de alerta y factores de vulnerabilidad

La segunda sesión se centra en la detección precoz. Se presentan cambios observables que deben llamar la atención: aislamiento progresivo, abandono de actividades placenteras, desinterés por el autocuidado, retraimiento comunicativo, pesimismo persistente, sensación de inutilidad, alteraciones de rutina, llanto frecuente o irritabilidad mantenida. También se abordan manifestaciones menos explícitas, como quejas somáticas reiteradas, disminución de la iniciativa, apatía o negativa constante a salir del domicilio.

La enfermera relaciona estas señales con factores de vulnerabilidad frecuentes: duelo, fragilidad, limitación para desplazarse, dolor persistente, dependencia funcional, escasez de apoyo, conflictos familiares, barreras arquitectónicas y sobrecarga de cuidados. En lugar de presentar listados abstractos, se utilizan ejemplos cotidianos que permitan al grupo reconocer situaciones de su entorno. Se insiste en que la presencia aislada de un

signo no confirma un cuadro clínico, pero sí puede justificar observación y valoración profesional.

Sesión 3. Papel de cuidadores, familia y red social

La tercera sesión incorpora de forma más directa a cuidadores y allegados. Se trabaja cómo observar cambios sin infantilizar a la persona mayor y cómo iniciar conversaciones sobre malestar emocional con respeto, evitando frases que minimicen o culpabilicen. La enfermera puede proponer estrategias comunicativas sencillas: preguntar por cómo se siente la persona en los últimos días, si ha dejado de disfrutar con actividades habituales, si nota mayor cansancio o si prefiere aislarse más que antes. También se recuerda la importancia de escuchar sin discutir de inmediato el contenido emocional expresado.

En esta sesión se analiza además el impacto del cuidado prolongado sobre la salud emocional del propio cuidador. La sobrecarga, el cansancio y el agotamiento relacional pueden limitar la capacidad de detección y favorecer respuestas automáticas de impaciencia o trivialización. Por ello, el programa contempla a la persona cuidadora como sujeto de atención educativa, no solo como recurso auxiliar. Identificar la necesidad de apoyo al cuidador mejora indirectamente la observación y el acompañamiento de la persona mayor.

Sesión 4. Recursos, búsqueda de ayuda y continuidad

La cuarta sesión aborda qué hacer cuando se detectan señales de alerta. Se explican de forma ordenada los recursos que habitualmente pueden formar parte del itinerario asistencial: consulta enfermera, médico de familia, trabajo social sanitario, dispositivos comunitarios, programas de envejecimiento activo o recursos municipales de apoyo. La información se presenta con prudencia y adaptada al territorio, evitando prometer disponibilidades que no dependan del equipo.

Se refuerza la idea de que pedir ayuda no equivale a perder autonomía. Muchas personas mayores retrasan la consulta por miedo a ser etiquetadas o a que se decida por ellas. La intervención educativa debe contrarrestar este temor mediante mensajes centrados en el acompañamiento, la valoración individual y la toma de decisiones compartida. La sesión finaliza con una síntesis de señales de

alarma y con la entrega de materiales de apoyo para revisión posterior en domicilio.

Entrevista individual de cierre

Tras las sesiones grupales, la enfermera realiza una entrevista breve con cada participante o con quienes presenten mayor vulnerabilidad. Esta entrevista permite aclarar dudas, explorar cambios recientes, valorar la percepción subjetiva de soledad, revisar la red de apoyo disponible y detectar necesidades no expresadas en grupo. También ofrece un espacio más protegido para personas que no desean compartir determinadas vivencias ante otros.

En esta fase pueden identificarse situaciones que aconsejen seguimiento específico: malestar emocional persistente, disminución marcada de actividad, duelo no elaborado, dificultades graves de adaptación tras una pérdida funcional, agotamiento del cuidador o desconexión social significativa. El papel enfermero consiste en valorar, orientar y coordinar la continuidad asistencial según el caso, favoreciendo la accesibilidad a recursos sanitarios y sociales.

Papel específico de Enfermería

La aportación enfermera en este programa combina educación para la salud, observación clínica, apoyo emocional y continuidad de cuidados. La enfermera detecta barreras de comprensión, adapta el contenido a las capacidades funcionales, favorece un entorno de confianza y registra señales que pueden requerir intervención posterior. La escucha activa, la validación emocional y la capacidad para integrar dimensión física, mental y social son especialmente relevantes en una población en la que el sufrimiento puede expresarse de forma indirecta.

Asimismo, la Enfermería comunitaria puede conectar esta intervención con otras líneas de trabajo: prevención de la fragilidad, promoción de actividad física adaptada, adherencia terapéutica, prevención de caídas, apoyo a cuidadores y dinamización de recursos grupales. Este enfoque integral evita fragmentar el problema y mejora la comprensión de que la salud emocional forma parte del cuidado global de la persona mayor.

Criterios de evaluación del aprendizaje y seguimiento

La evaluación puede realizarse mediante observación estructurada de la participación, preguntas de comprobación de comprensión y valoración cualitativa del cambio percibido por participantes y cuidadores. Resulta útil verificar si reconocen al menos algunas señales de alerta, si identifican a qué profesional acudir y si perciben mayor facilidad para hablar de soledad o tristeza. También debe registrarse el número de personas en las que se considera indicado ampliar la valoración, así como la aceptación o no de dicho seguimiento.

Desde una perspectiva de proceso, se consideran indicadores útiles la asistencia a las sesiones, la implicación de cuidadores, la adecuación de materiales, la detectabilidad de casos y la coordinación posterior con otros recursos. Más que medir resultados cerrados a corto plazo, interesa valorar si el programa facilita accesibilidad, visibiliza necesidades y mejora la capacidad del equipo para aproximarse de forma temprana a situaciones de sufrimiento emocional.

Discusión/Conclusiones

La detección de depresión y soledad en personas mayores sigue planteando dificultades clínicas y comunitarias. Una parte del problema reside en la expresión poco específica de los síntomas, en la coexistencia con pluripatología y en la tendencia social a considerar ciertos niveles de aislamiento o tristeza como inherentes a la vejez. Por ello, las intervenciones educativas lideradas por Enfermería pueden ocupar un espacio intermedio de gran valor entre la prevención, la observación y la orientación asistencial.

Su principal fortaleza es que permiten acercarse al malestar emocional desde un registro no estigmatizante. Hablar de cambios en el ánimo, pérdidas de interés, retraimiento o sentimientos de desconexión puede resultar más aceptable para muchas personas mayores que iniciar la conversación desde términos diagnósticos. Además, el formato grupal favorece reconocimiento mutuo, normaliza la consulta y puede abrir vías de apoyo entre iguales, siempre

que la dinámica esté bien conducida y se respete la confidencialidad.

No obstante, la utilidad del programa depende de varios condicionantes. La heterogeneidad funcional y cognitiva de la población mayor obliga a adaptar contenidos, duración y recursos pedagógicos. Las personas con problemas sensoriales, deterioro cognitivo, barreras idiomáticas o escasa alfabetización sanitaria pueden requerir apoyos específicos. También existen límites relacionados con la disponibilidad de tiempo profesional, los circuitos de derivación y la oferta real de recursos comunitarios, aspectos que condicionan la continuidad tras la detección.

Otro elemento relevante es evitar la simplificación. Ni toda soledad implica depresión ni toda depresión se manifiesta como tristeza abierta. La intervención educativa debe ayudar a reconocer matices y a activar valoración profesional cuando el malestar es persistente, interfiere en la vida diaria o se acompaña de deterioro funcional, desesperanza o retraimiento significativo. En este sentido, el programa es especialmente útil cuando se integra en una atención longitudinal y no como actividad aislada.

La participación de cuidadores añade valor clínico y comunitario. Su inclusión amplía la capacidad de observación, mejora la identificación de cambios sutiles y permite abordar la sobrecarga del cuidado, que a menudo repercute en la relación y en la detección de necesidades. Del mismo modo, la coordinación con trabajo social sanitario, recursos comunitarios y dispositivos de atención a la dependencia puede reforzar el impacto de la intervención y reducir respuestas fragmentadas.

En suma, una intervención educativa de Enfermería dirigida a personas mayores y cuidadores puede contribuir a detectar de forma más temprana signos de depresión y soledad, favoreciendo la expresión del malestar y la conexión con recursos de apoyo. Su valor no reside solo en transmitir información, sino en generar espacios de escucha, observación y acompañamiento que ayuden a transformar síntomas invisibilizados en necesidades de cuidado reconocibles y abordables.

Conflicto de intereses

No se identifican conflictos de intereses por parte de los autores en relación con el tema tratado en este artículo.

Financiación

No se ha recibido financiación externa para el desarrollo, redacción o publicación del presente trabajo.

Bibliografía

1. Liu C, Zhang Z, Li C, Meng T, Wang B, Chen J, et al.. Life satisfaction as modifiable CVD prevention target: cross-cultural mediation in aging cohorts.. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2025;11(8):1409-1420. doi: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaf066>
2. Katona CL. Approaches to the management of depression in old age.. *Gerontology*. 1994;40 Suppl 1:5-9. doi: <https://doi.org/10.1159/000213613>
3. Cao W, Cao C, Ren B, Yang J, Chen R, Hu Z, et al.. Complex association of self-rated health, depression, functional ability with loneliness in rural community-dwelling older people.. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):267. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03965-4>
4. Rosická AM, Teckentrup V, Fittipaldi S, Ibanez A, Pringle A, Gallagher E, et al.. Modifiable dementia risk factors associated with objective and subjective cognition.. *Alzheimers Dement*. 2024;20(11):7437-7452. doi: <https://doi.org/10.1002/alz.13885>
5. Curran E, Rosato M, Cooper J, Mc Garrigle CA, Leavey G. Symptom profiles of late-life anxiety and depression: The influence of migration, religion and loneliness.. *Depress Anxiety*. 2019;36(9):824-833. doi: <https://doi.org/10.1002/da.22893>
6. Susanty S, Nadirawati N, Setiawan A, Haroen H, Pebrianti S, Harun H, et al.. Overview of the prevalence of loneliness and associated risk factors among older adults across six continents: A meta-analysis.. *Arch Gerontol Geriatr*. 2025;128:105627. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105627>
7. Cavusoglu C, Ileri I, Tuna Dogrul R, Ozsurekci C, Caliskan H, Cemal Kizilarlanoglu M, et al.. Relationship between psychological pain and death anxiety with comprehensive geriatric assessment in older adults.. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(11):1056-1060. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.14045>
8. P V A, Abdin E, Roystonn K, Devi F, Wang P, Shafie S, et al.. Tracking the Prevalence of Depression Among Older Adults in Singapore: Results From the Second Wave of the Well-Being of Singapore Elderly Study.. *Depress Anxiety*. 2025;2025:9071391. doi: <https://doi.org/10.1155/da/9071391>

ARTÍCULO 05

Programa educativo para gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia

Educational program for pregnant women with hypertension and risk of preeclampsia

Natalia García Serrano · Tomás Navarro Ríos · Julia Cortés Molina

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):50

Autor principal (primer firmante)

Natalia García Serrano

Fecha recepción

02/06/26

Fecha aceptación

05/07/26

Fecha de publicación

10/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:50

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Preeclampsia; Puerperio; Educación del paciente; Hipertensión en el embarazo; Enfermería obstétrica; Autocuidado; Educación para la salud; Salud materno-infantil; Signos de alarma; Lactancia materna

Resumen

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un problema clínico de especial relevancia por su posible repercusión materna y fetal y por la necesidad de vigilancia continuada antes y después del parto. En este contexto, la educación para la salud forma parte del cuidado enfermero, ya que puede favorecer el reconocimiento precoz de signos de alarma, la adherencia al seguimiento y la participación activa de la gestante en su autocuidado.

Objetivos: Diseñar un programa educativo dirigido a gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia, orientado a mejorar conocimientos, promover conductas de autocuidado, reforzar la identificación de síntomas de alerta y facilitar la continuidad de cuidados durante el puerperio y la adaptación inicial a la lactancia materna.

Metodología: Se plantea una propuesta de intervención educativa desde Enfermería obstétrica, de carácter estructurado y adaptable al ámbito hospitalario o de atención primaria. Incluye definición de población diana, contenidos prioritarios, planificación temporal, metodología participativa, materiales de apoyo y criterios de evaluación del aprendizaje y del seguimiento.

Resultados: El programa se organiza en sesiones breves y progresivas centradas en comprensión del proceso hipertensivo, automonitorización cuando esté indicada, hábitos de autocuidado, detección de signos de alarma, preparación para el parto, vigilancia en puerperio, apoyo emocional y recomendaciones generales sobre lactancia. Se contempla la implicación de la pareja o red de apoyo y el refuerzo individual según necesidades clínicas, nivel de alfabetización sanitaria y contexto social.

Discusión/Conclusiones: Una intervención educativa enfermera bien estructurada puede contribuir a una atención más segura y comprensible en gestantes con riesgo hipertensivo, siempre integrada en la valoración clínica y en la coordinación interdisciplinar. Su utilidad depende de la individualización, la accesibilidad de la información y la continuidad asistencial más allá del nacimiento.

Abstract

Introduction: Hypertensive disorders of pregnancy are a relevant clinical issue because of their potential maternal and fetal impact and the need for ongoing surveillance before and after birth. In this setting, health education is part of nursing care, as it may support early recognition of warning signs, adherence to follow-up, and active participation of pregnant women in self-care.

Objectives: To design an educational programme for pregnant women with hypertension and risk of pre-eclampsia, aimed at improving knowledge, promoting self-care behaviours, strengthening recognition of warning symptoms, and supporting continuity of care during the postpartum period and early breastfeeding adaptation.

Methodology: A structured nursing educational intervention is proposed, adaptable to hospital or primary care settings. It includes target population, priority contents, time planning, participatory teaching methods, support materials, and criteria for evaluating learning and follow-up.

Results: The programme is organised into brief progressive sessions focused on understanding hypertensive complications, self-monitoring when indicated, self-care habits, warning signs, preparation for birth, postpartum surveillance, emotional support, and general breastfeeding guidance. Partner or family involvement and individual reinforcement according to clinical needs, health literacy, and social context are also considered.

Discussion/Conclusions: A well-structured nursing educational intervention may contribute to safer and more understandable care in pregnant women at hypertensive risk, provided that it is integrated into clinical assessment and interdisciplinary coordination. Its usefulness depends on individualisation, accessibility of information, and continuity of care beyond childbirth.

Keywords: Pre-Eclampsia; Postpartum Period; Patient Education; Hypertension, Pregnancy-Induced; Obstetric Nursing; Self Care; Health Education; Maternal-Child Health Services; Warning Signs; Breast Feeding

Introducción

La hipertensión durante la gestación exige una atención clínica cuidadosa y una vigilancia enfermera sostenida. Su importancia no se limita al control de cifras tensionales, sino que abarca la detección de cambios clínicos que pueden indicar evolución desfavorable, la valoración del bienestar materno-fetal y la preparación de la mujer y su entorno para responder de forma adecuada ante posibles signos de alarma. En este proceso, la Enfermería obstétrica ocupa una posición estratégica por su proximidad asistencial, su capacidad para traducir la información clínica en mensajes comprensibles y su papel en la continuidad de cuidados.

La preeclampsia y otros trastornos hipertensivos asociados al embarazo pueden presentar una evolución variable. Algunas gestantes inician el seguimiento con síntomas escasos o inespecíficos, lo que dificulta que identifiquen la relevancia de determinados cambios. Cefalea persistente, alteraciones visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, edema de rápida instauración, disminución de movimientos fetales o malestar general progresivo pueden no ser interpretados como motivos de consulta si no ha existido una educación sanitaria previa, clara y adaptada. De ahí que la información no deba limitarse a la entrega de instrucciones, sino que ha de formar parte de un proceso educativo deliberado, repetido y comprensible.

El abordaje educativo también debe contemplar el puerperio. La finalización del embarazo no implica de forma automática la desaparición del riesgo, y algunas complicaciones pueden manifestarse o persistir tras el parto. Esta etapa coincide, además, con una elevada carga física y emocional, cambios en el patrón de sueño, instauración de la lactancia y reorganización familiar, circunstancias que pueden dificultar la percepción de síntomas o la adherencia al seguimiento. Por ello, los cuidados enfermeros deben incorporar mensajes específicos sobre vigilancia posparto, autocuidado y solicitud de ayuda sanitaria.

Otro aspecto relevante es la heterogeneidad de la población diana. No todas las gestantes parten del mismo nivel de alfabetización sanitaria, ni

disponen del mismo apoyo familiar, estabilidad emocional, recursos económicos o capacidad para acudir a controles. Un programa educativo útil necesita flexibilidad metodológica y sensibilidad hacia barreras idiomáticas, culturales, cognitivas o sociales. La estandarización de contenidos esenciales debe combinarse con adaptación individual, evitando enfoques uniformes que no respondan a necesidades reales.

Desde una perspectiva enfermera, la educación para la salud en esta población no solo persigue incrementar conocimientos. También busca fortalecer la autoobservación, mejorar la comunicación con el equipo sanitario, reducir demoras en la consulta ante síntomas sugestivos, favorecer conductas protectoras y facilitar decisiones informadas. Se trata de un componente asistencial vinculado a la seguridad materna y neonatal, a la experiencia del embarazo y a la calidad percibida de los cuidados.

El diseño de un programa estructurado permite ordenar mensajes, unificar criterios educativos entre profesionales y establecer momentos concretos para valorar comprensión, adherencia y necesidades emergentes. Asimismo, facilita la integración con el control clínico habitual, la educación grupal cuando sea posible y el seguimiento telefónico o presencial en función del contexto. Todo ello justifica el desarrollo de una propuesta educativa específica para gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia.

Objetivos

Objetivo general: desarrollar un programa educativo de Enfermería dirigido a gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia que favorezca el conocimiento del proceso, el autocuidado y la detección precoz de signos de alarma a lo largo del embarazo y del puerperio inmediato.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información comprensible sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y su posible evolución clínica.

- Mejorar la capacidad de la gestante para reconocer síntomas y situaciones que requieren valoración profesional sin demora.
- Reforzar medidas generales de autocuidado relacionadas con descanso, seguimiento terapéutico, control domiciliario cuando esté indicado y asistencia a revisiones programadas.
- Favorecer la participación de la pareja o de la red de apoyo en la vigilancia de signos de alarma y en el sostén cotidiano.
- Incorporar contenidos específicos sobre puerperio, continuidad del control tensional y autocuidado tras el parto.
- Ofrecer orientación básica sobre lactancia materna en mujeres con antecedentes de hipertensión gestacional o riesgo de preeclampsia, dentro del marco de valoración clínica individual.
- Establecer criterios de evaluación del aprendizaje y de seguimiento enfermero que permitan adaptar la intervención a cada caso.

Metodología

Se propone un programa de educación para la salud diseñado para su aplicación en consultas de obstetricia, unidades de hospitalización materna, hospitales de día obstétricos o dispositivos de atención primaria con seguimiento de embarazo. La población diana está constituida por gestantes con hipertensión previa al embarazo, hipertensión detectada durante la gestación o factores clínicos que aconsejen vigilancia por riesgo de preeclampsia, siempre dentro del plan de seguimiento establecido por el equipo asistencial.

La intervención se plantea con un formato mixto, combinando sesiones individuales y, cuando la organización del centro lo permita, actividades grupales de pequeño tamaño. La modalidad individual resulta especialmente útil para abordar dudas concretas, revisar barreras de adherencia, adaptar el lenguaje a la alfabetización sanitaria de la gestante y reforzar recomendaciones tras cambios clínicos o ingresos. El formato grupal puede facilitar apoyo entre iguales, intercambio de experiencias y optimización de recursos, siempre

que no sustituya la valoración personal ni la confidencialidad necesaria.

La planificación propuesta se distribuye en varios momentos del proceso asistencial:

- Primer contacto educativo tras la identificación del riesgo o del diagnóstico hipertensivo.
- Sesiones de refuerzo durante el seguimiento obstétrico, ajustadas a la evolución clínica.
- Intervención próxima al parto para revisar signos de alarma y aspectos del posparto.
- Refuerzo en puerperio inmediato y recordatorio de continuidad de cuidados tras el alta.

La duración de cada sesión puede ser breve, con contenidos priorizados y posibilidad de repetición. En este tipo de programas suele ser más efectivo distribuir la información en bloques progresivos que concentrar todos los mensajes en un único encuentro, especialmente cuando la gestante se encuentra preocupada, sintomática o fatigada. El aprendizaje se refuerza mediante repetición de ideas clave, comprobación de comprensión y entrega de material escrito con lenguaje claro.

La metodología educativa debe ser activa y centrada en la persona. Se recomienda combinar explicación verbal estructurada, demostración práctica cuando proceda, uso de preguntas abiertas, resolución de dudas, técnicas de “retorno de la información” para verificar comprensión y participación del acompañante si la mujer lo desea. Los materiales pueden incluir hojas informativas sencillas, registros de autocontrol si están indicados por el equipo clínico, esquemas de signos de alarma y recordatorios sobre vías de contacto con el sistema sanitario.

La evaluación del programa se basa en criterios cualitativos y clínico-educativos, no en resultados experimentales. Se propone valorar si la gestante identifica síntomas de consulta urgente, comprende la finalidad del seguimiento, conoce las recomendaciones generales de autocuidado, verbaliza cómo actuar ante empeoramiento y mantiene continuidad con las revisiones programadas. También debe registrarse la necesidad de refuerzos adicionales, las barreras detectadas y el grado de participación de la red de apoyo.

El papel de Enfermería incluye la valoración inicial de necesidades educativas, la priorización de contenidos, la comunicación continuada con el resto del equipo, la detección de factores de vulnerabilidad y la documentación del proceso educativo. La intervención no sustituye la valoración médica ni establece pautas terapéuticas cerradas; se integra en el plan asistencial global y se adapta a los protocolos vigentes en cada centro.

Resultados

Como resultado del diseño propuesto, el programa queda estructurado en áreas de contenido que pueden impartirse de forma secuencial o modular según la situación de cada gestante. La organización en bloques facilita la individualización sin perder coherencia educativa.

Comprensión del problema de salud

El primer bloque se orienta a explicar, con lenguaje accesible, qué significa presentar hipertensión durante el embarazo y por qué requiere seguimiento. No se persigue una descripción fisiopatológica compleja, sino que la mujer comprenda que determinadas alteraciones pueden afectar a su bienestar y al del feto y que el control periódico permite detectar cambios que exigen actuación. Es útil diferenciar entre sentirse bien y estar realmente fuera de riesgo, ya que la ausencia de síntomas no excluye la necesidad de vigilancia.

En esta fase, la enfermera explora conocimientos previos, creencias, preocupaciones y posibles interpretaciones erróneas. Algunas mujeres asocian la hipertensión exclusivamente con el estrés emocional o con antecedentes familiares, mientras que otras minimizan la necesidad de seguimiento si han tenido embarazos previos sin complicaciones. Identificar estos discursos permite adaptar mejor la intervención.

Autocuidado y seguimiento cotidiano

El segundo bloque aborda conductas de autocuidado. Se revisan de forma general medidas como respetar las revisiones programadas, seguir el tratamiento prescrito, evitar la automedicación, mantener un patrón de descanso razonable dentro de las posibilidades reales y consultar ante dificultades para cumplir indicaciones. Cuando el equipo clínico haya recomendado monitorización domiciliaria de la presión arterial, la enfermera puede enseñar aspectos prácticos sobre preparación, registro y comunicación de incidencias, comprobando que la técnica se realiza de manera adecuada.

La alimentación debe tratarse con prudencia y sin mensajes simplistas. Más que transmitir listados rígidos, conviene reforzar hábitos equilibrados, hidratación adecuada según indicación clínica y aclarar dudas frecuentes sobre sal, suplementos o productos de herbolario. En mujeres con náuseas, vómitos, escaso apetito o dificultades sociales para mantener una dieta suficiente, el consejo debe coordinarse con la valoración clínica y social correspondiente.

También se incorpora la gestión de la actividad diaria. No todas las gestantes requieren las mismas limitaciones, por lo que la enfermera ha de evitar recomendaciones universales. El mensaje central consiste en adaptar el ritmo de actividad a la situación clínica, reconocer el agotamiento desproporcionado y consultar cuando existan dudas sobre trabajo, desplazamientos o ejercicio habitual.

Signos de alarma y toma de decisiones

Este bloque constituye uno de los ejes del programa. La educación debe lograr que la gestante y su acompañante identifiquen síntomas que requieren valoración sanitaria: cefalea intensa o persistente, alteraciones visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, disnea, empeoramiento súbito del edema, disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, convulsiones o deterioro general. No basta con enumerarlos; es necesario trabajar cómo actuar, a qué recurso acudir y por qué no conviene esperar a la revisión ordinaria si los síntomas aparecen.

En la práctica, la comprensión mejora cuando se plantean situaciones concretas y se solicita a la mujer que explique qué haría ante cada una. Este procedimiento permite detectar falsas seguridades, tendencia a consultar tardíamente o dependencia excesiva de la opinión del entorno. La educación sanitaria, en este punto, se vincula directamente con la seguridad clínica.

Preparación para el parto y hospitalización

Las gestantes con hipertensión o riesgo de preeclampsia suelen beneficiarse de información anticipada sobre posibles escenarios asistenciales. Sin entrar en decisiones obstétricas que corresponden a la valoración clínica, la enfermera puede explicar que la necesidad de controles más frecuentes, observación hospitalaria o modificaciones del plan inicialmente imaginado no implica necesariamente una evolución desfavorable, sino una medida de vigilancia. Esta información reduce incertidumbre y mejora la colaboración durante ingresos o procedimientos.

Además, conviene revisar aspectos prácticos: documentación clínica, plan de apoyo familiar, organización del cuidado de otros hijos si existen, traslado al centro sanitario y preparación emocional para cambios en el proceso de parto. En mujeres con ansiedad manifiesta, experiencias obstétricas previas negativas o escaso apoyo, puede ser necesario reforzar el acompañamiento y coordinar atención psicológica o social si procede.

Continuidad de cuidados en puerperio

El programa incorpora un bloque específico posparto, a menudo infraestimado por la propia mujer y por su entorno. La educación debe insistir en que la vigilancia continúa tras el nacimiento y en que síntomas como cefalea persistente, alteraciones visuales, dolor torácico, disnea, dolor abdominal intenso o malestar llamativo deben motivar consulta. Asimismo, se recuerda la importancia de las revisiones, del control tensional si está indicado y del cumplimiento del tratamiento pautado al alta.

En esta etapa resulta útil valorar la sobrecarga física, la privación de sueño, el estado emocional y la capacidad real de autocuidado. La adaptación al nuevo rol, especialmente tras un embarazo clínicamente complejo o un parto con incidencias,

puede interferir en la atención a la propia salud. Enfermería debe reforzar que el bienestar materno no es secundario al cuidado del recién nacido, sino parte inseparable del mismo.

Lactancia materna y apoyo inicial

La lactancia puede generar dudas adicionales en mujeres que han precisado vigilancia estrecha, ingreso o tratamiento farmacológico. El programa educativo ofrece orientación general sobre inicio de la lactancia, necesidad de apoyo práctico y conveniencia de consultar la compatibilidad de la medicación con el amamantamiento dentro de la valoración individual. La enfermera puede ayudar a desmontar creencias erróneas frecuentes, reducir la ansiedad asociada al miedo a “no poder dar el pecho” y derivar a recursos de apoyo si existen dificultades de agarre, dolor o inseguridad persistente.

Cuando la situación clínica materna o neonatal condicione el inicio de la lactancia, la intervención educativa debe mantener un enfoque no culpabilizador. El objetivo es sostener decisiones informadas y seguras, preservando el vínculo y la confianza de la madre en su capacidad de cuidado.

Participación de la familia y adaptación sociocultural

La inclusión de la pareja o de la persona de apoyo mejora la retención de información y facilita la observación compartida de signos de alarma. No obstante, esta participación debe respetar la autonomía de la gestante y su deseo de intimidad. En contextos de barrera idiomática, bajo nivel de alfabetización, vulnerabilidad social o dificultades de acceso al sistema sanitario, el programa requiere adaptaciones adicionales: lenguaje más visual, mensajes breves, repetición de contenidos, coordinación con trabajo social y búsqueda de canales de contacto realistas.

La dimensión emocional también merece atención específica. El miedo a complicaciones, la hospitalización imprevista o la separación temporal del recién nacido pueden aumentar angustia, sensación de pérdida de control y cansancio. La escucha terapéutica, la validación emocional y la detección de necesidades de apoyo complementario forman parte del contenido

práctico del programa, aunque no siempre aparezcan como un bloque diferenciado.

Evaluación del aprendizaje y seguimiento enfermero

La evaluación no debe centrarse únicamente en preguntar si la mujer “ha entendido”. Resulta más útil comprobar si puede explicar con sus palabras por qué necesita seguimiento, qué síntomas requieren consulta urgente, cómo registrar la presión arterial cuando corresponda y qué cuidados debe mantener tras el alta. También puede valorarse si identifica a la persona de apoyo, si dispone de medios para acudir al centro sanitario y si expresa dudas no resueltas.

Como indicadores prácticos de seguimiento pueden emplearse la asistencia a revisiones, la necesidad de reeducación sobre signos de alarma, la correcta utilización de registros domiciliarios cuando estén prescritos y la demanda de ayuda ante incidencias. Estos elementos orientan la intensidad del refuerzo educativo y permiten priorizar a las mujeres con mayor vulnerabilidad clínica o social.

Discusión/Conclusiones

El programa educativo propuesto responde a una necesidad asistencial frecuente en el seguimiento de gestantes con hipertensión y riesgo de preeclampsia: transformar información clínica compleja en herramientas de autocuidado comprensibles y aplicables. Su principal aportación desde Enfermería radica en conectar vigilancia, educación y acompañamiento en un mismo proceso, evitando que la enseñanza quede reducida a recomendaciones fragmentadas o poco contextualizadas.

Una fortaleza del enfoque es su carácter longitudinal. La educación sanitaria en este ámbito no debería entenderse como una intervención aislada, sino como una secuencia de mensajes y comprobaciones que acompañan la evolución del embarazo, el parto y el puerperio. Esta continuidad favorece la consolidación del aprendizaje, permite detectar barreras emergentes y mejora la adaptación del contenido al momento clínico y emocional de cada mujer.

También destaca la incorporación del puerperio y de la lactancia inicial dentro del plan educativo. Con frecuencia, la atención se concentra en el riesgo antenatal y en el momento del parto, mientras que el posparto queda relegado a instrucciones breves en el alta. Sin embargo, la persistencia o aparición de síntomas en esta etapa, junto con la sobrecarga inherente al cuidado neonatal, justifican un refuerzo específico. La educación enfermera puede contribuir a que la mujer no normalice manifestaciones que requieren valoración profesional y a que mantenga contacto con los recursos asistenciales.

El programa, no obstante, presenta límites de aplicabilidad que dependen de la organización de cada centro. La presión asistencial, la escasez de tiempo en consulta, la variabilidad en circuitos entre atención primaria y hospitalaria y las desigualdades en alfabetización sanitaria pueden dificultar su implantación homogénea. Asimismo, no todas las gestantes pueden beneficiarse por igual de materiales escritos o de sesiones grupales, por lo que la flexibilidad metodológica no es un valor añadido, sino una condición necesaria.

La coordinación interdisciplinar constituye otro elemento decisivo. La coherencia entre los mensajes ofrecidos por matronas, enfermeras, obstetras, personal de hospitalización y pediatría evita contradicciones y mejora la confianza de la paciente. Del mismo modo, la identificación precoz de vulnerabilidad psicosocial, salud mental perinatal alterada o dificultades para el cumplimiento terapéutico permite ampliar el alcance del programa más allá de la mera transmisión de información.

Desde la práctica enfermera, la propuesta es útil como marco organizador de contenidos, pero debe individualizarse según diagnóstico, gravedad, tratamiento, edad gestacional, antecedentes, contexto familiar y recursos disponibles. Su finalidad no es protocolizar de manera rígida la educación, sino asegurar que ninguna gestante con riesgo hipertensivo quede sin información esencial sobre autocuidado, vigilancia y continuidad tras el parto.

En síntesis, un programa educativo estructurado, prudente y adaptable puede contribuir a mejorar la experiencia asistencial y a reforzar la seguridad en

mujeres con hipertensión y riesgo de preeclampsia. Su valor reside menos en la cantidad de información transmitida que en la capacidad de Enfermería para convertir esa información en comprensión, decisiones oportunas y cuidados sostenidos en el tiempo.

Conflicto de intereses

Los autores comunican que no tienen conflictos de intereses vinculados al desarrollo o publicación de este artículo.

Financiación

Los autores declaran que este artículo no ha contado con financiación externa.

Bibliografía

1. Ashworth DC, Maule SP, Stewart F, Nathan HL, Shennan AH, Chappell LC. Setting and techniques for monitoring blood pressure during pregnancy.. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8):CD012739. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012739.pub2>
2. Umamah F, Santoso B, Yunitasari E, Nisa F, Wulandari Y. The effectiveness of psycho-educational counseling in pregnant women with preeclampsia: A systematic review.. *J Public Health Res*. 2022;11(3):22799036221104161. doi: <https://doi.org/10.1177/22799036221104161>
3. Zuspan FP, Rayburn WF. Blood pressure self-monitoring during pregnancy: practical considerations.. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164(1 Pt 1):2-6. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(91\)90613-v](https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90613-v)
4. Barton JR, Istwan NB, Rhea D, Collins A, Stanziano GJ. Cost-savings analysis of an outpatient management program for women with pregnancy-related hypertensive conditions.. *Dis Manag*. 2006;9(4):236-41. doi: <https://doi.org/10.1089/dis.2006.9.236>
5. Parsa S, Khajouei R, Baneshi MR, Aali BS. Improving the knowledge of pregnant women using a pre-eclampsia app: A controlled before and after study.. *Int J Med Inform*. 2019;125:86-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.03.001>
6. O'Kelly AC, Michos ED, Shufelt CL, Vermunt JV, Minissian MB, Quesada O, et al.. Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women.. *Circ Res*. 2022;130(4):652-672. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319895>

7. Harris M, Henke C, Hearst M, Campbell K. Future Directions: Analyzing Health Disparities Related to Maternal Hypertensive Disorders.. *J Pregnancy*. 2020;2020:7864816. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/7864816>
8. Chen C, Zhai J, Hu S, Liu X, Tu X, Li B, et al.. Effects of different physical exercise types on health outcomes of individuals with hypertensive disorders of pregnancy: a prospective randomized controlled clinical study.. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2024;37(1):2421278. doi: <https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2421278>
9. Morooka H, Haug EB, Malmo V, Loennechen JP, Ellekjær H, Sen A, et al.. Adverse pregnancy outcomes and risk of atrial fibrillation: findings from the HUNT study.. *Eur J Prev Cardiol*. 2025;32(10):845-854. doi: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf233>
10. Jancsura MK, Helsabeck NP, Wirth MD, Griffis H, Hatfield T, Ferries-Rowe EA, et al.. Association of Periconceptional Dietary Inflammatory Index and Hypertensive Disorders of Pregnancy and Its Subtype.. *Am J Reprod Immunol*. 2025;94(1):e70122. doi: <https://doi.org/10.1111/aji.70122>
11. Meazaw MW, Chojenta C, Muluneh MD, Loxton D. Factors associated with hypertensive disorders of pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic and meta-analysis.. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237476. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237476>
12. Boyer TM, Barrett RB, Xiong C, Bu F, Bhansali RA, Wallace AS, et al.. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Premature Cardiovascular Disease in a Diverse Cohort of Young US Women.. *Circulation*. 2026;153(7):480-492. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.125.078057>
13. Ghisi GLM, Banks L, Cotie LM, Pakosh M, Pollock C, Nerenberg K, et al.. Women's Knowledge of Future Cardiovascular Risk Associated With Complications of Pregnancy: A Systematic Review.. *CJC Open*. 2024;6(2Part B):182-194. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2023.07.010>

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada,
Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

10 DE JULIO DE 2026

Vol. I · N.º 7 · Julio 2026

Artículos 46-50

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria