

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 7

EDICIÓN DIARIA

27 de julio de 2026

Lunes · Artículos 131-135

27

EN ESTA EDICIÓN

- 01 Guía de actuación para prevención y manejo inicial del delirium en pacientes mayores ingresados
- 02 Optimización de la detección de depresión y soledad en personas mayores
- 03 Mejora de la vinculación terapéutica en personas con trastornos psicóticos
- 04 Plan de mejora para educación sobre signos de alarma en hipertensión del embarazo
- 05 Optimización del apoyo familiar en la atención inicial al politraumatismo

EDICIÓN DIARIA 27

Sumario

27 de julio de 2026

-
- | | | |
|----|--|--------|
| 01 | Guía de actuación para prevención y manejo inicial del delirium en pacientes mayores ingresados | 03 |
| | Clara Benítez Romero · Álvaro Molina Serrano · Nerea Castillo Pardo | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):131 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 02 | Optimización de la detección de depresión y soledad en personas mayores | 10 |
| | Marina Solís Navarro · Andrés Fernández Rivas | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):132 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 03 | Mejora de la vinculación terapéutica en personas con trastornos psicóticos | 18 |
| | Jorge Navarro Medina · Elena Vargas Prieto · Rocío Sánchez Gil · Pablo Ibáñez Cortés | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):133 | |
-
- | | | |
|----|---|--------|
| 04 | Plan de mejora para educación sobre signos de alarma en hipertensión del embarazo | 26 |
| | Marta Vidal Herrera · Raúl Gómez Salcedo · Irene Campos Núñez · David León Morales · Paula Ríos Fuentes | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):134 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 05 | Optimización del apoyo familiar en la atención inicial al politraumatismo | 33 |
| | Natalia García Serrano · Tomás Navarro Ríos · Julia Cortés Molina | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):135 | |
-

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

Guía de actuación para prevención y manejo inicial del delirium en pacientes mayores ingresados

Action guide for prevention and initial management of delirium in older hospitalized patients

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):131

Autor principal (primer firmante)

Clara Benítez Romero

Fecha recepción

17/06/26

Fecha aceptación

21/07/26

Fecha de publicación

27/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:131

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Protocolos clínicos;
Atención hospitalaria;
Delirio; Anciano frágil;
Seguridad del paciente;
Orientación; Intervenciones de Enfermería;
Hospitalización;
Planificación de cuidados;
Infecciones respiratorias

Resumen

Introducción: El delirium constituye una alteración aguda de la atención, la conciencia y la cognición que aparece con frecuencia en personas mayores hospitalizadas, especialmente cuando concurren fragilidad, infección, inmovilidad, deterioro sensorial, polifarmacia o cambios bruscos del entorno. Su presencia se asocia a complicaciones asistenciales relevantes y exige una respuesta clínica precoz, estructurada y centrada en la seguridad del paciente.

Objetivos: Proponer una guía de actuación enfermera para la prevención y el manejo inicial del delirium en pacientes mayores ingresados, orientada a la detección precoz, la reducción de factores precipitantes, la preservación de la funcionalidad y la coordinación con el equipo interdisciplinar.

Metodología: Se desarrolla una guía práctica de intervención de aplicación hospitalaria basada en el proceso de valoración enfermera, la identificación de factores predisponentes y precipitantes, la priorización de medidas no farmacológicas y la definición de criterios de seguimiento clínico y de seguridad.

Resultados: La propuesta organiza la actuación en cuatro áreas: identificación de pacientes de riesgo, valoración inicial ante cambios conductuales o cognitivos, intervención enfermera inmediata y reevaluación continuada. Se incluyen medidas de orientación, control ambiental, higiene del sueño, movilización, hidratación, manejo del dolor, revisión de dispositivos, detección de retención urinaria o estreñimiento, vigilancia de la oxigenación y comunicación con familia y equipo asistencial. Se subraya la importancia de considerar infecciones respiratorias y otros procesos agudos como posibles desencadenantes.

Discusión/Conclusiones: El abordaje enfermero del delirium debe integrarse en la atención hospitalaria ordinaria y adaptarse a la complejidad clínica de cada persona mayor. Una actuación sistemática puede contribuir a disminuir situaciones de riesgo, mejorar la detección precoz y favorecer cuidados más seguros y humanizados, siempre en coordinación con los protocolos vigentes de cada centro.

Abstract

Introduction: Delirium is an acute disturbance of attention, awareness and cognition that frequently affects older hospitalized patients, particularly in the presence of frailty, infection, immobility, sensory impairment, polypharmacy or abrupt environmental changes. Its occurrence is associated with relevant care-related complications and requires an early, structured and patient-safety-oriented response.

Objectives: To provide a nursing action guide for the prevention and early management of delirium in hospitalized older adults, focused on early recognition, reduction of precipitating factors, preservation of function and coordination with the interdisciplinary team.

Methodology: A practical hospital-based intervention guide is presented, grounded in nursing assessment, identification of predisposing and precipitating factors, prioritization of non-pharmacological measures and definition of clinical monitoring and safety criteria.

Results: The proposal is organized into four areas: identification of high-risk patients, initial assessment when behavioral or cognitive changes appear, immediate nursing interventions and ongoing reassessment. It includes orientation strategies, environmental regulation, sleep promotion, mobilization, hydration, pain management, review of devices, detection of urinary retention or constipation, monitoring of oxygenation and communication with relatives and the care team. Respiratory tract infections and other acute conditions are considered potential triggers.

Discussion/Conclusions: Nursing management of delirium should be integrated into routine hospital care and adjusted to the clinical complexity of each older person. A systematic approach may help reduce risk situations, improve early detection and support safer, more humane care, always in accordance with local protocols.

Keywords: Clinical Protocols; Hospital Care; Delirium; Frail Elderly; Patient Safety; Orientation; Nursing Interventions; Hospitalization; Patient Care Planning; Respiratory Tract Infections

Introducción

El delirium, también denominado síndrome confusional agudo en la práctica clínica, representa uno de los problemas más relevantes en la hospitalización de personas mayores. Se caracteriza por un inicio agudo o subagudo, curso fluctuante y alteración de la atención, del nivel de conciencia o de otras funciones cognitivas. Su expresión clínica es heterogénea: puede manifestarse con agitación, desorientación y conducta disruptiva, pero también con somnolencia, apatía, lentitud psicomotriz o retraimiento. Esta variabilidad favorece el infradiagnóstico, especialmente cuando predomina la forma hipoactiva.

En el paciente mayor ingresado, el delirium rara vez obedece a una única causa. Suele aparecer por la interacción entre una vulnerabilidad previa y un desencadenante agudo. La fragilidad, el deterioro cognitivo previo, los déficits visuales o auditivos, la dependencia funcional, la desnutrición, la inmovilidad y la polifarmacia aumentan la susceptibilidad. Sobre este terreno pueden actuar factores precipitantes propios del ingreso, como infección, insuficiente control del dolor, hipoxemia, deshidratación, cambios del entorno, privación de sueño, procedimientos invasivos, retención urinaria, estreñimiento o determinados tratamientos.

Desde la perspectiva enfermera, el delirium tiene una especial trascendencia porque afecta a la seguridad, a la comunicación terapéutica, al descanso, a la movilidad y a la capacidad del paciente para participar en sus cuidados. Además, incrementa la probabilidad de caídas, autoarranque de dispositivos, rechazo de tratamientos y deterioro funcional durante la estancia. Su aparición obliga a diferenciar una alteración aguda de una situación basal previa, detectar causas reversibles y establecer medidas de contención terapéutica no farmacológica en un margen temporal breve.

La enfermera ocupa una posición central en esta detección precoz. Su presencia continuada junto al paciente permite identificar cambios sutiles en el comportamiento, en la atención o en la interacción con el entorno antes de que la alteración se exprese de manera evidente. También facilita integrar

información procedente de la familia o de cuidadores habituales, esencial para distinguir la situación habitual de la nueva. Por ello, disponer de una guía de actuación orientativa resulta útil para homogeneizar la respuesta clínica, favorecer la continuidad de cuidados y reducir la variabilidad asistencial.

El interés de este abordaje es todavía mayor cuando el ingreso se produce por procesos agudos frecuentes en personas mayores, incluidas las infecciones respiratorias. En estos cuadros pueden coexistir fiebre, hipoxemia, fatiga, cambios del patrón del sueño, aislamiento, limitación de la movilidad y administración de múltiples tratamientos, todos ellos elementos que pueden contribuir al desarrollo o agravamiento del delirium. La intervención enfermera debe contemplar esta complejidad y situar la valoración cognitiva y conductual al mismo nivel que la vigilancia de otros parámetros clínicos.

Objetivos

El objetivo general es ofrecer una guía de actuación enfermera para la prevención y el manejo inicial del delirium en pacientes mayores ingresados, aplicable al ámbito hospitalario y orientada a la seguridad clínica.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Identificar factores de vulnerabilidad y precipitantes frecuentes en personas mayores hospitalizadas.
- Describir una valoración inicial estructurada ante la sospecha de delirium o ante cambios agudos en la conducta, la atención o el nivel de alerta.
- Priorizar intervenciones enfermeras no farmacológicas dirigidas a reducir factores modificables y a sostener la orientación, el confort y la funcionalidad.
- Delimitar criterios básicos de monitorización, reevaluación y comunicación con el equipo interdisciplinar.
- Favorecer una práctica asistencial prudente, adaptable a la situación clínica individual y a los procedimientos propios de cada centro.

Metodología

Se presenta una guía de intervención de carácter práctico elaborada a partir del proceso de Enfermería y del conocimiento clínico habitualmente aceptado sobre el delirium en personas mayores hospitalizadas. El planteamiento se orienta a unidades de hospitalización de adultos en las que la enfermera participa de forma continuada en la valoración, vigilancia y coordinación de cuidados.

La guía se estructura en torno a cuatro momentos asistenciales: detección del riesgo al ingreso o durante la estancia, valoración inicial ante cambios sugestivos, aplicación de medidas inmediatas de prevención o contención terapéutica no farmacológica y seguimiento evolutivo. Este enfoque pretende ser operativo y compatible con la práctica diaria, sin sustituir los protocolos locales ni las decisiones clínicas del equipo responsable.

Para la valoración se consideran datos de observación directa, entrevista con paciente y familia, revisión de antecedentes relevantes, análisis de factores desencadenantes y registro evolutivo de la situación funcional y cognitiva. La propuesta no se formula como protocolo universal cerrado; debe individualizarse según el motivo de ingreso, el estado basal, el nivel de fragilidad, la presencia de infección u otras complicaciones, y la organización asistencial de cada unidad.

El documento pone el acento en medidas no farmacológicas por ser las que con mayor frecuencia recaen en la competencia enfermera y porque su implementación precoz puede mejorar el entorno terapéutico y disminuir estímulos desorganizadores. Cuando existan signos de gravedad, alteración clínica aguda o riesgo inminente para el paciente o terceros, la actuación debe integrarse de inmediato con la valoración médica y las medidas de seguridad establecidas en el centro.

Resultados

Identificación del paciente de riesgo

La prevención comienza con la detección de personas con mayor susceptibilidad. Conviene prestar especial atención a pacientes de edad avanzada con fragilidad, antecedentes de deterioro cognitivo o episodios previos de confusión aguda, dependencia para actividades básicas, problemas de visión o audición, inmovilidad, deshidratación, malnutrición, consumo de múltiples fármacos o ingreso por proceso infeccioso, respiratorio o quirúrgico.

La valoración inicial de Enfermería debe recoger, además del motivo de ingreso, el estado funcional previo, el patrón habitual de sueño, la continencia, la existencia de dolor, la capacidad para orientarse y comunicarse y el grado de apoyo familiar. Disponer de esta información permite detectar con mayor rapidez cambios agudos respecto a la situación basal y ajustar medidas preventivas desde las primeras horas de hospitalización.

En pacientes de alto riesgo es recomendable incorporar de manera temprana intervenciones sencillas: presentación frecuente del profesional, recordatorio del lugar y del motivo del ingreso, uso de reloj y calendario visibles, acceso a gafas y audífonos si los utilizan habitualmente, adecuación de la iluminación y reducción de interrupciones nocturnas evitables. Estas actuaciones, aunque aparentemente básicas, forman parte de una estrategia global de preservación cognitiva.

Valoración inicial ante sospecha de delirium

La sospecha suele surgir cuando aparece desorientación repentina, fluctuación del estado mental, dificultad para mantener la atención, inversión del ritmo sueño-vigilia, discurso incoherente, irritabilidad, enlentecimiento inusual o rechazo inesperado a la alimentación y a los cuidados. La observación enfermera debe incluir no solo lo que el paciente dice, sino cómo se relaciona con el entorno, si reconoce a las personas, si sigue instrucciones sencillas y si su nivel de alerta cambia a lo largo del turno.

En esta fase es prioritario determinar si se trata de un cambio agudo con respecto a la situación habitual. La información aportada por familiares o

cuidadores resulta especialmente valiosa, ya que ayuda a diferenciar delirium, demencia previa, depresión, fatiga intensa o efectos secundarios de medicación. La coexistencia de deterioro cognitivo previo no excluye delirium; al contrario, puede aumentar la susceptibilidad y dificultar el reconocimiento.

La valoración inicial debe orientarse a identificar causas potencialmente reversibles y problemas de seguridad inmediatos. Resulta pertinente revisar la presencia de fiebre o infección, dificultad respiratoria, signos de hipoxemia, dolor mal controlado, retención urinaria, estreñimiento, inmovilidad prolongada, privación de sueño, ayuno, escasa ingesta hídrica, cambios recientes de medicación y existencia de sondas, vías, oxigenoterapia u otros dispositivos que puedan generar malestar o favorecer la agitación. También es necesario valorar riesgo de caídas, de deambulación insegura y de retirada accidental de dispositivos.

El registro debe ser claro, cronológico y descriptivo. Es preferible consignar conductas observables y cambios respecto al estado previo antes que etiquetas inespecíficas. Expresiones como “se muestra desatento”, “no mantiene el hilo de la conversación”, “invierte el ciclo sueño-vigilia” o “presenta fluctuaciones del nivel de alerta durante el turno” facilitan la comunicación clínica y la continuidad asistencial.

Intervenciones enfermeras inmediatas

Una vez detectada la sospecha, el primer objetivo es crear un entorno más seguro y menos desorganizador. La aproximación debe ser calmada, con instrucciones breves, tono de voz sereno y contacto terapéutico respetuoso. Conviene evitar confrontaciones, discusiones sobre ideas erróneas o sobreestimulación verbal. La reorientación frecuente, sencilla y repetida puede resultar útil cuando el paciente tolera la interacción y no aumenta su ansiedad.

La habitación debe favorecer la orientación espacial y temporal. Siempre que sea posible, se recomienda mantener objetos conocidos, luz diurna durante el día, penumbra adecuada por la noche y reducción de ruidos innecesarios. La continuidad de cuidadores y profesionales, cuando

la organización lo permita, puede disminuir la desorganización. Cambios frecuentes de habitación o interrupciones nocturnas no imprescindibles deberían minimizarse.

La movilización precoz y la prevención del encamamiento mantenido forman parte del manejo inicial. Permanecer inmóvil durante largos periodos favorece pérdida funcional, alteraciones del sueño y mayor desorientación. La enfermera debe valorar la tolerancia a sedestación, cambios posturales, marcha asistida o ejercicios simples, coordinando estas medidas con fisioterapia si procede y con el nivel de estabilidad clínica del paciente.

La hidratación y la nutrición requieren seguimiento estrecho. El delirium puede acompañarse de disminución de la ingesta, dificultad para usar cubiertos, somnolencia o rechazo intermitente de alimentos. Es útil fraccionar las tomas, ofrecer ayuda durante la comida, vigilar signos de disfagia cuando existan y registrar de forma evolutiva la ingesta real. La sequedad de mucosas, el ayuno prolongado o la descompensación metabólica pueden actuar como factores agravantes.

El manejo del dolor debe formar parte de la valoración continuada. En personas mayores, el dolor no siempre se verbaliza con claridad y puede expresarse mediante inquietud, resistencia a la movilización o cambios de conducta. La revisión de analgesia pautada, la identificación de procedimientos dolorosos y el uso de medidas de confort complementarias pueden contribuir a reducir respuestas confusionales o de agitación.

Otro aspecto esencial es la revisión sistemática de factores físicos desencadenantes. Debe valorarse si existe globo vesical, estreñimiento, incomodidad por dispositivos, hipoglucemia, necesidad de higiene, ropa mojada, temperatura ambiental inadecuada o privación sensorial por ausencia de gafas o audífonos. En pacientes ingresados por infección respiratoria o cuadro pulmonar agudo, la vigilancia de la saturación de oxígeno, del trabajo respiratorio y de la tolerancia a la oxigenoterapia cobra especial relevancia, ya que la hipoxemia puede contribuir a la alteración del estado mental.

La participación de la familia o de la persona cuidadora habitual suele ser de utilidad cuando se

maneja de manera ordenada. Pueden colaborar en la reorientación, aportar información sobre hábitos, facilitar objetos conocidos y tranquilizar al paciente. También conviene explicarles la naturaleza fluctuante del cuadro y la necesidad de mantener una comunicación calmada y sencilla para evitar incrementos de estímulo o ansiedad.

Seguridad del paciente y contención terapéutica

La seguridad debe abordarse sin recurrir de forma automática a medidas restrictivas. Ante riesgo de caída o de retirada de dispositivos, resulta preferible intensificar la supervisión, acercar el timbre, ajustar la cama a posición baja, despejar obstáculos, acompañar al baño, revisar la necesidad real de sondas y mantener una observación más frecuente. La restricción física puede aumentar el miedo, la agitación y las lesiones, por lo que su eventual uso exige valoración clínica, indicación conforme a normativa y aplicación proporcional al riesgo.

En caso de agitación intensa, conducta no colaboradora o alteración grave del juicio, la prioridad es descartar causas orgánicas inmediatas y proteger al paciente. El abordaje debe ser interdisciplinar, con comunicación precoz al equipo médico, especialmente si existe compromiso respiratorio, fiebre, deterioro hemodinámico, disminución marcada del nivel de conciencia o imposibilidad para administrar cuidados esenciales. La enfermera, además de contener el entorno, aporta datos clave sobre inicio, fluctuación, desencadenantes y respuesta a intervenciones previas.

Comunicación clínica y continuidad de cuidados

La evolución del delirium puede cambiar en pocas horas, por lo que la transmisión de información entre turnos es determinante. Deben comunicarse el estado basal conocido, las variaciones observadas, los factores precipitantes sospechados, las medidas aplicadas y la respuesta obtenida. Un registro incompleto favorece interpretaciones erróneas, repeticiones innecesarias y pérdida de oportunidades terapéuticas.

La coordinación con medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social o farmacia, según disponibilidad del centro, enriquece el abordaje. La revisión de tratamientos, la adecuación de ayudas

técnicas, la planificación de movilización y la preparación del alta requieren una visión conjunta. Si el episodio de delirium persiste o deja secuelas funcionales, conviene anticipar necesidades de apoyo, educación a la familia y seguimiento posterior.

Criterios de reevaluación

La respuesta a las intervenciones debe reevaluarse de manera continuada. Son indicadores clínicos de interés la mejoría o empeoramiento de la atención, la capacidad para reconocer el entorno, la calidad del sueño, la tolerancia a la movilización, la ingesta, el nivel de cooperación con los cuidados y la disminución de conductas de riesgo. También debe reevaluarse si persisten posibles desencadenantes no corregidos o si aparecen nuevos factores durante la estancia.

La prevención no finaliza cuando se reduce la confusión aguda. Tras una mejoría inicial, el paciente mayor puede seguir siendo vulnerable a recaídas si se mantienen inmovilidad, privación de sueño, exceso de estímulos, infección no resuelta o cambios terapéuticos. Por ello, muchas medidas preventivas deben sostenerse hasta que la situación clínica se estabilice y se planifique una transición asistencial segura.

Discusión/Conclusiones

El delirium en personas mayores hospitalizadas no debe interpretarse como una reacción inespecífica propia de la edad ni como una alteración menor del comportamiento. Su presencia obliga a revisar de forma sistemática la situación clínica, el entorno de cuidados y la funcionalidad basal del paciente. Desde Enfermería, la principal fortaleza del abordaje reside en la observación continuada, en la capacidad para reconocer cambios tempranos y en la implantación de medidas no farmacológicas que pueden aplicarse con rapidez y sentido clínico.

La guía propuesta refuerza una idea práctica: muchas de las intervenciones con mayor valor preventivo forman parte del cuidado cotidiano bien organizado. Orientar, escuchar, regular el ambiente, favorecer el descanso, movilizar, hidratar, aliviar el dolor y revisar necesidades básicas no son acciones accesorias, sino componentes esenciales de la seguridad del

paciente mayor. Este enfoque resulta particularmente relevante en ingresos complejos, como los asociados a infecciones respiratorias, donde la alteración del estado general y la carga de tratamientos pueden precipitar descompensaciones cognitivas.

Debe tenerse en cuenta que el delirium presenta gran heterogeneidad clínica. No todos los pacientes se muestran agitados ni todos se benefician de las mismas estrategias con igual intensidad. La forma hipoactiva exige una vigilancia especialmente cuidadosa porque puede pasar desapercibida tras una aparente tranquilidad. Del mismo modo, la coexistencia de demencia, depresión, enfermedad grave o dependencia funcional obliga a individualizar objetivos y expectativas de recuperación.

Esta propuesta no sustituye los procedimientos de cada institución ni las decisiones diagnósticas y terapéuticas del equipo responsable. Su utilidad reside en ofrecer un marco de actuación enfermera coherente, adaptable y centrado en prioridades asistenciales inmediatas. Integrar esta mirada en la práctica hospitalaria puede contribuir a una detección más temprana, a una atención más segura y a una mejor preservación de la dignidad y funcionalidad de las personas mayores ingresadas.

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. Wu CR, Chang KM, Traylor V, Chiu HY. Global incidence and prevalence of delirium and its risk factors in medically hospitalized older patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2025;162:104959. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104959>
2. Zhao Q, Liu S, Zhao H, Dong L, Zhu X, Liu J. Non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older people: An overview of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* 2023;148:104584. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104584>

3. Sadeghirad B, Dodsworth BT, Schmutz Gelsomino N, Goettel N, Spence J, Buchan TA, et al.. Perioperative Factors Associated With Postoperative Delirium in Patients Undergoing Noncardiac Surgery: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2337239. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.37239>
4. Hao X, Zhang H, Zhao X, Peng X, Li K. Risk factors for hospitalization-associated disability among older patients: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2024;101:102516. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102516>
5. Seyffert S, Moiz S, Coghlan M, Balozian P, Nasser J, Rached EA, et al.. Decreasing delirium through music listening (DDM) in critically ill, mechanically ventilated older adults in the intensive care unit: a two-arm, parallel-group, randomized clinical trial. *Trials*. 2022;23(1):576. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06448-w>
6. Wang YY, Yue JR, Xie DM, Carter P, Li QL, Gartaganis SL, et al.. Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2020;180(1):17-25. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446>
7. Zaher-Sánchez S, Satústegui-Dordá PJ, Ramón-Arbués E, Santos-Sánchez JA, Aguilón-Leiva JJ, Pérez-Calahorra S, et al.. The Management and Prevention of Delirium in Elderly Patients Hospitalised in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Nurs Rep*. 2024;14(4):3007-3022. doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep14040219>
8. Veronese N, Solimando L, Bolzetta F, Maggi S, Fiedorowicz JG, Gupta A, et al.. Interventions to prevent and treat delirium: An umbrella review of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev*. 2024;97:102313. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102313>
9. Hsiao CC, Lin CJ, Hasan F, Romadlon DS, Traynor V, Hulu SRK, et al.. Comparative efficacy of nonpharmacological interventions for preventing postoperative delirium in hospitalized older adults: a systematic review and network meta-analysis. *Age Ageing*. 2025;54(9). doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf264>
10. Unal N, Guvenc G, Naharci M. Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomised controlled study. *J Clin Nurs*. 2022;31(7-8):1082-1094. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15973>
11. Zhang S, Cui W, Ding S, Li X, Zhang XW, Wu Y. A cluster-randomized controlled trial of a nurse-led artificial intelligence assisted prevention and management for delirium (AI-AntiDelirium) on delirium in intensive care unit: Study protocol. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298793. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298793>
12. Lei L, Zhang S, Yang L, Yang C, Liu Z, Xu H, et al.. Machine learning-based prediction of delirium 24 h after pediatric intensive care unit admission in critically ill children: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2023;146:104565. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104565>

ARTÍCULO 02

Optimización de la detección de depresión y soledad en personas mayores

Optimizing detection of depression and loneliness in older adults

Marina Solís Navarro · Andrés Fernández Rivas

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

Ref.: CADICE. 2026;1(7):132

Autor principal (primer firmante)

Marina Solís Navarro

Fecha recepción

16/06/26

Fecha aceptación

23/07/26

Fecha de publicación

27/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:132

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Fragilidad; Anciano; Actividades de la vida diaria; Enfermería geriátrica; Seguridad del paciente; Depresión; Soledad; Mejora de la calidad; Apoyo social; Gestión de riesgos

Resumen

Introducción: La depresión y la soledad en las personas mayores constituyen problemas de salud con repercusión funcional, emocional y social. Su identificación puede verse dificultada por la coexistencia de fragilidad, pluripatología, deterioro funcional, pérdidas recientes o formas de expresión clínica poco específicas. En el ámbito asistencial, la detección insuficiente de estas situaciones puede asociarse a mayor vulnerabilidad, peor adherencia a los cuidados y aumento del riesgo de eventos adversos.

Objetivos: Describir una propuesta de mejora orientada a optimizar la detección enfermera de depresión y soledad en personas mayores, integrándola en la valoración habitual, la continuidad asistencial y la gestión del riesgo clínico.

Metodología: Se plantea una propuesta de mejora de la calidad de carácter aplicado, centrada en el proceso asistencial de atención a personas mayores en entornos sanitarios y sociosanitarios. La intervención se estructura a partir de la detección del problema, la definición de puntos críticos del proceso, la incorporación de preguntas de cribado y valoración enfermera, la coordinación interdisciplinar y el seguimiento mediante indicadores de proceso y resultado.

Resultados: La propuesta permite ordenar la valoración de señales de alerta, incorporar la dimensión emocional y social a la práctica enfermera habitual, y reforzar la derivación oportuna cuando proceda. Se identifican como elementos centrales la entrevista clínica, la observación funcional, la valoración del entorno, la participación de la familia o cuidadores y la continuidad entre niveles asistenciales. Entre las barreras destacan la normalización del malestar emocional en la vejez, la presión asistencial y la fragmentación de la información. Como facilitadores se reconocen la accesibilidad de Enfermería, su papel longitudinal y la proximidad al contexto vital de la persona mayor.

Discusión/Conclusiones: La mejora de la detección de depresión y soledad en personas mayores no depende solo de incorporar instrumentos de cribado, sino de consolidar una valoración integral, sensible a la fragilidad y a los determinantes sociales. Enfermería ocupa una posición estratégica para identificar cambios sutiles, promover apoyo social, activar recursos y contribuir a una atención más segura, continuada y centrada en la persona.

Abstract

Introduction: Depression and loneliness in older adults are relevant health concerns with functional, emotional and social consequences. Their identification may be hindered by frailty, multimorbidity, functional decline, recent losses or non-specific clinical presentation. In routine care, underdetection may be associated with increased vulnerability, poorer adherence to care plans and a higher risk of adverse outcomes.

Objectives: To describe a quality improvement proposal aimed at optimizing nursing detection of depression and loneliness in older adults by integrating these dimensions into routine assessment, continuity of care and clinical risk management.

Methodology: An applied quality improvement proposal is presented for the care process of older adults in healthcare and long-term care settings. The intervention is organized around problem identification, analysis of critical points in the care pathway, inclusion of screening questions and nursing assessment, interdisciplinary coordination and follow-up through process and outcome indicators.

Results: The proposal helps structure the assessment of warning signs, include emotional and social dimensions in everyday nursing practice, and strengthen timely referral when needed. Key elements include clinical interview, functional observation, environmental assessment, family or caregiver involvement and continuity across care settings. Main barriers include normalization of emotional distress in old age, workload and fragmented information. Facilitators include nursing accessibility, longitudinal role and closeness to the older person's daily context.

Discussion/Conclusions: Improving the detection of depression and loneliness in older adults does not rely only on adding screening tools, but on consolidating a comprehensive assessment that is sensitive to frailty and social determinants. Nursing holds a strategic position to identify subtle changes, promote social support, mobilize resources and contribute to safer, continuous and person-centred care.

Keywords: Frailty; Aged; Activities of Daily Living; Geriatric Nursing; Patient Safety; Depression; Loneliness; Quality Improvement; Social Support; Risk Management

Introducción

La atención a las personas mayores obliga a mirar más allá del motivo de consulta inmediato. En esta población, el sufrimiento emocional puede expresarse mediante apatía, pérdida de interés, enlentecimiento, insomnio, fatiga, disminución del autocuidado, empeoramiento de la movilidad o abandono de actividades habituales. A ello se suma que la soledad no deseada puede permanecer invisibilizada durante tiempo prolongado, especialmente cuando la persona mantiene una red formal mínima o conserva un funcionamiento aparentemente estable en las actividades básicas de la vida diaria.

Depresión y soledad no son fenómenos equivalentes, aunque con frecuencia se superponen y se potencian entre sí. La primera se relaciona con alteración del estado de ánimo, pérdida de placer, desesperanza o retraimiento; la segunda alude a una vivencia subjetiva de desconexión o insuficiencia de vínculos significativos. Ambas pueden influir en la alimentación, el sueño, la adherencia terapéutica, el control de enfermedades crónicas, la movilidad, la percepción de seguridad y la utilización de recursos sanitarios. En personas con fragilidad, deterioro funcional o escaso apoyo social, el impacto puede ser todavía mayor.

Desde una perspectiva de calidad asistencial, la detección insuficiente de estas situaciones no solo retrasa la respuesta clínica y social, sino que limita la capacidad preventiva del sistema sanitario. Una persona mayor con tristeza persistente, desmotivación y aislamiento progresivo puede consultar de forma repetida por síntomas somáticos, sufrir caídas por desatención del entorno, presentar menor adherencia al tratamiento o mostrar dificultades para el manejo cotidiano de la medicación. Cuando estas manifestaciones no se exploran de forma sistemática, el proceso asistencial se vuelve reactivo y fragmentado.

La práctica enfermera se sitúa en un punto especialmente sensible para identificar estas

necesidades. La cercanía mantenida, la observación longitudinal, la valoración funcional y el contacto con la familia o con cuidadores permiten reconocer cambios discretos que no siempre emergen en una entrevista médica centrada en el problema agudo. En consulta, hospitalización, atención domiciliaria, centros de día o residencias, la Enfermería geriátrica puede detectar señales precoces de retirada social, pérdida de sentido, duelo mal resuelto, sobrecarga del cuidador o disminución de la participación en las actividades cotidianas.

Sin embargo, la identificación precoz no depende exclusivamente de la sensibilidad clínica individual. Requiere procesos definidos, lenguaje común entre profesionales, circuitos de derivación realistas y una cultura asistencial que no normalice el malestar emocional como consecuencia inevitable del envejecimiento. También precisa incorporar la dimensión social a la valoración de seguridad del paciente. Una persona mayor sola, frágil y desmotivada puede encontrarse en situación de riesgo aunque no presente un problema agudo evidente en el momento de la atención.

La optimización de la detección de depresión y soledad debe entenderse, por tanto, como una intervención de mejora de la calidad, con repercusión directa en la seguridad clínica, la continuidad de cuidados y la adecuación de los recursos. Integrar estas dimensiones en la valoración enfermera habitual puede favorecer intervenciones más tempranas, personalizadas y coordinadas.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es describir una propuesta de mejora de la calidad asistencial orientada a optimizar la detección de depresión y soledad en personas mayores desde la práctica enfermera.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Analizar los puntos del proceso asistencial en los que la detección de malestar emocional y aislamiento social puede resultar insuficiente.

- Definir componentes operativos para incorporar la valoración de depresión y soledad a la atención habitual de personas mayores.
- Delimitar el papel de Enfermería en la identificación precoz, la estratificación del riesgo, la coordinación interdisciplinar y la continuidad asistencial.
- Proponer indicadores cualitativos y de proceso que permitan monitorizar la implantación de la mejora.
- Identificar barreras y facilitadores relevantes para su aplicación en distintos entornos asistenciales.

Metodología

Se presenta una propuesta de mejora de la calidad basada en el análisis del proceso asistencial de atención a personas mayores en ámbitos donde Enfermería desarrolla seguimiento continuado: atención primaria, hospitalización, atención domiciliaria y dispositivos sociosanitarios. El trabajo adopta un enfoque aplicado y organizativo, centrado en cómo integrar la detección de depresión y soledad en actividades ya existentes de valoración, seguimiento y prevención de riesgos.

El punto de partida es la identificación de un problema frecuente en la práctica: la presencia de signos emocionales o sociales que quedan relegados ante demandas biomédicas más visibles. Esto puede ocurrir cuando el contacto clínico se limita a revisar tratamiento farmacológico, curas, constantes, control de síntomas físicos o problemas funcionales inmediatos, sin explorar cambios en el estado de ánimo, el sentido de utilidad, la interacción social o la vivencia de la vida cotidiana.

La propuesta se estructura en cuatro ejes. El primero es la incorporación de preguntas de detección temprana en la valoración enfermera inicial y de seguimiento. No se plantea sustituir la valoración clínica integral por un instrumento aislado, sino añadir una exploración breve y dirigida sobre tristeza, desinterés, sensación de soledad, cambios en rutinas, disminución de contactos y percepción de apoyo. El segundo eje es la observación de indicadores indirectos, como deterioro del autocuidado, pérdida de apetito, peor adherencia, evitación de actividades, descuido del

entorno o disminución de la comunicación espontánea.

El tercer eje consiste en reforzar la lectura conjunta de información funcional, emocional y social. La interpretación no debe hacerse de forma lineal, ya que la dependencia incipiente, el dolor persistente, el duelo, la institucionalización, la sobrecarga del cuidador o la inseguridad en el domicilio pueden actuar como factores interrelacionados. El cuarto eje es la activación de respuestas proporcionadas al grado de necesidad detectado, incluyendo educación sanitaria, intervención enfermera de apoyo, coordinación con trabajo social, comunicación con medicina y seguimiento planificado.

Para la evaluación de la propuesta se consideran indicadores de proceso y de organización aplicables según el contexto. Entre ellos pueden incluirse el registro de valoración emocional y social en personas mayores atendidas, la presencia de un plan de seguimiento cuando se detectan señales de alerta, la coordinación documentada con otros profesionales y la revisión de continuidad de cuidados tras alta o cambio de dispositivo asistencial. También resulta útil analizar incidencias cualitativas, como dificultades de registro, tiempos disponibles, aceptación por parte de los profesionales o accesibilidad a recursos comunitarios.

La estrategia de implantación requiere adaptación local. No se presenta como protocolo universal cerrado, sino como una línea de mejora transferible que debe ajustarse a la organización, cartera de servicios, disponibilidad de recursos y perfil clínico de la población atendida.

Resultados

La propuesta de mejora se concreta en un itinerario asistencial breve, factible y escalonado, en el que la detección de depresión y soledad forma parte de la valoración enfermera de rutina en personas mayores con fragilidad, cambios funcionales, consultas repetidas, pérdidas recientes, institucionalización, alta hospitalaria o disminución del apoyo social percibido.

Identificación de oportunidades de detección

Los momentos de mayor rendimiento clínico para detectar estas situaciones suelen ser aquellos en los que la persona mayor experimenta transición, pérdida o cambio en su nivel de autonomía. La visita domiciliaria, el ingreso hospitalario, el alta tras un episodio agudo, el inicio de dependencia en actividades instrumentales, la aparición de caídas o la reducción de la participación social son escenarios especialmente útiles para incorporar esta exploración.

En consulta programada, la enfermera puede integrar preguntas breves en la entrevista de seguimiento: cómo transcurren los días, si mantiene interés por actividades que antes le resultaban agradables, con quién cuenta cuando necesita ayuda, si se siente acompañada o si percibe que su vida cotidiana se ha ido estrechando. Estas preguntas, formuladas con lenguaje claro y sin precipitar conclusiones diagnósticas, favorecen una aproximación respetuosa y menos estigmatizante.

Elementos de la valoración enfermera

La mejora propuesta no reduce la detección a un solo síntoma. Se apoya en una valoración que combina dimensiones clínicas, funcionales y sociales:

- **Estado emocional:** tristeza persistente, irritabilidad, llanto fácil, desesperanza, pérdida de interés, sentimiento de inutilidad o retraimiento.
- **Funcionalidad:** cambios en movilidad, autocuidado, manejo doméstico, preparación de comidas, mantenimiento del entorno o cumplimiento terapéutico.
- **Interacción social:** frecuencia y calidad de contactos, participación en actividades, relaciones significativas y percepción subjetiva de apoyo.
- **Contexto vital:** viudedad, duelo, mudanza, institucionalización, dependencia del cuidador, conflictividad familiar o barreras de accesibilidad.
- **Seguridad del paciente:** riesgo de caídas, errores en la medicación, desnutrición, deshidratación,

abandono de controles y uso inadecuado de recursos sanitarios.

Este enfoque permite diferenciar, hasta donde la valoración enfermera lo facilita, entre malestar adaptativo, aislamiento social, sufrimiento emocional persistente o situaciones que requieren evaluación clínica adicional. También ayuda a evitar interpretaciones simplistas, como atribuir a la edad lo que puede corresponder a un problema de salud mental, o atribuir al estado de ánimo lo que puede relacionarse con dolor no controlado, deterioro cognitivo o sobrecarga del cuidador.

Estratificación práctica del riesgo

Con fines operativos, puede resultar útil distinguir tres niveles de necesidad asistencial. Un primer nivel incluiría personas con malestar leve, apoyo social conservado y funcionalidad estable, en las que procede reforzar escucha terapéutica, seguimiento y promoción de vínculos. Un segundo nivel agruparía situaciones con aislamiento progresivo, pérdida de motivación, dificultades en las actividades de la vida diaria o presencia de fragilidad, donde se recomienda intensificar la vigilancia, revisar el entorno y coordinar recursos. Un tercer nivel correspondería a cuadros de mayor complejidad, con deterioro acusado del autocuidado, sufrimiento emocional intenso, verbalizaciones de desesperanza, abandono terapéutico o sospecha de riesgo relevante, en los que es necesaria una valoración clínica prioritaria y coordinación inmediata con el equipo responsable.

Esta estratificación no sustituye el juicio clínico, pero ordena la respuesta asistencial y reduce la variabilidad entre profesionales.

Intervenciones enfermeras asociadas a la detección

Detectar sin ofrecer continuidad limita el valor de la mejora. Por ello, la propuesta vincula la identificación de señales de alerta con actuaciones enfermeras concretas:

- Establecer una relación terapéutica basada en escucha activa, validación del malestar y respeto por el ritmo comunicativo de la persona mayor.
- Explorar factores precipitantes o mantenedores, como duelo, miedo a la dependencia, reducción

de la movilidad, dolor, sobrecarga familiar o pérdidas relacionales.

- Revisar el impacto sobre alimentación, sueño, adherencia, higiene, seguridad en el domicilio y participación en actividades cotidianas.
- Implicar, cuando proceda, a familia o cuidadores, valorando tanto su disponibilidad como posibles situaciones de sobrecarga o escasa capacidad de apoyo.
- Coordinar con trabajo social sanitario cuando se identifiquen necesidades de apoyo formal, aislamiento, vulnerabilidad económica o problemas en el entorno.
- Comunicar hallazgos al equipo interdisciplinar para valoración diagnóstica, ajuste terapéutico o derivación según el caso.
- Planificar seguimiento enfermero, presencial o domiciliario, con reevaluación del estado emocional, funcional y relacional.

En algunos contextos, la intervención puede incorporar promoción de participación social, orientación hacia recursos comunitarios, entrenamiento en rutinas significativas y apoyo al cuidador. La selección debe individualizarse según situación funcional, preferencias, accesibilidad y capacidad real del entorno.

Registro y continuidad asistencial

Uno de los cambios más relevantes para la mejora de la calidad es transformar hallazgos dispersos en información asistencial útil. El registro debe ser claro, descriptivo y operativo. Resulta preferible consignar observaciones concretas -por ejemplo, disminución marcada del interés por actividades habituales, verbalización de sensación de soledad, deterioro del autocuidado o ausencia de red de apoyo efectiva- antes que anotaciones inespecíficas.

La continuidad asistencial exige que estos datos acompañen a la persona en transiciones entre dispositivos. En altas hospitalarias o cambios de nivel asistencial, conviene reflejar si se han detectado necesidades emocionales o sociales, qué recursos se han activado y qué seguimiento se ha previsto. Esta transferencia reduce el riesgo de pérdida de información y mejora la capacidad de respuesta del equipo receptor.

Barreras para la implantación

Entre las barreras más frecuentes se encuentran la escasez de tiempo en consulta, la priorización de problemas físicos inmediatos, la dificultad para abordar temas emocionales en entrevistas breves y la idea, todavía presente en algunos entornos, de que la tristeza o el aislamiento forman parte natural del envejecimiento. También interfieren la falta de circuitos claros de derivación, la fragmentación entre recursos sanitarios y sociales, y la ausencia de espacios compartidos para revisar situaciones complejas.

Otra barrera relevante es la presentación atípica del malestar emocional en personas mayores. El sufrimiento puede expresarse más como quejas somáticas, desmotivación, irritabilidad o deterioro funcional que como tristeza verbalizada. Si el profesional no integra una mirada amplia, la detección puede retrasarse.

Facilitadores y condiciones de éxito

La propuesta encuentra apoyo en varias fortalezas de la disciplina enfermera: accesibilidad, continuidad de la relación, conocimiento del contexto de vida y capacidad de coordinación. Son facilitadores la existencia de valoración integral geriátrica, registros compartidos, agenda que permita seguimiento de personas vulnerables, trabajo conjunto con medicina y trabajo social, y disponibilidad de recursos comunitarios para combatir el aislamiento.

También favorece la implantación disponer de formación práctica en entrevista clínica con personas mayores, comunicación en situaciones de duelo o soledad, y detección de señales indirectas de depresión. Más que añadir complejidad, la mejora consiste en incorporar sistematicidad a una competencia ya presente en el cuidado enfermero.

Indicadores de seguimiento

Para valorar la implantación pueden utilizarse indicadores sencillos y revisables periódicamente: proporción de personas mayores con registro de valoración emocional y social, presencia de plan de seguimiento en casos con señales de alerta, comunicación documentada con otros profesionales, revisión de necesidades al alta y análisis cualitativo de derivaciones o incidencias relacionadas con aislamiento, abandono terapéutico o deterioro funcional. Estos indicadores deben adaptarse a cada organización y utilizarse como herramienta de aprendizaje, no solo como control administrativo.

Discusión/Conclusiones

La detección de depresión y soledad en personas mayores representa un reto clínico y organizativo porque ambas situaciones se entrelazan con la fragilidad, la dependencia, la enfermedad crónica y las transformaciones del entorno vital. Cuando la atención se orienta únicamente a los síntomas físicos o a las tareas técnicas inmediatas, la dimensión emocional y social queda infraexplorada, con el consiguiente riesgo de respuestas tardías o parciales.

La principal aportación de una estrategia de mejora no reside en multiplicar formularios, sino en introducir una mirada más completa en puntos clave del proceso asistencial. La Enfermería dispone de condiciones particularmente favorables para ello: contacto continuado, capacidad de observación longitudinal, presencia en el domicilio y conocimiento de la funcionalidad cotidiana. Estas fortalezas permiten detectar cambios sutiles y relacionarlos con riesgos concretos para la seguridad del paciente, como caídas, desnutrición, incumplimiento terapéutico o uso inadecuado de recursos.

Desde la práctica clínica, resulta especialmente valioso evitar dos errores frecuentes. El primero es interpretar el sufrimiento emocional como una consecuencia esperable de la edad, sin explorar su intensidad, persistencia y repercusión funcional. El segundo es reducir la soledad a un dato de convivencia, cuando se trata de una experiencia subjetiva que puede mantenerse incluso en

presencia de familia o cuidadores. Reconocer esta complejidad mejora la pertinencia de las intervenciones.

La propuesta descrita sugiere que la mejora de la calidad depende de integrar tres dimensiones: valoración sistemática, respuesta proporcional y continuidad asistencial. La valoración sistemática permite que el estado de ánimo, el apoyo social y la participación en la vida diaria formen parte del cuidado rutinario. La respuesta proporcional evita tanto la banalización como la sobrerreacción, adaptando el seguimiento, la coordinación y la derivación al grado de necesidad. La continuidad asistencial asegura que la información relevante no se pierda en las transiciones entre dispositivos.

Su aplicabilidad es amplia, aunque condicionada por factores organizativos. La presión asistencial, la disponibilidad desigual de recursos sociales y la heterogeneidad de los registros pueden limitar la implantación. Por ello, cualquier estrategia debe ajustarse al contexto local y contar con implicación de los equipos. Una intervención factible y asumible suele ser más útil que un diseño exhaustivo difícil de sostener en la práctica real.

En términos de seguridad y calidad, optimizar la detección de depresión y soledad en personas mayores puede contribuir a anticipar deterioro funcional, favorecer la adherencia, reducir situaciones de desprotección y orientar mejor la planificación de cuidados. No se trata solo de identificar un problema de salud mental o social, sino de reconocer una dimensión central del bienestar y de la vulnerabilidad clínica en la vejez.

La práctica enfermera, cuando incorpora de forma intencional la exploración del ánimo, la soledad y el apoyo social, amplía la capacidad del sistema para responder de manera más humana, más segura y mejor coordinada. Esa integración no exige necesariamente dispositivos complejos, sino consistencia en la valoración, calidad en el registro y compromiso con la continuidad del cuidado.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses que haya podido influir en el contenido del presente trabajo.

Financiación

La elaboración de este artículo no contó con financiación externa pública ni privada.

Bibliografía

1. Boucham M, Salhi A, El Hajji N, Gbenonsi GY, Belyamani L, Khalis M. Factors associated with frailty in older people: an umbrella review.. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):737. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05288-4>
2. Wang Q, Huang X, Liu M, Wang C, Sun Z, Huang C, et al.. Prevalence and risk factors of depression among elderly people in nursing homes from 2012 to 2022: a systematic review and meta-analysis.. *Aging Ment Health.* 2024;28(12):1569-1580. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2367044>
3. Zhao X, Zhang D, Wu M, Yang Y, Xie H, Li Y, et al.. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support.. *Psychiatry Res.* 2018;268:143-151. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>
4. Li X, Wu C, Feng T, Chen X, Chen H, Lu X, et al.. Loneliness trajectories in older adults: A systematic review.. *Arch Gerontol Geriatr.* 2025;139:106024. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106024>
5. Silva C, Fonseca C, Ferreira R, Weidner A, Morgado B, Lopes MJ, et al.. Depression in older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review.. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2308-2325. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.18363>
6. Chen MY, Sun HL, Zhang Q, Sha S, Su Z, Cheung T, et al.. Depression in older adults: longitudinal study findings from a national survey in China.. *J Affect Disord.* 2026;392:120082. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120082>
7. Melrose S. Late life depression: nursing actions that can help.. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(3):453-458. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12341>
8. Kent-Marvick J, Simonsen S, Pentecost R, Taylor E, McFarland MM. Loneliness in pregnant and postpartum people and parents of children aged 5 years or younger: a scoping review.. *Syst Rev.* 2022;11(1):196. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02065-5>
9. Fang J, Wu W, Yang C, Li H, Cheng W, Zhang N, et al.. Trajectories of depressive symptoms in middle-aged and older Chinese adults: identifying subgroups, core symptoms and predictors.. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1):700. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07144-0>
10. Wang J, Bai X, Lin K, Sun C, Wu Q, Zhang R, et al.. Social isolation in older adults with type 2 diabetes mellitus-a path analysis.. *Front Public Health.* 2025;13:1562186. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1562186>

11. Dziedzic B, Kobos E, Przylepa K, Idzik A. Loneliness and depression among men in Poland: cross-sectional study.. *Front Public Health*. 2025;13:1539822. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1539822>
12. Wen B, Li Y, Zhang M, Xu H. Association of dysphagia and loneliness and their interaction with sleep quality among older adults in nursing homes: A cross-sectional study.. *PLoS One*. 2024;19(9):e0311024. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311024>
13. Wang Q, Zan C, Jiang F, Shimpuku Y, Chen S. Association between loneliness and its components and cognitive function among older Chinese adults living in nursing homes: A mediation of depressive symptoms, anxiety symptoms, and sleep disturbances.. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):959. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03661-9>
14. Kristiansen ST, Lyhne CN, Kragh M, Sigaard KR, Videbech P, Larsen ER, et al.. Experiences of adult patients living with depression-related insomnia: a qualitative systematic review.. *JB I Evid Synth*. 2024;22(12):2447-2517. doi: <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00499>
15. Deol ES, Yamashita K, Elliott S, Malmstorm TK, Morley JE. Validation of the ALONE Scale: A Clinical Measure of Loneliness.. *J Nutr Health Aging*. 2022;26(5):421-424. doi: <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1794-8>

ARTÍCULO 03

Mejora de la vinculación terapéutica en personas con trastornos psicóticos

Improving therapeutic engagement in people with psychotic disorders

Jorge Navarro Medina · Elena Vargas Prieto · Rocío Sánchez Gil · Pablo Ibáñez Cortés

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

Ref.: CADICE. 2026;1(7):133

Autor principal (primer firmante)

Jorge Navarro Medina

Fecha recepción

29/06/26

Fecha aceptación

19/07/26

Fecha de publicación

27/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:133

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Trastornos psicóticos;
Alianza terapéutica;
Comunicación; Mejora de la
calidad; Salud mental;
Seguridad del paciente;
Relaciones
enfermera-paciente;
Adherencia terapéutica;
Intervención en crisis;
Apoyo psicosocial

Resumen

Introducción: La vinculación terapéutica constituye un componente central de los cuidados enfermeros en salud mental y adquiere especial relevancia en personas con trastornos psicóticos, donde la desconfianza, la vivencia de amenaza, la alteración del juicio de realidad, el estigma y las experiencias previas de atención pueden dificultar la relación asistencial. La fragilidad de este vínculo repercute en la continuidad de cuidados, la adherencia al tratamiento, la prevención de crisis y la seguridad clínica.

Objetivos: Describir una propuesta de mejora orientada a fortalecer la alianza terapéutica entre profesionales de Enfermería y personas con trastornos psicóticos, identificando elementos asistenciales modificables, actuaciones prioritarias e indicadores de seguimiento aplicables a distintos dispositivos de salud mental.

Metodología: Se presenta un análisis de mejora de calidad basado en la revisión conceptual del problema asistencial, la identificación de puntos críticos del proceso de atención y el diseño de intervenciones organizativas y relacionales centradas en la práctica enfermera. Se incorporan medidas de valoración inicial, continuidad asistencial, participación de la familia o red de apoyo cuando proceda y seguimiento de resultados mediante indicadores cualitativos y de proceso.

Resultados: La propuesta se estructura en cinco líneas de actuación: acogida terapéutica temprana, comunicación relacional adaptada a la experiencia psicótica, plan individualizado de vinculación, coordinación interdisciplinar y seguimiento proactivo en momentos de mayor vulnerabilidad. Entre los indicadores útiles se incluyen la asistencia a citas, la continuidad de contacto, la participación en el plan de cuidados, la identificación precoz de señales de descompensación y la reducción de incidentes vinculados a ruptura relacional o escalada conductual.

Discusión/Conclusiones: Mejorar la vinculación terapéutica no depende únicamente de habilidades individuales, sino también de condiciones organizativas, cultura asistencial y continuidad de cuidados. La Enfermería, por su proximidad clínica y frecuencia de contacto, puede desempeñar un papel vertebrador en este proceso. Una estrategia estructurada y prudente puede contribuir a una atención más segura, más consistente y más respetuosa con la experiencia subjetiva de la persona.

Abstract

Introduction: Therapeutic bonding is a core element of mental health nursing care and becomes especially relevant in people with psychotic disorders, in whom mistrust, perceived threat, impaired reality testing, stigma, and previous care experiences may hinder the care relationship. A weak therapeutic alliance can affect continuity of care, treatment adherence, crisis prevention, and patient safety.

Objectives: To describe a quality improvement proposal aimed at strengthening the therapeutic alliance between nurses and people with psychotic disorders, identifying modifiable care factors, priority actions, and follow-up indicators applicable across mental health settings.

Methodology: A quality improvement analysis is presented based on a conceptual review of the care problem, identification of critical points in the care process, and design of organizational and relational interventions focused on nursing practice. Measures include initial assessment, continuity of care, involvement of family or support networks when appropriate, and outcome monitoring through qualitative and process indicators.

Results: The proposal is organized into five action areas: early therapeutic reception, communication adapted to the psychotic experience, an individualized bonding plan, interdisciplinary coordination, and proactive follow-up during periods of increased vulnerability. Useful indicators include attendance at appointments, continuity of contact, participation in the care plan, early identification of decompensation signs, and fewer incidents related to relational breakdown or behavioral escalation.

Discussion/Conclusions: Improving therapeutic bonding does not depend solely on individual skills, but also on organizational conditions, care culture, and continuity of care. Due to its clinical proximity and frequent contact with service users, nursing may play a structuring role in this process. A structured and cautious strategy can contribute to safer, more consistent, and more person-centered care.

Keywords: Psychotic Disorders; Therapeutic Alliance; Communication; Quality Improvement; Mental Health; Patient

Safety; Nurse-Patient Relations; Treatment Adherence and Compliance; Crisis Intervention; Psychosocial Support

Introducción

La relación terapéutica es un instrumento clínico de primer orden en Enfermería de salud mental. En el ámbito de los trastornos psicóticos, esta relación no puede entenderse como un elemento accesorio ni como una consecuencia espontánea del contacto asistencial. Requiere intencionalidad, continuidad, lectura clínica del contexto y capacidad para sostener interacciones complejas en escenarios marcados por la vulnerabilidad, la incertidumbre y, en ocasiones, la desorganización conductual o la escasa conciencia de enfermedad.

Las personas con trastornos psicóticos pueden experimentar ideas de perjuicio, suspicacia, hiperreactividad ante estímulos relacionales, dificultades para interpretar intenciones ajenas o temor a ser controladas. A ello se suman factores extraclínicos que condicionan la vinculación: trayectorias de atención fragmentadas, ingresos involuntarios previos, sentimientos de estigmatización, pobreza relacional, consumo concurrente de sustancias, deterioro funcional o experiencias de trato poco respetuoso. En este marco, la construcción del vínculo terapéutico exige una práctica deliberada y coherente, donde la seguridad no se oponga al respeto, y la contención clínica no implique invalidación subjetiva.

Desde una perspectiva de calidad asistencial, la debilidad de la alianza terapéutica se asocia con problemas de continuidad de cuidados, mayor dificultad para sostener intervenciones psicoeducativas, menor participación en la toma de decisiones y peor detección temprana de cambios clínicos. También puede incrementar el riesgo de malentendidos, escaladas conductuales, abandonos de seguimiento y respuestas asistenciales centradas de forma casi exclusiva en el control de síntomas. Por el contrario, cuando la persona se percibe escuchada, tratada con consistencia y reconocida más allá del episodio agudo, resulta más factible mantener el contacto terapéutico y desarrollar planes de cuidados compartidos.

La Enfermería ocupa una posición privilegiada para intervenir en este terreno. Su presencia continuada en unidades de hospitalización,

consultas, dispositivos comunitarios, urgencias y recursos de rehabilitación permite observar la evolución cotidiana, detectar necesidades no verbalizadas y sostener una comunicación terapéutica más frecuente que la de otros perfiles profesionales. Esa cercanía convierte al personal enfermero en agente clave tanto para prevenir rupturas relacionales como para reparar vínculos ya deteriorados. No obstante, esta función no debe recaer solo en habilidades personales aisladas; requiere respaldo organizativo, espacios de coordinación y una cultura asistencial que priorice la relación como parte del tratamiento.

Plantear la mejora de la vinculación terapéutica como objetivo de calidad permite desplazar el foco desde la supuesta “falta de colaboración” de la persona hacia las características del encuentro clínico y del sistema de cuidados. Este cambio de mirada favorece intervenciones más realistas y menos culpabilizadoras, orientadas a revisar barreras comunicativas, tiempos de atención, coherencia del equipo, accesibilidad y modo de gestionar las crisis.

Objetivos

El objetivo general es desarrollar una propuesta de mejora de calidad asistencial orientada a fortalecer la vinculación terapéutica en personas con trastornos psicóticos desde la práctica enfermera, con atención simultánea a la seguridad del paciente, la continuidad de cuidados y la experiencia asistencial.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Identificar factores asistenciales que dificultan o favorecen la alianza terapéutica en personas con síntomas psicóticos activos o en seguimiento por trastorno psicótico.
- Definir componentes de una intervención enfermera estructurada que permitan una acogida relacional más segura, consistente e individualizada.
- Integrar estrategias de comunicación terapéutica adaptadas a la experiencia subjetiva de la psicosis, evitando confrontaciones innecesarias y respuestas invalidantes.

- Proponer medidas de coordinación entre niveles y profesionales para reducir rupturas de seguimiento y mensajes asistenciales contradictorios.
- Establecer indicadores clínicos y de proceso útiles para monitorizar la implantación de la mejora sin depender exclusivamente de resultados cuantitativos complejos.
- Analizar barreras y facilitadores para la sostenibilidad de la propuesta en diferentes contextos asistenciales.

Metodología

Se plantea una propuesta de mejora de calidad construida a partir del análisis clínico-organizativo de un problema frecuente en salud mental: la dificultad para consolidar una relación terapéutica estable en personas con trastornos psicóticos. El abordaje se apoya en una revisión teórica narrativa del fenómeno, en la observación de puntos críticos habituales del proceso asistencial y en la formulación de medidas transferibles a la práctica enfermera en dispositivos hospitalarios y comunitarios.

La metodología parte de una secuencia de mejora compuesta por cuatro fases. La primera consiste en delimitar el problema asistencial. En este caso, la dificultad de vinculación se entiende como un fenómeno multifactorial que puede expresarse mediante ausencias repetidas a citas, rechazo persistente del contacto, baja participación en el plan terapéutico, conflictos durante la atención, incumplimiento de acuerdos básicos o demanda de ayuda exclusivamente en situación de crisis. La segunda fase identifica factores contribuyentes, agrupados en variables de la persona, del profesional, del equipo y de la organización. La tercera define líneas de intervención. La cuarta establece un sistema básico de evaluación mediante indicadores de proceso, experiencia y seguridad.

El ámbito de aplicación es amplio y comprende unidades de hospitalización breve, hospitales de día, centros de salud mental, dispositivos de continuidad de cuidados, atención domiciliaria y contextos de urgencia psiquiátrica. La propuesta debe adaptarse al nivel asistencial, al grado de desorganización clínica y a la disponibilidad de

recursos. No se presenta como protocolo cerrado, sino como marco orientativo para estructurar la práctica.

En la valoración inicial se propone atender no solo a síntomas psicóticos manifiestos, sino también a dimensiones relacionales y contextuales: experiencias previas con el sistema sanitario, percepción de coerción, expectativas sobre la atención, estilo de afrontamiento, red de apoyo, capacidad para identificar malestar, factores precipitantes de descompensación, consumo de tóxicos, situación social y elementos que la persona interpreta como amenazantes o tranquilizadores. Esta valoración, realizada de manera progresiva, orienta la planificación de un itinerario de vinculación realista.

Para el seguimiento, se sugieren indicadores clínicamente relevantes y factibles de registrar. Entre ellos: existencia de profesional o referente enfermero identificado, documentación de objetivos de vinculación, contacto de seguimiento tras eventos críticos, grado de asistencia a visitas programadas, presencia de plan de crisis consensuado cuando proceda, participación de familia o apoyos significativos con consentimiento de la persona y registro de incidentes relacionales relevantes. También es útil incorporar información cualitativa sobre percepción de trato, capacidad del equipo para mantener mensajes coherentes y oportunidades de contacto no centradas solo en la crisis.

Resultados

Problema asistencial y puntos críticos detectados

La dificultad de vinculación terapéutica suele hacerse visible en momentos de tensión asistencial: ingresos no aceptados, urgencias por agitación, interrupción del tratamiento, abandono de seguimiento o aparición de conductas defensivas frente al equipo. Sin embargo, con frecuencia el problema se gesta antes, durante contactos repetidos en los que la persona no logra identificar al servicio como un espacio seguro y predecible. Entre los puntos críticos más habituales destacan la rotación de profesionales, la escasez de tiempo para entrevistas de calidad, la priorización exclusiva del control sintomático, las interacciones centradas en la norma y la falta de continuidad entre dispositivos.

También influyen determinadas prácticas comunicativas: insistir en confrontar creencias delirantes, interpretar la desconfianza como mera oposición voluntaria, utilizar un lenguaje excesivamente técnico en fases de desorganización o introducir límites sin explicación suficiente. Estas dinámicas erosionan la credibilidad del equipo y pueden reforzar la idea de amenaza. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, una mala alianza no solo afecta al seguimiento terapéutico; puede dificultar la detección precoz de riesgo autolesivo, heteroagresivo, abandono del autocuidado o deterioro social progresivo.

Línea 1. Acogida terapéutica temprana y consistente

La primera línea de mejora consiste en estructurar los contactos iniciales como un proceso de acogida terapéutica y no solo de admisión administrativa o recogida de datos clínicos. En las primeras entrevistas, la prioridad enfermera no debería limitarse a obtener información, sino a reducir incertidumbre y establecer previsibilidad. Explicar quién atiende, qué puede ofrecerse, qué límites existen y cómo se desarrollarán los siguientes pasos disminuye la vivencia de arbitrariedad.

En personas con ideación paranoide o intensa suspicacia, la consistencia relacional es particularmente importante. Mantener, siempre que sea posible, un referente enfermero

reconocible facilita la continuidad del vínculo. Cuando la organización no permite una presencia estable, resulta útil asegurar formas claras de relevo, de modo que la información relevante sobre preferencias, desencadenantes de malestar y estrategias de aproximación no se pierda entre turnos o dispositivos.

La acogida terapéutica también implica reconocer la experiencia emocional de la persona sin validar automáticamente el contenido psicótico. Frases centradas en la emoción, la sensación de amenaza o la necesidad de sentirse segura suelen ser mejor toleradas que la confrontación directa de la vivencia. Este enfoque favorece la cooperación sin incrementar la tensión relacional.

Línea 2. Comunicación adaptada a la experiencia psicótica

La comunicación enfermera debe ser intencional, clara y no sobrecargada. En fases de desorganización, conviene priorizar mensajes breves, concretos y con una sola idea principal, evitando preguntas múltiples o ambiguas. El lenguaje corporal, el tono de voz, la distancia interpersonal y el respeto por el espacio físico de la persona forman parte del mensaje clínico tanto como las palabras.

La adaptación comunicativa no equivale a pasividad. Permite introducir límites y medidas de seguridad cuando son necesarios, pero con una explicación comprensible y manteniendo una actitud no punitiva. En situaciones de activación conductual, la desescalada verbal puede verse favorecida por la reducción de estímulos ambientales, la presencia de un interlocutor principal, la escucha sin discusión del contenido delirante y la oferta de alternativas simples y factibles.

Otro componente relevante es evitar atribuciones morales sobre la conducta. Expresiones que sugieren manipulación, falta de interés o “escasa colaboración” sin análisis del contexto suelen deteriorar el vínculo. Sustituir este marco por una lectura clínica del sufrimiento, del temor y de las dificultades de procesamiento favorece respuestas más terapéuticas y menos reactivas.

Línea 3. Plan individualizado de vinculación

No todas las personas establecen alianza terapéutica del mismo modo ni en los mismos tiempos. Por ello, se propone incorporar al plan de cuidados un apartado específico de vinculación, con objetivos graduales y observables. En algunos casos, el primer objetivo realista puede ser tolerar entrevistas breves y regulares; en otros, aceptar un canal de contacto concreto, identificar un profesional de referencia o acordar señales de alarma compartidas.

Este plan debe contemplar preferencias relacionales, barreras percibidas por la persona, condiciones que facilitan el encuentro, temas inicialmente mejor tolerados y aspectos que conviene posponer. También resulta útil recoger la forma en que la persona reconoce su empeoramiento, qué apoyos acepta más fácilmente y qué actuaciones previas vivió como invasivas o útiles. Así se transforma la relación terapéutica en un objeto explícito de cuidado y no en una expectativa implícita.

Cuando existe participación familiar o de otras figuras de apoyo, esta debe integrarse de manera proporcional y con respeto a la confidencialidad. La familia puede aportar información valiosa sobre cambios precoces, barreras cotidianas y recursos de apoyo, pero su inclusión requiere valorar el consentimiento, la calidad de los vínculos y el posible impacto del conflicto familiar sobre la alianza con el equipo.

Línea 4. Coordinación interdisciplinar y continuidad entre dispositivos

Las rupturas de vínculo suelen aumentar cuando la persona recibe mensajes dispares según el profesional o el dispositivo. Una propuesta de mejora eficaz requiere mínimos de coherencia interdisciplinar: objetivos compartidos, lenguaje no estigmatizante, criterios comunes para manejar la negativa al tratamiento, y acuerdos sobre cómo actuar ante señales tempranas de descompensación.

La continuidad entre ingreso, alta y seguimiento ambulatorio merece una atención específica. Las transiciones asistenciales constituyen momentos de especial vulnerabilidad para el abandono del contacto. Desde Enfermería, puede reforzarse esta

continuidad mediante entrevistas de enlace, revisión del plan de crisis, confirmación de citas próximas, clarificación del circuito de ayuda si reaparecen síntomas y contacto temprano tras un episodio agudo, siempre de acuerdo con la organización del servicio.

La coordinación con trabajo social, psiquiatría, psicología clínica, atención primaria y recursos comunitarios amplía la capacidad de sostener el vínculo fuera del momento clínico inmediato. No se trata de multiplicar derivaciones, sino de construir una red legible para la persona, con interlocutores identificables y funciones comprensibles.

Línea 5. Seguimiento proactivo y prevención de crisis relacionales

Una parte de las descompensaciones asistenciales responde a señales tempranas no detectadas o no exploradas a tiempo. El seguimiento proactivo incluye prestar atención a cambios sutiles: retraimiento marcado, aumento de suspicacia, cancelaciones sucesivas, irritabilidad inusual, deterioro del autocuidado o verbalizaciones indirectas de amenaza. La utilidad de este seguimiento depende de que exista previamente una mínima base vincular.

Incorporar un plan de crisis individualizado puede mejorar la anticipación. Dicho plan puede recoger signos iniciales de desestabilización, preferencias de contacto, personas de apoyo aceptadas, estrategias de regulación que la persona haya encontrado tolerables y aspectos del abordaje que conviene evitar por haber generado mayor agitación o retraimiento. Su valor radica en proporcionar al equipo un marco de intervención menos improvisado.

En este punto, la seguridad del paciente debe abordarse de forma integrada. La prevención de incidentes no depende solo de medidas restrictivas, sino también de una relación suficientemente sólida como para que la persona pueda expresar malestar antes de que este se traduzca en crisis abierta. La alianza terapéutica actúa así como factor protector frente a desenlaces evitables y facilita decisiones clínicas más proporcionadas.

Indicadores de seguimiento de la mejora

La evaluación de la propuesta puede realizarse mediante indicadores sencillos, combinando proceso y resultado asistencial. Entre los indicadores de proceso resultan útiles la identificación de referente enfermero, el registro del plan individualizado de vinculación, la existencia de contacto de seguimiento tras alta o crisis y la constancia documental de preferencias relacionales o señales de alarma. Como indicadores asistenciales pueden valorarse la asistencia mantenida a citas, la reducción de ausencias sin aviso, la participación en entrevistas de cuidados, la detección temprana de empeoramiento y la disminución de conflictos relacionales que requieran intervenciones intensivas.

Los indicadores cualitativos también son pertinentes. La percepción de trato respetuoso, la sensación de ser escuchado, la comprensión del plan terapéutico y la experiencia de continuidad aportan información que no siempre emerge en registros cuantitativos. Para que esta evaluación sea útil, conviene integrarla en espacios de revisión del equipo y no limitarla a una tarea documental.

Discusión/Conclusiones

La mejora de la vinculación terapéutica en personas con trastornos psicóticos debe entenderse como una intervención asistencial compleja, en la que confluyen dimensiones clínicas, éticas y organizativas. No basta con recomendar empatía o habilidades de comunicación de forma genérica. La alianza terapéutica se resiente cuando el dispositivo transmite imprevisibilidad, mensajes contradictorios o respuestas centradas únicamente en la conducta problemática. Del mismo modo, se fortalece cuando el contacto es consistente, comprensible y capaz de reconocer la experiencia subjetiva sin renunciar a la seguridad.

La propuesta descrita sitúa a la Enfermería en una posición vertebradora. La frecuencia del contacto, la capacidad para observar cambios cotidianos y el papel de enlace entre dispositivos permiten al personal enfermero liderar medidas de acogida, seguimiento y continuidad. Este liderazgo, sin embargo, necesita condiciones favorables: estabilidad de referentes, espacios de coordinación,

formación en comunicación terapéutica y respaldo institucional para registrar y valorar la dimensión relacional como parte del cuidado.

Entre las barreras más probables figuran la presión asistencial, la rotación de profesionales, la fragmentación entre niveles, la insuficiente formación específica en intervención relacional y la persistencia de actitudes estigmatizantes. También puede dificultar la implantación una cultura de registro orientada más al síntoma agudo que al proceso vincular. Como facilitadores destacan la existencia de referentes clínicos, los equipos con comunicación interna fluida, las transiciones asistenciales planificadas y la incorporación de la persona y su red de apoyo a decisiones proporcionales a su situación clínica.

Esta propuesta presenta límites inherentes a su carácter general. La heterogeneidad de los trastornos psicóticos, la coexistencia de consumo de sustancias, el deterioro cognitivo, la conflictividad familiar o la situación social pueden modificar de forma notable las posibilidades de vinculación. Por ello, cualquier estrategia debe individualizarse y adaptarse a protocolos, recursos y nivel de contención del dispositivo concreto. Asimismo, la relación terapéutica no puede evaluarse únicamente por la aceptación del tratamiento o la asistencia a citas, ya que existen formas de participación clínica más graduales y no siempre lineales.

Considerar la vinculación terapéutica como un objetivo explícito de calidad asistencial permite mejorar no solo la experiencia de la persona atendida, sino también la seguridad clínica y la continuidad de cuidados. En personas con trastornos psicóticos, esta mejora puede traducirse en encuentros menos adversariales, mayor capacidad para anticipar crisis y una práctica enfermera más coherente con los principios de atención centrada en la persona. La relación, lejos de ser un aspecto intangible, forma parte del tratamiento y merece ser planificada, sostenida y evaluada con la misma seriedad que otros componentes del cuidado.

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. Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T, Panagiotaropoulou G, Awasthi S, Bigdeli TB, et al.. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia.. *Nature*. 2022;604(7906):502-508. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04434-5>
2. Jensen L, Clough R. Assessing and Treating the Patient with Acute Psychotic Disorders.. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(2):185-97. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.004>
3. Lecomte T, Leclerc C, Wykes T, Nicole L, Abdel Baki A. Understanding process in group cognitive behaviour therapy for psychosis.. *Psychol Psychother*. 2015;88(2):163-77. doi: <https://doi.org/10.1111/papt.12039>
4. Boland M, Higgins A, Beecher C, Bracken P, Burn W, Cody A, et al.. Identifying priorities for future research on reducing and stopping psychiatric medication: results of a James Lind Alliance priority-setting partnership.. *BMJ Open*. 2024;14(11):e088266. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088266>
5. Gallop R, Lancee W, Shugar G. Residents' and nurses' perceptions of difficult-to-treat short-stay patients.. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(4):352-7. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.44.4.352>
6. Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Smit A, Kaasenbrood A, Hutschemaekers G. Interpersonal community psychiatric treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: a controlled pilot study on feasibility and effects.. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(5):549-59. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.003>
7. Wesseldijk-Elferink IJM, Hendriks AW, van den Heuvel SCGH. Shared decision making in a semi-secluded chronic psychiatric ward: The reflective lifeworld experiences of patients with schizophrenia or schizoaffective disorders and nursing staff.. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(5):519-525. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.007>
8. van Veen M, Koekkoek B, Mulder N, Postlart D, Adang E, Teerenstra S, et al.. Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: protocol of a multi-centre randomized controlled trial.. *BMC Psychiatry*. 2015;15:100. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0476-z>

9. Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy C, Slade M. Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis-staff and patient assessments of need.. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38(11):662-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0669-5>
10. Birnbaum S, Hanchuk H, Nelson M. Therapeutic doll play in the treatment of a severely impaired psychiatric inpatient: dramatic clinical improvements with a nontraditional nursing intervention.. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2015;53(5):22-7. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20150424-33>
11. Corbeil O, Huot-Lavoie M, Abdel-Baki A, Bécharde L, Brodeur S, Artaud L, et al.. Incidence and predictors of problem gambling in first-episode psychosis: A prospective multicentre cohort study.. Eur Psychiatry. 2026;69(1):e29. doi: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2026.10167>
12. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia.. BMJ. 2015;350:h369. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
13. Kokota D, Stewart RC, Bandawe C, Chorwe-Sungani G, Liwimbi O, Mwale CM, et al.. Pathways to care for psychosis in Malawi.. BJPsych Int. 2023;20(4):84-89. doi: <https://doi.org/10.1192/bji.2023.18>
14. Mlay J, Paruk S, Tomita A, Lessells R. Engagement, Disengagement and Re-Engagement in Mental Health Services Among Young Patients With First-Episode Psychosis: A Scoping Review.. Early Interv Psychiatry. 2025;19(10):e70100. doi: <https://doi.org/10.1111/eip.70100>

ARTÍCULO 04

Plan de mejora para educación sobre signos de alarma en hipertensión del embarazo

Improvement plan for education on warning signs in hypertensive disorders of pregnancy

Marta Vidal Herrera · Raúl Gómez Salcedo · Irene Campos Núñez · David León Morales · Paula Ríos Fuentes

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

Ref.: CADICE. 2026;1(7):134

Autor principal (primer firmante)

Marta Vidal Herrera

Fecha recepción

18/06/26

Fecha aceptación

23/07/26

Fecha de publicación

27/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:134

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Signos de alarma; Salud materno-infantil; Preeclampsia; Seguridad del paciente; Puerperio; Hipertensión en el embarazo; Lactancia materna; Mejora de la calidad; Enfermería obstétrica; Autocuidado

Resumen

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una situación clínica de especial relevancia para la seguridad materna y neonatal. La identificación tardía de signos de alarma, tanto durante la gestación como en el puerperio, puede favorecer demoras en la consulta y aumentar la complejidad asistencial. En este escenario, la educación sanitaria liderada por Enfermería obstétrica adquiere un papel central.

Objetivos: Diseñar un plan de mejora orientado a reforzar la educación sobre signos de alarma en mujeres con hipertensión del embarazo, promoviendo comprensión, autocuidado, continuidad asistencial y respuesta precoz ante posibles complicaciones.

Metodología: Se plantea una propuesta de mejora de calidad centrada en el proceso educativo, aplicable a consultas obstétricas, hospitalización, urgencias y seguimiento posparto. La intervención se estructura mediante análisis del problema, definición de contenidos prioritarios, estandarización de mensajes, coordinación interprofesional, uso de materiales de apoyo e indicadores de seguimiento.

Resultados: El plan incorpora educación verbal y escrita en momentos asistenciales clave, verificación de comprensión, participación de la familia o red de apoyo, registro enfermero y refuerzo específico en el alta y en el puerperio. Se proponen indicadores de proceso y resultado relacionados con cobertura educativa, calidad del registro, comprensión de la información y adecuación de la respuesta asistencial ante síntomas de alarma.

Discusión/Conclusiones: La mejora de la educación sobre signos de alarma puede contribuir a una atención materna más segura y coherente entre niveles asistenciales. Su utilidad depende de la adaptación al contexto, de la continuidad del mensaje enfermero y de la capacidad del sistema para reducir barreras de comprensión, acceso y seguimiento.

Abstract

Introduction: Hypertensive disorders of pregnancy are highly relevant for maternal and neonatal safety. Delayed recognition of warning signs during pregnancy and the postpartum period may lead to late consultation and increased clinical complexity. In this context, health education led by obstetric nurses plays a key role.

Objectives: To design a quality improvement plan aimed at strengthening education on warning signs in women with hypertension during pregnancy, promoting understanding, self-care, continuity of care, and early response to potential complications.

Methodology: A quality improvement proposal focused on the educational process is presented for use in obstetric clinics, inpatient units, emergency care, and postpartum follow-up. The intervention is organized through problem analysis, definition of priority content, standardization of messages, interprofessional coordination, support materials, and follow-up indicators.

Results: The plan includes verbal and written education at key care points, comprehension verification, involvement of family or support networks, nursing documentation, and specific reinforcement at discharge and during the postpartum period. Process and outcome indicators are proposed regarding educational coverage, quality of documentation, understanding of information, and appropriateness of care-seeking behavior when warning symptoms appear.

Discussion/Conclusions: Improving education on warning signs may contribute to safer maternal care and greater consistency across healthcare settings. Its usefulness depends on contextual adaptation, continuity of nursing messages, and the system's ability to reduce barriers related to understanding, access, and follow-up.

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

Introducción

La hipertensión en el embarazo engloba situaciones clínicas heterogéneas que exigen vigilancia continuada, capacidad de detección precoz y adecuada coordinación entre profesionales. Entre sus posibles complicaciones se incluyen cuadros de evolución rápida, de modo que la seguridad de la mujer no depende únicamente de la monitorización clínica realizada en el entorno sanitario, sino también de su capacidad para reconocer señales de alarma y solicitar atención sin demora. Esta necesidad se mantiene tras el parto, etapa en la que con frecuencia disminuye la percepción de riesgo y se desplaza la atención hacia el recién nacido.

Desde la perspectiva enfermera, la educación sanitaria en este campo no debe limitarse a la transmisión de información aislada. Requiere valorar conocimientos previos, nivel de alfabetización en salud, estado emocional, barreras idiomáticas, contexto social y disponibilidad de apoyo. La información sobre síntomas de alarma pierde eficacia si se ofrece de forma excesivamente técnica, si no se confirma su comprensión o si no se repite en momentos asistenciales sucesivos. En mujeres con hipertensión gestacional, sospecha de preeclampsia u otros trastornos relacionados, la calidad del mensaje educativo puede influir en la búsqueda temprana de ayuda y, por tanto, en la prevención de eventos adversos evitables.

En la práctica clínica persisten factores que dificultan esta enseñanza. No siempre existe homogeneidad en los mensajes entre consulta, hospitalización y alta; la presión asistencial puede reducir el tiempo disponible; y el registro de la educación proporcionada suele ser irregular. A ello se añaden circunstancias propias del puerperio, como el cansancio, la sobrecarga emocional, el dolor, el inicio de la lactancia materna o la reorganización familiar, que pueden interferir en la retención de la información. Cuando no se incorpora una estrategia estructurada, la educación sobre signos de alarma tiende a depender de la iniciativa individual del profesional y de la situación puntual de la paciente.

La mejora de calidad en este ámbito resulta especialmente pertinente porque combina

seguridad del paciente, continuidad asistencial y protagonismo del autocuidado. El foco no se sitúa en sustituir la valoración clínica, sino en reforzar la alianza terapéutica y facilitar que la mujer reconozca cuándo una cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor epigástrico, disnea, edema de aparición llamativa, disminución del bienestar general o sangrado anormal requieren nueva valoración profesional. Del mismo modo, debe evitarse banalizar síntomas persistentes bajo la idea de que forman parte del posparto normal.

La Enfermería obstétrica dispone de una posición privilegiada para liderar este proceso de mejora. Su cercanía a la mujer y a la familia, su presencia en distintos puntos del itinerario asistencial y su competencia en educación para la salud permiten diseñar intervenciones realistas, centradas en necesidades y con potencial de implantación. Un plan de mejora en esta materia debe contemplar no solo qué se enseña, sino también cuándo, cómo, por quién y con qué mecanismos de seguimiento.

Objetivos

El objetivo general es diseñar un plan de mejora de calidad dirigido a optimizar la educación sobre signos de alarma en mujeres con hipertensión del embarazo y en el periodo puerperal, con especial atención a la seguridad materna y a la continuidad de cuidados.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Definir contenidos educativos prioritarios y homogéneos para los distintos puntos asistenciales.
- Integrar la intervención enfermera en momentos de especial relevancia clínica: diagnóstico, seguimiento, ingreso, alta y puerperio.
- Favorecer la comprensión real de la información mediante estrategias de comunicación clara y verificación del aprendizaje.
- Reforzar el autocuidado y la capacidad de solicitar ayuda ante síntomas que puedan sugerir empeoramiento clínico.
- Mejorar el registro enfermero de la educación proporcionada y de la respuesta de la mujer o su entorno cuidador.

- Promover coordinación entre niveles asistenciales para evitar mensajes fragmentados o contradictorios.
- Proponer indicadores factibles que permitan evaluar implantación, adherencia al proceso educativo y utilidad clínica del plan.

Metodología

Se desarrolla una propuesta de mejora de calidad centrada en el proceso educativo enfermero aplicado a la atención de mujeres con hipertensión en el embarazo. El planteamiento es de carácter organizativo y asistencial, orientado a consultas de control obstétrico, áreas de urgencias, hospitalización y seguimiento tras el alta. No se presenta como protocolo universal cerrado, sino como marco de actuación adaptable a la estructura y circuitos de cada centro.

La elaboración del plan parte de un análisis de problemas frecuentes observables en la práctica: educación no sistematizada, variabilidad del contenido transmitido, escasa reiteración del mensaje a lo largo del proceso, insuficiente registro en la documentación clínica y limitada atención al puerperio como periodo de riesgo. A partir de estas necesidades se definen líneas de intervención basadas en la estandarización del mensaje, la accesibilidad de los materiales, la coordinación interprofesional y la evaluación continuada.

La población diana incluye a mujeres con hipertensión gestacional, sospecha o diagnóstico de preeclampsia, antecedentes recientes de trastorno hipertensivo del embarazo y puerperio con necesidad de vigilancia reforzada. El plan contempla también la participación de la persona acompañante o red de apoyo cuando la situación clínica y la preferencia de la mujer lo permitan, dado que el reconocimiento compartido de los síntomas puede facilitar una consulta más precoz.

Componentes metodológicos del plan

- **Mapeo del itinerario asistencial:** identificación de los puntos donde debe incorporarse educación estructurada: primera información tras el diagnóstico o sospecha, visitas sucesivas, ingreso hospitalario, preparación del alta y contacto posparto.

- **Definición de contenidos mínimos comunes:** síntomas de alarma, necesidad de consulta urgente según la situación clínica, medidas de autocuidado compatibles con la indicación profesional, importancia del seguimiento y aclaración de dudas frecuentes.
- **Diseño de materiales de apoyo:** hoja escrita en lenguaje claro, recordatorios breves y recursos visuales sencillos que complementen la información verbal.
- **Capacitación del equipo:** acuerdo interno sobre mensajes esenciales, criterios de derivación y forma de registrar la educación.
- **Verificación de comprensión:** inclusión de preguntas de retorno para confirmar que la mujer identifica síntomas relevantes y sabe cómo actuar.
- **Seguimiento e indicadores:** definición de variables de proceso y resultado para valorar la implantación.

La perspectiva metodológica se alinea con los principios de seguridad del paciente: anticipación del riesgo, reducción de omisiones evitables, mejora de la comunicación clínica y apoyo a la toma de decisiones informadas. En lugar de centrar la intervención exclusivamente en la entrega de información, se propone un modelo cíclico de educación, refuerzo y comprobación, compatible con el proceso enfermero y con la continuidad asistencial materno-infantil.

Resultados

El resultado principal de la propuesta es un plan estructurado de mejora aplicable por Enfermería obstétrica y por otros profesionales implicados en la atención perinatal. Su valor reside en convertir una actividad a menudo implícita en una intervención visible, secuenciada y evaluable.

Contenidos educativos prioritarios

La educación debe concentrarse en un número limitado de mensajes de alto valor clínico, expresados con lenguaje comprensible. Entre ellos destacan la identificación de cefalea intensa o persistente, alteraciones visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, dificultad respiratoria, sensación marcada de empeoramiento, edema de aparición o progresión llamativa, convulsiones, disminución del nivel de conciencia, sangrado relevante y cualquier síntoma que genere preocupación sostenida en una mujer con antecedente reciente de hipertensión del embarazo. En el puerperio conviene insistir en que la finalización de la gestación no excluye la necesidad de vigilancia.

Junto a los signos de alarma, el contenido educativo debe incluir orientaciones sobre adherencia al seguimiento pautado, uso correcto de la medicación si ha sido prescrita, necesidad de no suspender controles por mejoría subjetiva y forma de contactar con el recurso asistencial indicado en cada entorno. La información sobre lactancia materna puede integrarse de forma coordinada, evitando que eclipse los mensajes sobre seguridad materna.

Momentos asistenciales para la intervención enfermera

La propuesta distribuye la educación en varios contactos para evitar una carga informativa excesiva en una sola consulta. En el momento del diagnóstico o de la sospecha clínica se ofrece una primera explicación centrada en el problema y en los síntomas que exigen atención. Durante los controles sucesivos se refuerzan los mensajes, se resuelven dudas y se valora la capacidad de la mujer para reconocer cambios. Si existe ingreso hospitalario, la enseñanza se adapta a la situación clínica y al estado emocional del momento.

El alta constituye un punto crítico. En esa fase se recomienda una revisión final de signos de alarma, vías de contacto, controles previstos y medidas de autocuidado. El puerperio temprano precisa además una estrategia de recuerdo, especialmente cuando concurren cansancio, analgesia, inicio de la lactancia o atención preferente al recién nacido. Cuando el modelo organizativo lo permita, una

llamada de seguimiento o un contacto programado puede favorecer la continuidad del mensaje y detectar dudas no expresadas durante el alta.

Estrategias docentes propuestas

La intervención educativa se beneficia de técnicas de comunicación clínica breves y repetibles. La información verbal debe ser concreta, evitar tecnicismos innecesarios y vincular cada síntoma con una conducta de búsqueda de ayuda. La entrega de material escrito permite revisar la información en domicilio y compartirla con la familia. No obstante, su utilidad depende de que esté redactado con frases cortas, orden claro y escasa densidad conceptual.

Una medida especialmente útil es la comprobación activa de comprensión. En lugar de preguntar de forma genérica si la paciente ha entendido, se solicita que explique con sus palabras qué síntomas le harían consultar y dónde acudiría. Este retorno permite identificar lagunas, creencias erróneas o una falsa sensación de seguridad. También facilita adaptar la intervención a barreras idiomáticas, dificultades cognitivas transitorias, ansiedad o cansancio.

La participación de la pareja o de otra persona de apoyo puede resultar beneficiosa, siempre que la mujer lo acepte. En situaciones de malestar físico o sobrecarga emocional, el entorno cuidador puede actuar como apoyo para reconocer síntomas y activar la consulta. Esta medida es particularmente relevante en el posparto, cuando la mujer puede priorizar el cuidado del recién nacido sobre su propio estado de salud.

Papel de Enfermería en la coordinación y el registro

La propuesta sitúa a Enfermería como eje de continuidad educativa. Entre sus funciones se incluyen identificar necesidades de aprendizaje, proporcionar información ajustada a la situación clínica, detectar barreras para el autocuidado, registrar la intervención y facilitar la coordinación con el resto del equipo. El registro no debe limitarse a la mención genérica de “educación sanitaria”, sino reflejar qué contenidos se abordaron, si hubo material escrito, si se verificó comprensión y si se incorporó a la familia o acompañante.

Un registro más específico mejora la trazabilidad del proceso y permite que otros profesionales conozcan el punto en el que se encuentra la educación de la mujer. Asimismo, reduce duplicidades improductivas y hace posible identificar omisiones. En términos de calidad asistencial, documentar adecuadamente la enseñanza forma parte de la seguridad del paciente, ya que convierte la información clínica en una intervención planificada y evaluable.

Indicadores de seguimiento

Para valorar la implantación del plan pueden utilizarse indicadores de proceso y de resultado. Entre los primeros resultan factibles la proporción de mujeres con hipertensión del embarazo que reciben educación documentada, el porcentaje de altas con entrega de material escrito, la presencia de registro sobre verificación de comprensión y la inclusión del puerperio en el itinerario educativo. Como indicadores de resultado pueden considerarse la capacidad declarada de identificar signos de alarma, la adecuación de la demanda asistencial ante síntomas sugerentes de empeoramiento y la disminución de consultas motivadas por información contradictoria o insuficiente.

Estos indicadores deben adaptarse a la capacidad de recogida de datos del centro y revisarse periódicamente. La finalidad no es generar una carga burocrática añadida, sino disponer de señales útiles para saber si el proceso educativo se está realizando de forma homogénea y si aporta valor clínico.

Barreras y facilitadores

Entre las barreras previsibles destacan la presión asistencial, la variabilidad en la experiencia de los profesionales, la ausencia de materiales comunes, la limitada alfabetización en salud, las dificultades idiomáticas, la sobrecarga del puerperio y la fragmentación entre niveles asistenciales. También puede interferir la percepción errónea de que, tras el nacimiento, el riesgo materno ha disminuido de manera suficiente como para relegar el seguimiento.

Como facilitadores destacan la existencia de circuitos obstétricos definidos, la accesibilidad de la matrona y del equipo de Enfermería, la

incorporación de hojas educativas validadas por el servicio, el respaldo institucional a la mejora de calidad y la integración de recordatorios en la historia clínica. La coordinación con atención primaria y con los dispositivos de seguimiento materno-infantil añade consistencia al mensaje y favorece que la mujer reciba información congruente en distintos contactos asistenciales.

Discusión/Conclusiones

La educación sobre signos de alarma en la hipertensión del embarazo no debe entenderse como un complemento opcional de la asistencia, sino como una dimensión de seguridad clínica estrechamente vinculada al pronóstico materno. Cuando la información es tardía, ambigua o se concentra en un único momento, se reduce la capacidad de la mujer para interpretar síntomas potencialmente relevantes. En cambio, una estrategia planificada, repetida y comprensible puede favorecer una respuesta más adecuada ante cambios clínicos y mejorar la continuidad de cuidados entre embarazo, parto y puerperio.

La principal aportación del plan propuesto es desplazar el foco desde la mera transmisión de información hacia la calidad del proceso educativo. Esto implica seleccionar contenidos esenciales, usar lenguaje claro, verificar comprensión, registrar de forma útil y contemplar el entorno familiar. También supone reconocer que el puerperio es un periodo especialmente vulnerable para la pérdida de información, la aparición de barreras de autocuidado y la infravaloración de síntomas maternos.

Desde el punto de vista organizativo, la implantación requiere liderazgo enfermero y apoyo institucional. La mejora difícilmente será sostenible si depende solo de la motivación individual. Se necesita definir materiales comunes, acordar mensajes mínimos y facilitar mecanismos de registro sencillos. Del mismo modo, conviene integrar la propuesta en circuitos ya existentes de seguridad del paciente y continuidad asistencial para evitar duplicidades y reforzar su viabilidad.

El plan presenta límites inherentes a cualquier propuesta general. Su aplicación debe adaptarse al nivel asistencial, al perfil de las pacientes, a la

disponibilidad de recursos y a los protocolos internos de cada centro. Además, la comprensión de la información no depende exclusivamente de la calidad del mensaje profesional; influyen factores emocionales, culturales y sociales que exigen una valoración individualizada. Por ello, la mejora educativa no sustituye el seguimiento clínico ni la accesibilidad del sistema sanitario, sino que debe desarrollarse en paralelo a ambos.

En síntesis, reforzar la educación enfermera sobre signos de alarma en la hipertensión del embarazo y en el puerperio puede contribuir a una atención más segura, más coherente y más centrada en la mujer. El valor del plan reside en su capacidad para convertir una necesidad conocida en una intervención organizada, evaluable y conectada con la práctica diaria de la Enfermería obstétrica.

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. Joshi A, Beyuo T, Oppong SA, Moyer CA, Lawrence ER. Preeclampsia knowledge among postpartum women treated for preeclampsia and eclampsia at Korle Bu Teaching Hospital in Accra, Ghana.. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):625. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03316-w>
2. Brown J, Alwan NA, West J, Brown S, McKinlay CJ, Farrar D, et al.. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes.. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD011970. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011970.pub2>
3. McDowell M, Cain MA, Brumley J. Excessive Gestational Weight Gain.. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(1):46-54. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12927>
4. Ford ND, Robbins CL, Nandi N, Hayes DK, Loustalot F, Kuklina E, et al.. Clinician Knowledge and Practices Related to a Patient History of Hypertensive Disorders of Pregnancy.. *Obstet Gynecol*. 2022;139(5):898-906. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004722>

5. Leslie MS, Briggs LA. Preeclampsia and the Risk of Future Vascular Disease and Mortality: A Review.. J Midwifery Womens Health. 2016;61(3):315-24. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12469>
6. 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>
7. Palatnik A, Sunji N, Peterson Z, Ohlendorf J, Pan AY, Kulinski J. Intensive postpartum antihypertensive treatment (IPAT) and healthy lifestyle education: Study protocol for a pilot randomized controlled trial for patients with hypertensive disorders of pregnancy.. Contemp Clin Trials. 2024;147:107710. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107710>
8. Green JE, Roth H, Harris-Roxas B, Baird K, Guirgis C, Gundevia Z, et al.. Pilot Implementation of a Post-Hypertensive Disorders of Pregnancy Education and Follow-Up Package for Health Care Providers: Protocol for a Mixed Methods Pilot Study.. JMIR Res Protoc. 2026;15:e81069. doi: <https://doi.org/10.2196/81069>
9. Mkhize PZ, Dorsamy V, Khaliq OP, Moodley J. Nurses' knowledge to identify, prevent and manage hypertensive disorder of pregnancy.. S Afr Fam Pract (2004). 2024;66(1):e1-e7. doi: <https://doi.org/10.4102/safp.v66i1.5995>

ARTÍCULO 05

Optimización del apoyo familiar en la atención inicial al politraumatismo

Optimizing family support in the initial care of multiple trauma

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):135

Autor principal (primer firmante)

Natalia García Serrano

Fecha recepción

24/06/26

Fecha aceptación

21/07/26

Fecha de publicación

27/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:135

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Comunicación;
Traumatismos múltiples;
Seguridad del paciente;
Apoyo emocional; Triage;
Mejora de la calidad;
Familia; Atención inicial;
Servicio de urgencias;
Enfermería de urgencias

Resumen

Introducción: La atención inicial al paciente politraumatizado se desarrolla en un entorno de elevada presión asistencial, priorización clínica y riesgo potencial para la seguridad del paciente. En este contexto, la familia suele experimentar desorganización emocional, incertidumbre y dificultades para comprender el proceso asistencial. La ausencia de un abordaje estructurado del apoyo familiar puede generar interferencias comunicativas, aumentar la ansiedad y dificultar la colaboración en momentos clave.

Objetivos: Analizar el papel de la Enfermería de urgencias en la optimización del apoyo familiar durante la atención inicial al politraumatismo y proponer una estrategia de mejora orientada a la calidad asistencial, la comunicación y la seguridad del paciente.

Metodología: Se presenta un análisis aplicado de mejora de calidad en el entorno de urgencias hospitalarias, centrado en el proceso de acogida, información, acompañamiento y seguimiento inicial de la familia del paciente con traumatismos múltiples. El abordaje se organiza en torno a la identificación del problema asistencial, la definición de objetivos, la descripción de intervenciones enfermeras, los posibles indicadores de seguimiento y los principales condicionantes de implantación.

Resultados: La propuesta de mejora incluye la definición de circuitos informativos básicos, la asignación de funciones enfermeras en la acogida familiar, la comunicación breve y repetida adaptada a la situación clínica, la coordinación con triaje, box de críticos y equipos médicos, así como medidas de contención emocional y de reducción de riesgos asociados a la desinformación. También se describen barreras organizativas frecuentes y elementos facilitadores para su integración en la práctica real.

Discusión/Conclusiones: La atención a la familia en el politraumatismo no debe entenderse como un componente accesorio, sino como una intervención vinculada a la humanización, la continuidad de cuidados y la seguridad. Un modelo enfermero estructurado, flexible y adaptado a los protocolos del centro puede contribuir a mejorar la experiencia asistencial, reducir incidencias comunicativas y favorecer un entorno más seguro para el paciente y sus allegados.

Abstract

Introduction: Initial care of patients with multiple trauma takes place in a high-pressure setting marked by clinical prioritization and potential patient safety risks. In this scenario, family members often experience emotional distress, uncertainty and difficulty understanding the care process. The lack of a structured approach to family support may lead to communication failures, increased anxiety and limited collaboration during critical moments.

Objectives: To analyze the role of emergency nursing in optimizing family support during the initial care of patients with multiple trauma and to propose a quality improvement strategy focused on communication, care quality and patient safety.

Methodology: An applied quality improvement analysis in the hospital emergency setting is presented, focusing on family reception, information, emotional support and early follow-up during trauma care. The approach is organized around problem identification, definition of improvement goals, description of nursing interventions, possible follow-up indicators and key implementation factors.

Results: The proposed strategy includes the definition of basic information pathways, assignment of nursing responsibilities in family reception, brief and repeated communication adapted to the clinical situation, coordination with triage, resuscitation areas and medical teams, as well as emotional containment measures and actions aimed at reducing risks associated with misinformation. Common organizational barriers and facilitating elements for implementation are also described.

Discussion/Conclusions: Family care in multiple trauma should not be considered an accessory component, but an intervention linked to humanized care, continuity and patient safety. A structured and flexible nursing model, adapted to local protocols, may improve the care experience, reduce communication incidents and support a safer environment for both patients and relatives.

Keywords: Communication; Multiple Trauma; Patient Safety; Emotional Support; Triage; Quality Improvement; Family; Initial Care; Emergency Service, Hospital; Emergency Nursing

Introducción

La atención inicial al politraumatismo constituye uno de los escenarios de mayor complejidad en los servicios de urgencias hospitalarios. La prioridad asistencial se centra, de forma justificada, en la estabilización clínica, la identificación de lesiones que comprometen la vida y la activación coordinada de recursos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, alrededor de ese núcleo técnico se sitúa una dimensión asistencial de gran relevancia: la presencia de la familia o de las personas allegadas, que irrumpen en un momento abrupto, cargado de incertidumbre y con escasa capacidad para interpretar lo que sucede.

En la práctica clínica, la familia del paciente politraumatizado puede llegar al servicio de urgencias desorientada, con información fragmentaria procedente del lugar del accidente, de los equipos extrahospitalarios o de terceros. A menudo desconoce el estado real del paciente, los tiempos previsibles del proceso y las limitaciones inherentes a la fase inicial de valoración. Esta situación favorece respuestas emocionales intensas, preguntas reiteradas, necesidad de contacto inmediato y, en ocasiones, conductas de tensión o bloqueo. No se trata únicamente de una cuestión de trato humano; cuando el apoyo familiar no se organiza de forma adecuada pueden aparecer problemas de comunicación, interferencias en circuitos asistenciales, sobrecarga de profesionales y aumento del malestar en un entorno ya tensionado.

La Enfermería de urgencias ocupa una posición singular en este proceso. Su presencia continuada en el área asistencial, su papel de enlace entre profesionales, pacientes y acompañantes, y su competencia en la observación clínica y relacional la convierten en un agente clave para estructurar la acogida y el acompañamiento familiar. La comunicación enfermera, cuando es clara, breve, honesta y ajustada a la situación clínica, puede disminuir la incertidumbre y facilitar una relación asistencial más ordenada. Del mismo modo, la detección temprana de necesidades emocionales, sociales o informativas permite anticipar incidencias y modular la respuesta del equipo.

El apoyo familiar en urgencias no debe confundirse con la transmisión continua de información clínica detallada ni con la promesa de presencia permanente junto al paciente. En el politraumatismo, las decisiones deben adaptarse a la gravedad, al área asistencial, a las prioridades de seguridad y a la capacidad operativa del equipo. Aun así, existen márgenes organizativos suficientes para mejorar la experiencia de la familia sin comprometer la atención clínica. Entre ellos destacan la identificación de un profesional de referencia, la clarificación de los tiempos de espera, la explicación de procedimientos generales, la contención emocional básica y la coordinación con otros recursos del centro cuando la situación lo requiere.

Desde la perspectiva de la mejora de la calidad, este tema conecta con varios ejes asistenciales: seguridad del paciente, humanización, continuidad informativa, gestión de expectativas y calidad percibida. El apoyo familiar también puede tener un valor práctico para el equipo, ya que una familia orientada y acompañada suele colaborar mejor con las indicaciones, aporta antecedentes útiles cuando es necesario y reduce la probabilidad de conflictos evitables. La intervención enfermera, por tanto, no se limita al acompañamiento emocional, sino que participa en la construcción de un entorno asistencial más seguro y funcional.

La optimización de este ámbito requiere evitar dos extremos. Por un lado, un enfoque exclusivamente biomédico que invisibilice la vivencia de la familia en nombre de la urgencia técnica. Por otro, un modelo poco estructurado, dependiente de la iniciativa individual, que genere variabilidad y desigualdad en la atención. Entre ambos se sitúa una propuesta organizativa realista, compatible con los tiempos y exigencias de la urgencia hospitalaria, en la que la Enfermería asume un papel coordinador y relacional dentro de un marco interdisciplinar.

Objetivos

Analizar los elementos asistenciales que influyen en el apoyo familiar durante la atención inicial al paciente con politraumatismo e identificar áreas de mejora en las que la Enfermería de urgencias puede desempeñar un papel determinante.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Describir los principales problemas de calidad y seguridad vinculados a la atención de la familia en la fase inicial del politraumatismo.
- Definir una propuesta de actuación enfermera orientada a la acogida, la información inicial y el acompañamiento emocional de los allegados.
- Plantear medidas organizativas que favorezcan una comunicación asistencial más ordenada entre familia y equipo.
- Identificar indicadores de seguimiento útiles para valorar la implantación de la mejora.
- Reconocer barreras y facilitadores para adaptar la propuesta a distintos servicios de urgencias hospitalarios.

Metodología

Se desarrolla una propuesta de mejora de calidad y seguridad aplicada al entorno de urgencias hospitalarias, centrada en la atención inicial a familias de pacientes con traumatismos múltiples. El análisis parte de situaciones habituales observadas en este ámbito: llegada simultánea de familiares durante la recepción del paciente, falta de referentes informativos claros, mensajes no homogéneos entre profesionales, tiempos de espera sin explicación, elevada carga emocional y dificultad para compatibilizar humanización con prioridad clínica.

El enfoque metodológico se articula sobre el proceso asistencial temprano, desde el ingreso del paciente en urgencias hasta la estabilización inicial o la derivación a otras áreas. No se propone un protocolo cerrado, sino una estructura organizativa orientativa que pueda adaptarse a la complejidad del centro, al volumen asistencial, a los recursos humanos disponibles y a los circuitos ya establecidos. La perspectiva es eminentemente enfermera, aunque se asume la necesidad de coordinación con medicina, personal administrativo, personal celador y, cuando proceda, trabajo social, psicología clínica u otros apoyos institucionales.

La propuesta se sustenta en cuatro ejes operativos. El primero es la acogida y localización de la familia,

que busca evitar la desorientación inicial y establecer un contacto profesional temprano. El segundo es la comunicación básica estructurada, entendida como transmisión de información general, veraz y prudente, sin invadir competencias ni generar expectativas inapropiadas. El tercero es la contención emocional y la identificación de necesidades específicas, incluyendo situaciones de especial vulnerabilidad. El cuarto es la continuidad del acompañamiento durante las primeras fases del proceso, con actualización razonable de la información disponible y preparación de la familia para posibles cambios asistenciales.

Para valorar la viabilidad de la intervención se consideran de forma cualitativa varios componentes: claridad en la asignación de responsabilidades, compatibilidad con la dinámica del box de críticos, necesidad de formación breve en comunicación clínica, disponibilidad de espacios adecuados y establecimiento de indicadores sencillos de seguimiento. Se incorporan asimismo criterios de seguridad del paciente y de seguridad relacional, entendiendo esta última como la prevención de errores, conflictos o malentendidos derivados de una comunicación insuficiente o desorganizada.

Resultados

Problema asistencial detectado

En la atención inicial al politraumatismo, la familia suele quedar situada en una zona periférica del proceso asistencial. La prioridad vital del paciente y la concentración de profesionales en maniobras diagnósticas y terapéuticas hacen que la información a los allegados se retrase o se emita de manera irregular. Esta falta de estructura no siempre responde a desinterés profesional, sino a una organización centrada en la resolución clínica inmediata. No obstante, sus consecuencias pueden ser relevantes: aumento de ansiedad, demandas insistentes de información, desplazamientos no controlados por áreas asistenciales, dificultad para identificar a la persona de referencia y percepción de abandono.

Desde el punto de vista de la seguridad, la ausencia de un circuito claro para la familia puede generar interrupciones innecesarias durante

procedimientos críticos, problemas de confidencialidad, errores en la transmisión de mensajes y conflictos derivados de interpretaciones incorrectas. También puede dificultar la recogida de antecedentes relevantes, como enfermedades previas, tratamientos o circunstancias del accidente, especialmente cuando el paciente no puede aportarlos por sí mismo.

Elementos de la propuesta de mejora

La optimización del apoyo familiar requiere una intervención organizada en diferentes momentos de la atención inicial. No se trata de añadir tareas aisladas, sino de integrar una secuencia mínima de actuaciones asumible por el equipo de Enfermería.

1. Identificación temprana de familiares o allegados. Tras la llegada del paciente y una vez aseguradas las prioridades clínicas inmediatas, resulta útil identificar quién acompaña, cuál es su relación con el paciente y quién puede actuar como interlocutor principal. Esta medida evita la dispersión informativa y permite canalizar la comunicación de manera más ordenada. En familias numerosas o con alta carga emocional, la elección de una persona de referencia puede reducir la transmisión fragmentada de mensajes.

2. Acogida inicial estructurada. La familia necesita una primera interacción profesional que reconozca su presencia y explique, de forma breve, qué está ocurriendo. Expresiones sencillas sobre el proceso de valoración, la necesidad de priorizar la estabilización y la posibilidad de ampliar información cuando sea factible ayudan a situar expectativas. Esta acogida no exige una conversación extensa; su valor reside en disminuir la sensación de vacío asistencial.

3. Información breve, progresiva y coherente. En la fase inicial del politraumatismo, la información disponible suele ser parcial y cambiante. Por ello, la comunicación debe ser prudente, evitando anticipar diagnósticos o pronósticos no confirmados. La Enfermería puede informar sobre aspectos del proceso asistencial, tiempos aproximados de espera, realización de pruebas o traslados internos, siempre coordinándose con el equipo médico responsable para mantener coherencia. La repetición de mensajes clave puede

ser necesaria, dado el impacto emocional del momento.

4. Contención emocional básica. La observación enfermera permite detectar respuestas de ansiedad intensa, llanto incontenible, bloqueo, agresividad verbal reactiva o manifestaciones físicas de malestar. El acompañamiento en estos casos incluye escucha breve, validación del impacto emocional, indicaciones simples sobre dónde permanecer y valoración de la necesidad de apoyo adicional. En determinados perfiles, como personas mayores, menores acompañantes, barrera idiomática o antecedentes de vulnerabilidad psicosocial, la intervención debe individualizarse.

5. Protección de la seguridad y del entorno asistencial. Apoyar a la familia no implica permitir un acceso no regulado a áreas críticas. La Enfermería puede contribuir a explicar límites de acceso, motivos de determinadas restricciones y tiempos de espera previsibles, minimizando reacciones de confrontación. La información sobre normas básicas de funcionamiento del área favorece tanto la seguridad del paciente como la del propio equipo.

6. Continuidad informativa en cambios de fase. La evolución del paciente puede llevar a ingreso, traslado a quirófano, realización de pruebas o derivación a otra unidad. La transición entre espacios suele ser un momento especialmente desorganizador para la familia. Disponer de una secuencia básica de comunicación para estos cambios reduce la incertidumbre y evita pérdidas de información sobre la localización del paciente o el siguiente profesional de referencia.

Rol específico de la Enfermería de urgencias

La contribución enfermera en este proceso combina funciones clínicas, organizativas y relacionales. En primer lugar, la Enfermería puede actuar como enlace entre el área de atención directa y la familia, siempre dentro del marco competencial y coordinada con el resto del equipo. En segundo lugar, puede liderar la detección de necesidades de apoyo no estrictamente clínicas, como la presencia de menores, la falta de red de apoyo o las dificultades de comprensión. En tercer lugar, participa en la prevención de incidentes derivados de una comunicación deficiente.

Este rol no implica asumir en solitario toda la relación con la familia. La mejora real depende de una cultura de equipo en la que se comparta la importancia de mantener mensajes consistentes y de evitar vacíos prolongados de información. Aun así, la Enfermería dispone de una posición privilegiada para iniciar y sostener el circuito, por su accesibilidad y continuidad en la atención.

Indicadores de seguimiento

La implantación de una estrategia de mejora requiere indicadores sencillos y aplicables en la práctica cotidiana. Sin recurrir necesariamente a sistemas complejos, pueden considerarse criterios como la existencia de registro de interlocutor familiar, la constancia de una acogida inicial, la documentación de incidencias comunicativas relevantes, la trazabilidad de la información sobre traslados internos y la valoración cualitativa de la experiencia familiar mediante instrumentos adaptados al centro. También puede resultar útil revisar reclamaciones o conflictos relacionados con falta de información en el área de urgencias.

Desde una lógica de seguridad, interesa especialmente identificar eventos evitables vinculados a desorganización comunicativa: acceso no autorizado a zonas asistenciales, interrupciones en momentos críticos, errores de localización de familiares o discrepancias importantes entre mensajes transmitidos. La finalidad del indicador no es sancionar al profesional, sino visibilizar puntos vulnerables del proceso.

Barreras y facilitadores

Entre las barreras más frecuentes se encuentran la sobrecarga asistencial, la limitación de espacios, la falta de definición de responsabilidades, la variabilidad en habilidades comunicativas y la percepción de que el apoyo familiar resta tiempo a la atención clínica. También influyen el ruido ambiental, la presión temporal y la ausencia de circuitos compartidos entre triaje, admisión y áreas críticas.

Como facilitadores destacan la existencia de un liderazgo enfermero reconocible, la formación breve y práctica en comunicación en situaciones agudas, la disponibilidad de mensajes estructurados para la acogida y la coordinación interdisciplinar. La incorporación de esta dimensión a sesiones clínicas, planes de acogida profesional o estrategias de humanización puede favorecer su sostenibilidad. Igualmente, contar con un espacio delimitado para familiares y con apoyo puntual de otros recursos del centro mejora la viabilidad de la propuesta.

Discusión/Conclusiones

La atención a la familia del paciente politraumatizado suele quedar condicionada por la lógica de la urgencia vital, pero ello no justifica su invisibilización dentro del proceso asistencial. Cuando la familia permanece sin orientación, la calidad percibida disminuye y aumentan los riesgos de malentendidos, conflictos y dificultades organizativas. Por el contrario, una respuesta enfermera estructurada, aunque sea breve y necesariamente limitada por la situación clínica, puede ordenar expectativas y reforzar la seguridad del entorno.

Uno de los principales aportes de esta propuesta es considerar el apoyo familiar como parte del proceso asistencial inicial y no como una tarea secundaria dependiente de la buena voluntad individual. Esta perspectiva permite integrar la comunicación, la acogida y el acompañamiento emocional en una secuencia de trabajo compatible con la dinámica de urgencias. No se plantea sustituir la información médica ni establecer tiempos rígidos, sino crear un marco mínimo y reconocible que reduzca la variabilidad.

La implementación exige realismo. No todos los servicios de urgencias disponen del mismo número de profesionales, de espacios adecuados o de circuitos consolidados. En determinados momentos de saturación, la capacidad de desarrollar una atención familiar amplia será necesariamente menor. Aun así, incluso en contextos complejos, pequeñas acciones organizadas pueden tener un efecto significativo: identificar un referente, explicar la fase asistencial, actualizar la localización del paciente y detectar situaciones de especial fragilidad.

Otro aspecto relevante es la formación. La competencia técnica en trauma no garantiza por sí sola una comunicación eficaz en escenarios de alta carga emocional. La Enfermería de urgencias se beneficia de herramientas específicas para transmitir información incierta, contener reacciones intensas y mantener límites asistenciales sin perder calidad relacional. Esta formación debe vincularse a la práctica real del servicio y no quedar reducida a recomendaciones genéricas.

La mejora del apoyo familiar también contribuye a una visión más completa de la seguridad del paciente. La seguridad no depende exclusivamente de procedimientos clínicos correctos; también se relaciona con la forma en que circula la información, se organizan los espacios y se gestiona la interacción con las personas allegadas. Una familia orientada y acompañada colabora mejor con el proceso, aporta datos útiles y reduce interferencias evitables en momentos de alta complejidad.

En síntesis, optimizar el apoyo familiar en la atención inicial al politraumatismo es una línea de mejora pertinente para los servicios de urgencias y una oportunidad clara para la Enfermería. Su desarrollo requiere adaptación local, coordinación interdisciplinar y evaluación continuada, pero puede favorecer una atención más segura, más humana y mejor integrada con las necesidades reales de pacientes y familias.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses que haya podido influir en el contenido del presente trabajo.

Financiación

La elaboración de este artículo no contó con financiación externa pública ni privada.

Bibliografía

1. Miller A, Marshall J, Edmonson C, Kobilansky BJ, Cross E. Stress Mitigation Strategies for Trauma Nurses: A Case Study.. J Trauma Nurs. 2019;26(3):147-153. doi: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000440>
2. Botes ML, Langley G. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng.. Curationis. 2016;39(1):1567. doi: <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
3. Biz C, Buffon L, Marin R, Petrova N. Orthopaedic nursing challenges in poly-traumatised patient management: A critical analysis of an Orthopaedic and Trauma Unit.. Int J Orthop Trauma Nurs. 2016;23:60-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.003>
4. Froeliger A, Deneux-Tharoux C, Sutter-Dallay AL, Bouchghoul H, Loussert L, Madar H, et al.. Childbirth-related posttraumatic stress disorder and postpartum depression following cesarean delivery.. Am J Obstet Gynecol. 2026;233(6S):S199-S215. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.03.040>
5. Crichton AJ, Babl F, Oakley E, Greenham M, Hearps S, Delzoppo C, et al.. Prediction of Multidimensional Fatigue After Childhood Brain Injury.. J Head Trauma Rehabil. 2017;32(2):107-116. doi: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000248>
6. Kirchhoff C, Stegmaier J, Buhmann S, Leidel BA, Biberthaler P, Mutschler W, et al.. Trauma surgeons' attitude towards family presence during trauma resuscitation: a nationwide survey.. Resuscitation. 2007;75(2):267-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.04.015>
7. Nutbeam T, Brandling J, Wallis LA, Stassen W. Understanding people's experiences of extrication while being trapped in motor vehicles: a qualitative interview study.. BMJ Open. 2022;12(9):e063798. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063798>
8. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma.. J Trauma Nurs. 2013;20(2):77-85. doi: <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31829600a8>
9. Waldemar A, Thylén I. Navigating family-witnessed resuscitation in hospitals: content analysis of free-text survey data.. Int J Nurs Stud Adv. 2025;8:100347. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100347>

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada,
Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

27 DE JULIO DE 2026

Vol. I · N.º 7 · Julio 2026

Artículos 131-135

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria