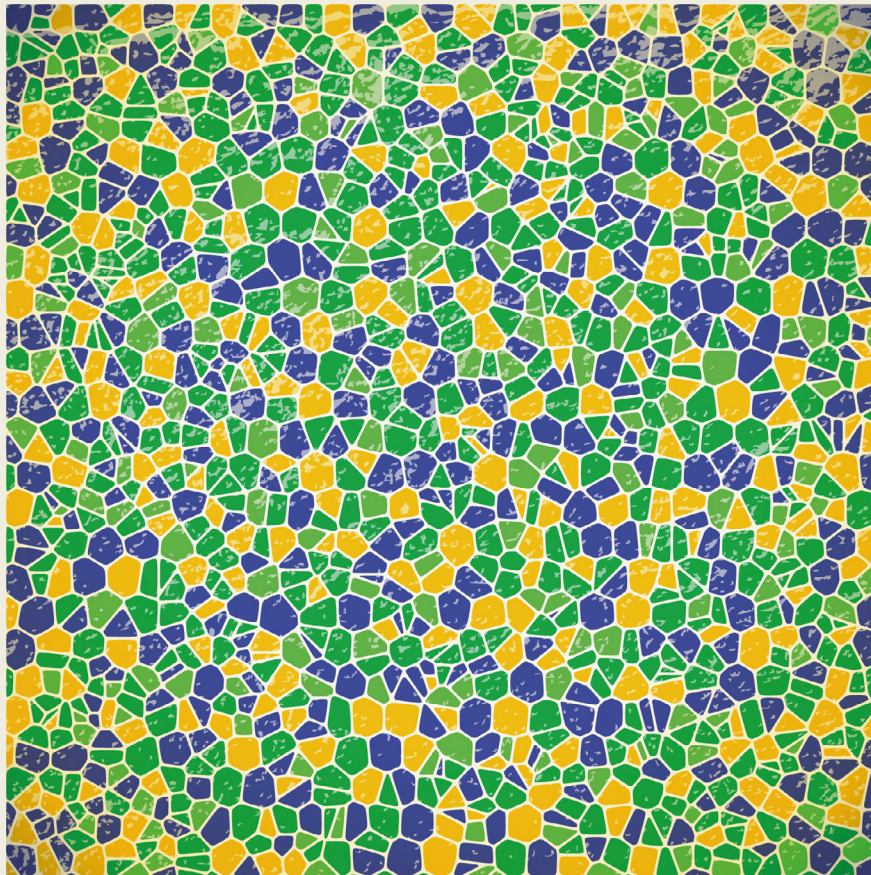


HYGIA DE ENFERMERÍA



SEGURO DE VIDA EXCLUSIVO PARA COLEGIADOS DEL ICOES

Como profesional de la enfermería, tu compromiso con los demás es admirable. Pero, **¿Quién protege lo que tú más quieres en caso de un imprevisto?**

Desde **AndalBrok**, la correduría de seguros que gestiona las pólizas del Colegio de Enfermería de Sevilla te ofrecemos un **Seguro de Vida** con un capital de 100.000 €, **tanto por fallecimiento por cualquier causa como por invalidez permanente profesional***, y a un precio exclusivo solo por estar colegiado.

*Cualquier invalidez que te impida realizar la profesión de enfermería.

Te sorprenderá lo poco que cuesta estar protegido

Edad	Capital	Precio anual
30 años	100.000 €	122 €/año
40 años	100.000 €	152 €/año
45 años	100.000 €	304 €/año
50 años	100.000 €	448 €/año
54 años	100.000 €	581 €/año

*Otras edades o capitales, consultar



EDITA

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla
Ana María Moltó Boluda

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez
Marta Lima Serrano
Raquel Martín Martín
Rocío Romero Serrano
Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Jesús Fernández López

TIRADA

1.500 ejemplares

ISSN

1576/3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20
Tel.: 954 933 800
Fax: 954 933 803
Sitio web: www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo electrónico: colegio@icoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@icoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente por medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en las bases de datos CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

EDITORIAL

4 La batalla del Estatuto

Jorge Romero Martínez

ORIGINALES / ORIGINALS

5 Uso de bañeras durante la dilatación/expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía

Use of birthing pools during the dilation and expulsive stages in public hospitals of Andalusia

María Cano Martín y Vicente Velázquez Vázquez

10 Coste-efectividad de la terapia compresiva con vendas de baja elasticidad en la cicatrización de úlceras venosas

Cost-effectiveness of short-stretch compression therapy for venous leg ulcer healing

Elisa Bolívar Gilpérez, Adrián García Montero, Verónica Galindo Cantillo e Inmaculada Aroca Gallardo

REVISIONES / REVIEWS

16 Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria: una revisión narrativa

School Nursing in the promotion of nutritional health in Primary Education: a narrative review

Víctor Bohórquez Sánchez

27 Revisión narrativa sobre cómo influye la duración del permiso maternal en el mantenimiento de la lactancia materna

Narrative review on how the length of maternity leave influences the maintenance of breastfeeding

María Lucía Ortiz Sosa

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

34 Iniciación estructurada en los procesos de escritura científica: Elementos centrales de un artículo (I): Introducción/Objetivos/Metodología

Structured introduction to scientific writing processes: Core elements of an article (I): Introduction/Objectives/Methodology

Ana María Moltó Boluda

40 Sexualidad a lo largo del ciclo vital: infancia al climaterio. Revisión de la literatura

Sexuality throughout the life course: a literature review

Alba Vargas Crespo, Dolores Pont Vázquez y Lourdes Márquez Suarez

49 Premio ICOES Mejor Artículo Científico Cuarto Trimestre 2025

David Sanabria Delgado

La batalla del Estatuto

Jorge Romero Martínez

Director de Hygia

La guerra abierta por un estatuto marco, que ponga fin a la ilegalidad de la clasificación de nuestra profesión enfermera acorde al nivel actual de formación superior enmarcada en los estudios de grado, se libra sin cuartel, especialmente en las redes sociales. El espectáculo que se ofrece es cuanto menos bochornoso. La lucha por los derechos laborales de los médicos que ponga fin a jornadas leoninas de trabajo de 24 horas, por poner tan solo un ejemplo, es completamente lícita y justa, pero ésta se acompaña de otra que subyace, que ya no es una cruzada tan fiel.

Los pacientes observan atónitos a los misiles que se lanzan desde sus posiciones médicas y enfermeras con desacreditaciones permanentes. Especialmente virulentos son los ataques médicos descalificando nuestra profesión en cuanto a nuestra capacidad de liderazgo y gestión de instituciones sanitarias. Escondidos tras perfiles ocultos escribir barbaridades sale de una manera más natural y fácil que si la crónica fuese firmada con nombres y apellidos. Y es que la firma del ansiado estatuto permitiría a las enfermeras acceder a puestos de gestión de instituciones sanitarias que actualmente se nos tienen vetados por no pertenecer al actual nivel profesional A1. Y claro, por ahí viene el *problema*.

Este tema hace aflorar las emociones más arcaicas de algunos sectores de la profesión médica. Sentimientos de superioridad sobre una capacidad que nada tiene que ver con el acto médico ni enfermero sino con habilidades y aptitudes en la gestión de

equipos de trabajo, de recursos materiales, económicos, capacidad de liderazgo, etc. En medicina basada en evidencia las opiniones de *expertos* siempre han estado por debajo de la investigación reglada. Hoy día, en plena revolución informática asistida por Inteligencia Artificial (IA) es fácil acceder a una búsqueda simple sobre este tema. Incluso para las mentes vagas y torpes existen herramientas con IA que les permitan revisar cualquier cuestión en apenas segundos.

Una revisión Cochrane de 18 ensayos aleatorizados encontró que **la atención primaria liderada por enfermeras probablemente genera resultados de salud similares o mejores** que la atención liderada por médicos, con probablemente mayor satisfacción del paciente¹. Una revisión de 2024 confirmó que **la atención liderada por enfermeras es probablemente tan segura o más segura** que la atención médica en términos de mortalidad y admisiones hospitalarias, con el mayor efecto observado en enfermeras de práctica avanzada (*nurse practitioners*)². Sin embargo, para ser honesto no voy a ser corporativista, la verdad es que la evidencia sobre gestión ejecutiva hospitalaria específicamente es escasa y no permite conclusiones definitivas. La evidencia sobre la **capacidad de las enfermeras versus médicos en la gestión de instituciones sanitarias es limitada y muestra resultados mixtos**, sin una clara superioridad de un grupo sobre el otro en términos de resultados de calidad y seguridad hospitalaria. Pero por ello nos hemos ganado al menos el derecho al **beneficio de la duda** y la posibilidad de demostrar la valía que por nivel académico nos corresponde.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ, et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD001271.
2. Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Horvath K, Semlitsch T, Siebenhofer A. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Hum Resour Health*. 2024;22(1):74.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Martínez J. La batalla del Estatuto. *Hygia de Enfermería*. 2026; 43(1): 4

Uso de bañeras durante la dilatación/expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía

Use of birthing pools during the dilation and expulsive stages in public hospitals of Andalusia

María Cano Martín y Vicente Velázquez Vázquez

Matronas. Hospital de la Merced (AGS Osuna).

RESUMEN

Introducción: La hidroterapia aplicada al trabajo de parto consiste en la inmersión de la gestante en agua caliente con el fin de aliviar el dolor, favorecer la relajación y promover un ambiente de parto menos intervencionista. Diversas guías de entidades nacionales e internacionales avalan su uso durante la fase de dilatación por sus beneficios fisiológicos y psicológicos.

Objetivo: Evaluar el uso de bañeras durante la dilatación y el expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía, identificando su grado de implementación, barreras y facilitadores.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en ocho hospitales andaluces con disponibilidad de bañera obstétrica. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre uso, formación del personal y existencia de protocolos.

Resultados: Los resultados mostraron un uso limitado de las bañeras: el 50% de los encuestados refirió un uso "raro", el 25% "ocasional" y el 25% "nulo". Las principales barreras fueron la falta de formación (75%), escasez de personal, ausencia de protocolos claros y reticencia de algunos profesionales.

Discusión y conclusiones: Aunque el 62,5% de los centros dispone de protocolos, su aplicación práctica es escasa. Se concluye que el uso de bañeras durante la dilatación en hospitales públicos andaluces es inferior al 25%, siendo necesario reforzar la formación y sensibilización del personal sanitario, así como promover protocolos homogéneos que faciliten la implementación de esta práctica basada en la evidencia.

PALABRAS CLAVE

hidroterapia, parto en agua, trabajo de parto, analgesia obstétrica, matronas, hospitales públicos, Andalucía

ABSTRACT

Introduction: Hydrotherapy applied to labor refers to the immersion of the pregnant woman in warm water to relieve pain, promote relaxation, and encourage a less interventionist birth environment. Several national and international guidelines endorse its use during the dilation phase due to its physiological and psychological benefits.

Objective: The objective of this study was to assess the use of birthing pools during dilation and expulsion in public hospitals in Andalusia, identifying their level of implementation, barriers, and facilitators.

Methodology: A descriptive cross-sectional observational study was conducted in eight Andalusian hospitals equipped with obstetric bathtubs. A structured questionnaire was applied to evaluate usage, staff training, and the existence of protocols.

Results: Results showed limited use of birthing pools: 50% of respondents reported "rare" use, 25% "occasional," and 25% "never." The main barriers identified were lack of training (75%), insufficient staff, absence of clear protocols, and reluctance among some professionals.

Discussion and conclusion: Although 62.5% of the centers have specific protocols, their practical application remains scarce. It is concluded that the use of birthing pools during labor in Andalusian public hospitals is below 25%, highlighting the need to strengthen professional training and awareness, as well as to promote standardized protocols that facilitate the implementation of this evidence-based practice.

KEYWORDS

hydrotherapy, water birth, labor, obstetric, obstetric analgesia, midwives, public hospitals, Andalusia

INTRODUCCIÓN

La hidroterapia se define como la utilización del agua como agente terapéutico mediante la aplicación práctica de sus principios físicos sobre el cuerpo humano. En el trabajo de parto, consiste en la inmersión de la mujer gestante en una bañera o piscina de partos con agua caliente (36,5–37 °C) hasta el nivel pectoral,

durante un máximo de dos horas consecutivas y cumpliendo criterios de inclusión específicos. El uso de bañeras durante la dilatación y/o el expulsivo busca reducir el dolor, promover la relajación y favorecer un ambiente más fisiológico para el nacimiento. Aunque la práctica tiene raíces históricas, su introducción en el ámbito hospitalario es relativamente reciente^{4,5}.

El primer parto en agua documentado se remonta a 1803 en Francia, pero fue en el siglo XX cuando comenzó a estudiarse científicamente. En la década de 1960, Tcharkowsky en la Unión Soviética documentó partos en agua, observando beneficios sobre los recién nacidos. En 1960, el obstetra francés Michel

Tabla 1. Hospitales públicos andaluces con bañeras obstétricas.

HOSPITALES
Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)
Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga)
Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga)
Hospital Universitario Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)
Hospital Universitario Poniente (El Ejido, Almería)
Hospital La Inmaculada (Huércal Overa, Almería)
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)
Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)

Odent impulsó su uso en la maternidad de Pithiviers, demostrando los efectos positivos de la inmersión en agua caliente en la reducción del dolor y el estrés materno¹. En 1988, Bárbara Harper fundó Waterbirth International, consolidando la hidroterapia como una opción terapéutica segura para el parto².

En 1993, el informe Changing Childbirth del Reino Unido supuso la aceptación oficial del uso del agua durante el parto, y el Royal College of Midwives (RCM) y el United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) publicaron posteriormente posicionamientos favorables³. Actualmente, la hidroterapia está integrada en los estándares del Nursing and Midwifery Council y en las guías NICE⁴.

Numerosos estudios han descrito los beneficios fisiológicos y psicológicos de la inmersión en agua durante el parto: sensación de ingravidez y libertad de movimiento que facilita el descenso fetal, relajación muscular con disminución de la percepción del dolor y del estrés materno, aumento de endorfinas y oxitocina endógena, vasodilatación periférica con disminución de la presión arterial y mejor perfusión uteroplacentaria⁵. Además, se observa mayor elasticidad del periné y menor incidencia de traumatismo perineal, desgarros y episiotomías⁶. Todo ello contribuye a una menor necesidad de analgesia epidural y a un mayor grado de satisfacción y control por parte de la mujer.

La revisión Cochrane sobre inmersión en agua durante el parto (2018) concluye que reduce significativamente el uso de analgesia epidural sin efectos adversos sobre la madre o el feto, siempre que se cumplan los protocolos de inclusión, limpieza y desinfección establecidos⁷. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 1996 y en las recomendaciones de 2018 respalda el derecho de la mujer a decidir cómo controlar el dolor^{8,9}. Las guías NICE (2014) y la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal en España (nivel de evidencia A) recomiendan la inmersión en agua caliente como método eficaz para el alivio del dolor^{4,10}.

En España, la Asociación Española de Pediatría (AEP) reconoce su utilidad en gestaciones no complicadas y a término, al reducir la necesidad de analgesia farmacológica y la duración del parto, aunque no vincula su uso a mejores resultados perinatales⁶. En Andalucía, tanto la Guía orientadora para la preparación al nacimiento (2022) como el Proceso Asistencial Integrado “Embarazo,

parto y puerperio” (2024) apoyan la ducha o inmersión durante la dilatación como estrategia analgésica, aunque la evidencia de calidad alta sobre el parto en agua sigue siendo limitada^{11,12}.

Pese a las recomendaciones, su aplicación en los hospitales públicos andaluces sigue siendo escasa. El informe del Sistema Nacional de Salud (2022) señala que solo el 16% de los hospitales con servicio de obstetricia dispone de bañeras en el área de partos, y apenas un tercio permite el parto en agua¹³. Entre las principales barreras se encuentran el intervencionismo obstétrico, la falta de formación, la percepción de riesgo y la resistencia institucional a los métodos no intervencionistas.

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar el uso de bañeras durante la fase de dilatación y el expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía, identificando su nivel de implementación, barreras y facilitadores. Como objetivos específicos; Cuantificar cuántos hospitales públicos en Andalucía disponen de bañeras para el parto y en qué medida se utilizan, identificar los protocolos y guías clínicas existentes sobre el uso de bañeras en la atención al parto en estos hospitales y explorar las razones por las que no se utilizan en aquellos hospitales que disponen de ellas, pero no las emplean en la práctica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) en ocho hospitales públicos andaluces que disponen de bañera obstétrica para el trabajo de parto.

El instrumento de recolección fue un cuestionario diseñado específicamente para valorar la disponibilidad y uso de bañeras, la existencia de protocolos, la formación del personal y las percepciones de los profesionales. El cuestionario se administró mediante Google Forms entre el 19 de septiembre de 2024 y el 26 de febrero de 2025, respondido por 1 matrona de referencia por cada uno de los centros, considerados informantes clave por su desarrollo profesional dentro de su unidad, 3 matronas supervisoras, 4 matronas tutores de residentes, 1 matrona miembro de grupo de trabajo para la mejora de la humanización asistencial obstétrica. Estas personas fueron designadas por los cargos intermedios de las respectivas unidades, se desconoce el tiempo de experiencia profesional total o en su Unidad.

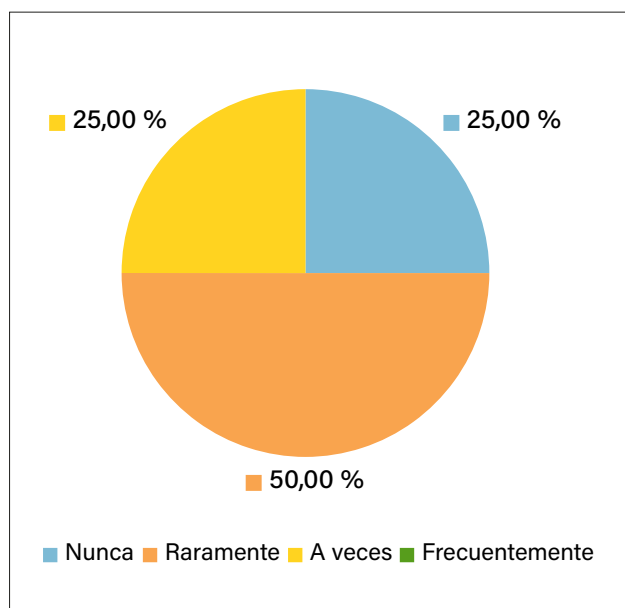
Las variables incluyeron:

- Disponibilidad y frecuencia de uso de bañeras.
- Existencia de protocolos clínicos.
- Formación específica del personal sanitario.
- Barreras y facilitadores percibidos para su uso.

Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva, calculando frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se representaron mediante gráficos de sectores que reflejaron el nivel de uso y las principales barreras identificadas. Las respuestas cualitativas se analizaron mediante análisis de contenido, categorizando los comentarios en temas recurrentes (falta de recursos, resistencia cultural, protocolos, seguridad percibida).

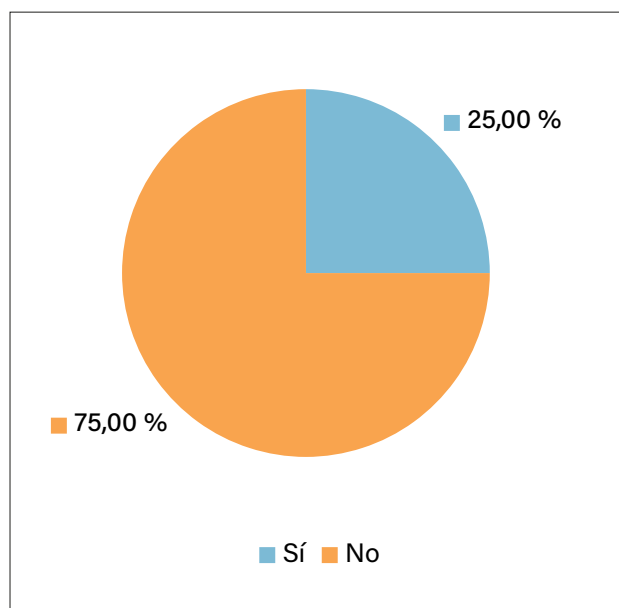
Las respuestas se mantuvieron anónimas y no se recopilaron datos personales de pacientes. La participación de los hospitales fue voluntaria, garantizando confidencialidad y uso exclusivo de los datos con fines de investigación. El estudio se realizó

Gráfico 1. Frecuencia de uso de la bañera obstétrica.



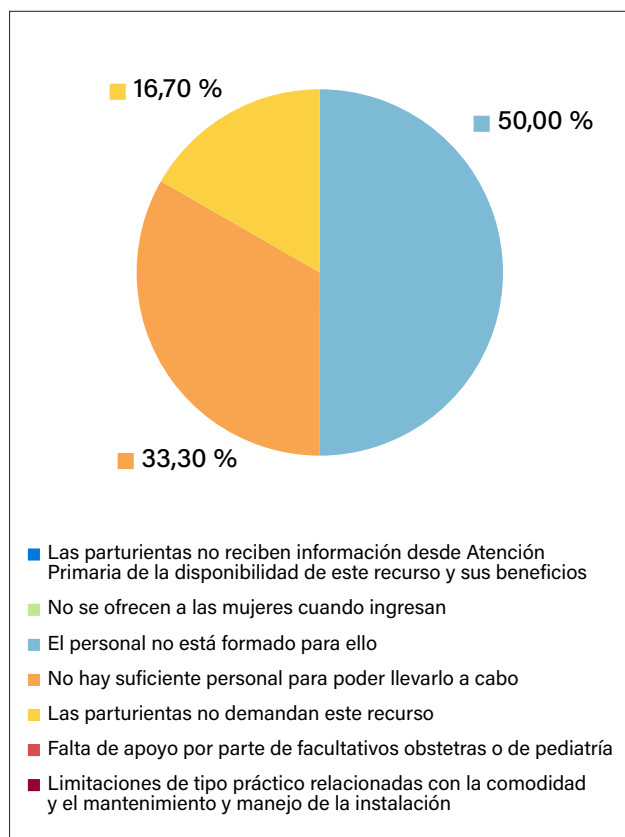
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Formación del personal sanitario en el uso de bañeras.



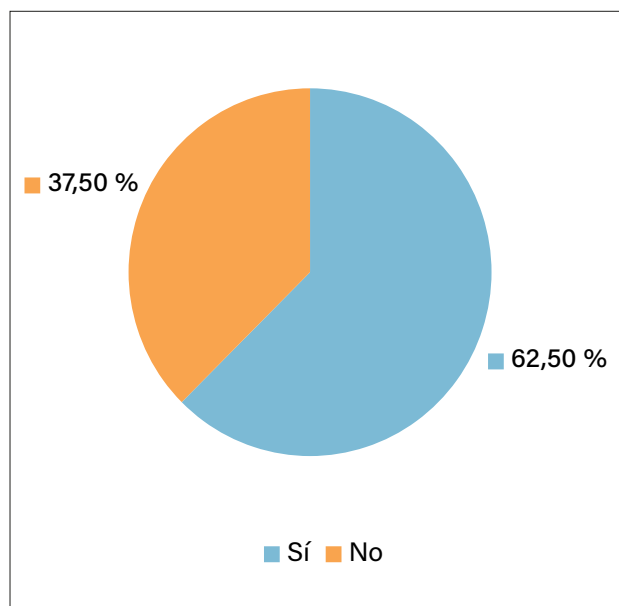
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Barreras percibidas para el uso de bañeras obstétricas.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. Existencia de protocolos clínicos sobre el uso de bañeras.



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

Los ocho hospitales públicos andaluces que cuentan con bañeras obstétricas para el trabajo de parto se describen en la Tabla 1.

Del análisis de los cuestionarios se desprende que el uso de la bañera durante el trabajo de parto es limitado: el 50% de los encuestados indicó que se usa “raramente”, el 25% señaló que se usa “a veces” y el 25% reportó que “nunca” se usa (Gráfico 1). Estos datos evidencian que, aunque existe infraestructura, su utilización sigue siendo escasa.

conforme a los principios éticos y la normativa vigente de protección de datos personales, incluyendo el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679).

Las principales razones identificadas para la baja frecuencia de uso se resumen en el Gráfico 2, destacando la falta de formación del personal, la escasez de recursos humanos, la ausencia de protocolos claros y la reticencia del personal sanitario.

Solo el 25% de los encuestados indicó haber recibido formación específica en el uso de bañeras obstétricas (Gráfico 3). Además, varios participantes destacaron que, aunque sus hospitales disponen de este recurso, su uso está restringido a la fase de dilatación y no se autoriza durante el expulsivo.

En cuanto a la existencia de protocolos clínicos, el 62,5% de los hospitales declaró disponer de guías específicas, frente al 37,5% que no cuenta con ellas (Gráfico 4). Sin embargo, la existencia de protocolos no garantizó el uso habitual de las bañeras, lo que sugiere que otros factores, como la formación o la carga asistencial, tienen un peso determinante.

Entre las recomendaciones aportadas por los profesionales destacan: reforzar la formación y sensibilización del personal sanitario, aumentar la disponibilidad de bañeras, y elaborar protocolos más detallados que unifiquen criterios de actuación.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue evaluar el uso de bañeras durante la dilatación y el expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía, identificando su nivel de implementación, barreras y facilitadores. Los resultados muestran que, pese a la existencia de infraestructura y recomendaciones institucionales, su utilización sigue siendo reducida.

El 50% de los encuestados reportó que las bañeras se usan “raramente”, el 25% “a veces” y otro 25% “nunca”. Estos datos coinciden con los resultados de informes nacionales que señalan una escasa implantación del parto en agua en los centros públicos españoles¹³. La falta de formación (75%) y la reticencia de algunos profesionales destacan como las principales barreras para su implementación.

A nivel internacional, estudios como el de Cluett y Burns (2018) han demostrado que la inmersión en agua reduce el uso de analgesia epidural sin efectos adversos para la madre ni el recién nacido⁷. Asimismo, las guías NICE (2014) y el Royal College of Midwives (2012) recomiendan ofrecer la opción de inmersión a mujeres con embarazos de bajo riesgo, siempre que existan protocolos y personal capacitado^{3,4}.

En Andalucía, las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado “Embarazo, parto y puerperio” (2024) incluyen la ducha o inmersión en agua como medida analgésica durante la dilatación¹². Sin embargo, los resultados de este estudio reflejan que la implementación real de dichas pautas es baja, lo que sugiere la existencia de una brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica.

Las barreras identificadas (falta de recursos humanos, resistencia cultural, percepción de riesgo y desconocimiento de los beneficios) coinciden con las señaladas por investigaciones previas^{7,13}. Este estudio refuerza la necesidad de estrategias de formación continua para matronas y profesionales obstétricos, que garanticen la aplicación segura y homogénea de la hidroterapia durante el parto.

Además, el escaso uso del recurso se enmarca en un contexto de intervencionismo obstétrico creciente, con tasas de inducción del 27,7% y un aumento sostenido de cesáreas en los últimos años en el Sistema Nacional de Salud¹³. Estas tendencias limitan la adopción de prácticas menos invasivas como la inmersión en agua.

La falta de estudios previos centrados en los hospitales públicos andaluces dificulta la comparación directa de resultados, pero este trabajo aporta una primera aproximación a la situación regional. Estudios futuros podrían incluir la perspectiva de las mujeres usuarias, así como un análisis longitudinal que permita valorar la evolución de la práctica en el tiempo.

El presente estudio tiene limitaciones, como el tamaño reducido de la muestra (8 informantes, uno por cada uno de los centros), la naturaleza voluntaria de la participación y el carácter autoinformado de los datos. Sin embargo, sus hallazgos aportan información útil para la planificación de políticas sanitarias orientadas a humanizar la atención al parto y promover alternativas analgésicas basadas en la evidencia.

CONCLUSIONES

El estudio revela que, aunque algunos hospitales públicos andaluces disponen de bañeras obstétricas, su uso durante la dilatación y el expulsivo es inferior al 25%. Las principales causas son la falta de formación del personal, la escasez de recursos humanos, la ausencia de protocolos claros y la resistencia institucional al cambio.

Se evidencia la necesidad de reforzar la capacitación de los profesionales de obstetricia y matronería, así como de establecer protocolos consensuados que garanticen una práctica segura, homogénea y centrada en la mujer. Promover el uso de la hidroterapia como método analgésico no farmacológico contribuiría a disminuir la variabilidad asistencial y a mejorar la calidad y la humanización del parto en los hospitales públicos de Andalucía.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los hospitales públicos de Andalucía que colaboraron facilitando la información necesaria para la realización de este estudio.

Trabajo no financiado. Trabajo no presentado en ningún evento científico. No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

REFERENCIAS

1. Odent M. Birth and breastfeeding: rediscovering the needs of women during pregnancy and childbirth [Internet]. London: Free Association Books; 1999. Disponible en: books.google.es
2. Harper B. Gentle birth, gentle mothering: a doctor's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices [Internet]. Berkeley: Celestial Arts; 2004. Disponible en: archive.org
3. Royal College of Midwives. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: immersion in water for labour and birth [Internet]. London: RCM; 2012. Disponible en: www.rcm.org.uk
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. London: NICE; 2014 (actualizado 2023). Clinical guideline [CG190]. Disponible en: www.nice.org.uk
5. Pérez M, Salamanca MC, Martínez G, Roca C. Uso de la hidroterapia durante la fase activa de la primera etapa del parto [Internet]. Rev Enferm Ginecol Obstet. 2022;26(1):15-22. Disponible en: www.enfermeriaginecoobstetrica.com
6. Vila Candel R, coordinadora. Asociación Española de Pediatría. Atención del parto en el agua [Internet]. An Pediatr (Barc). 2015;82(2):108.e1-108.e3. Disponible en: doi.org
7. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A, Kaur R. Immersion in water in labour and birth [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD000111. Disponible en: doi.org
8. Tunçalp Ö, coordinador. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: iris.who.int
9. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
10. Marqués-Andrés S, coordinadora. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Disponible en: www.sanidad.gob.es
11. González Sanz JD, coordinador. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía [Internet]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2022. Disponible en: www.juntadeandalucia.es
12. Cerrillos González L, coordinador. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado [Internet]. 4ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 2024. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2025/03/2025.03.24-PA_EMBARAZO_v7.pdf
13. Reviriego Rodrigo E, Ibargoyen-Roteta N, coordinadoras. Inmersión en agua durante el parto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: www.sanidad.gob.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cano Martín M, Velázquez Vázquez V. Uso de bañeras durante la dilatación/expulsivo en los hospitales públicos de Andalucía. *Hygia de Enfermería*. 2026; 43(1): 5-9

Coste-efectividad de la terapia compresiva con vendas de baja elasticidad en la cicatrización de úlceras venosas

Cost-effectiveness of short-stretch compression therapy for venous leg ulcer healing

Elisa Bolívar Gilpérez^A, Adrián García Montero^B, Verónica Galindo Cantillo^C e Inmaculada Aroca Gallardo^D

^A Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito sanitario de Atención Primaria Sevilla.

^B Enfermero de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito sanitario de Atención Primaria Sevilla.

^C Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC), Distrito sanitario de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte.

^D A Enfermera Interna Residente (EIR) de la especialidad de Familia y Comunitaria. Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFYC) de Sevilla.

RESUMEN

Introducción: las úlceras venosas son la fase final del proceso de insuficiencia venosa crónica y representan las lesiones más prevalentes de miembros inferiores. La terapia compresiva es el "gold standard" para el tratamiento de estas heridas. La utilización de vendas de corta tracción o baja elasticidad destaca por generar un vendaje compresivo seguro y mejorar la hemodinámica venosa de los miembros inferiores.

Metodología: se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de la consulta de enfermería de práctica avanzada en heridas crónicas complejas de pacientes con úlcera venosa, lesión inferior a 100 cm² y con compresión con vendas de corta tracción o baja elasticidad.

Resultados: en esta cohorte de 31 pacientes, el tiempo medio de cicatrización fue de 38,7 días, se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en las dimensiones física, psíquica y social de la calidad de vida y se estimó un coste promedio aproximado de 13,08 €.

Conclusiones: Los resultados de este estudio son clínicamente relevantes y sugieren que las vendas de corta tracción o baja elasticidad son uno de los materiales de compresión más coste-efectivos en comparación con otros sistemas y que, además de reducir significativamente los tiempos de cicatrización, mejoran la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

úlcera venosa, vendajes de compresión, enfermería de práctica avanzada, cicatrización de heridas

ABSTRACT

Introduction: venous ulcers are the final stage of chronic venous insufficiency and represent the most prevalent lesions of the lower limbs. Compression therapy is the gold standard for treating these wounds. The use of short-stretch bandages is notable for providing a secure compression bandage and improving venous hemodynamics in the lower limbs.

Method: this is a retrospective descriptive study of the advanced practice nursing consultation in complex chronic wounds in patients with venous ulcers, lesions smaller than 100 cm², and compressed with short-stretch or bandages.

Results: in this cohort of 31 patients, the average healing time was 38.7 days, a statistically significant improvement ($p < 0.05$) was observed in the physical, psychological, and social dimensions of quality of life, and an approximate average cost of €13.08 was estimated.

Conclusion: the results are clinically relevant and suggest that short-stretch bandages are one of the most cost-effective compression materials compared to other materials and that, in addition to significantly reducing healing times, they improve quality of life.

KEYWORDS

varicose ulcer, compression bandages, advance practice nursing, wound healing

INTRODUCCIÓN

Dentro de las úlceras de extremidad inferior, las de etiología venosa son las más frecuentes (75-80%), con una incidencia de 2-5 casos cada 1000 personas por año¹. Las úlceras venosas representan la fase final del proceso de insuficiencia venosa crónica, caracterizado por la presencia de insuficiencia venosa, fenómenos postrombóticos y éstasis venosa por déficit o mal funcionamiento del bombeo de la zona maleolar y gemelar de las piernas¹.

Estas lesiones de etiología venosa presentan una alta complejidad, pues alrededor del 50 % de las lesiones permanecen abiertas hasta nueve meses; un 20 % pueden persistir hasta dos años y cerca del 8-10 % alcanzan evoluciones de hasta

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/3/2026

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1/4/2026

Correspondencia: Adrián García Montero

Correo electrónico: adgamont@gmail.com

cinco años². Incluso en los casos que cicatrizan, las tasas de recidiva oscilan entre el 60-70 %.

La terapia compresiva consiste en la aplicación de vendas de compresión de forma decreciente desde el pie hasta la pantorrilla con el objetivo de mejorar el retorno venoso y reducir la hipertensión venosa¹. La terapia compresiva es el tratamiento clave para las úlceras venosas y aumenta las tasas de curación en comparación con la no aplicación de la compresión³. Existen una amplia gama de productos y dispositivos de compresión. Dentro de ellas, el vendaje de corta tracción o baja elasticidad destaca por ser una compresión segura, generar un sistema altamente rígido, con bajas presiones de reposo, altas presiones de trabajo durante la contracción muscular y mejorar la hemodinámica venosa de los miembros inferiores⁴.

El objetivo general de este estudio es determinar el tiempo medio de cicatrización de las úlceras venosas mediante el uso del vendaje compresivo de corta tracción o baja elasticidad. Los objetivos específicos son analizar el coste económico medio del tratamiento y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la consulta de enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC) del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con úlcera en miembros inferiores de etiología venosa, derivados desde los centros de salud a la consulta EPA-HCC entre los años 2023-2025 con un tamaño de la úlcera menor a 100 cm² y comprimidos con vendas de corta tracción o baja elasticidad. La clasificación etiológica de las úlceras como venosa se realizó mediante valoración clínica especializada y exploración vascular no invasiva en Atención Primaria, descartándose la presencia de isquemia arterial significativa antes de la instauración de la terapia compresiva. Los criterios de exclusión fueron pacientes con úlceras de etiología no venosa, isquemia arterial significativa o cualquier contraindicación clínica para la terapia compresiva.

El manejo de las heridas se realizó en base a un abordaje local, valorando tipo de tejido y presencia de infección o biofilm y utilizando apósitos específicos para cada tipo de herida. De forma general se utilizaron apósitos antimicrobianos (apósitos de plata, cadexómero yodado o DACC-cloruro de diaquilcarbamilo-) en presencia de alta carga bacteriana y apósito de alginato o superabsorbente para la gestión del exudado. Las visitas en consulta de enfermería fueron de 2-3 curas a la semana, en función de las características de la herida.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, localización de la lesión y tiempo de cicatrización de la herida, contados desde la instauración de terapia compresiva con vendas de corta tracción o baja elasticidad en la primera consulta EPA-HCC.

La terapia compresiva se estandarizó mediante vendaje de corta tracción o baja elasticidad aplicado según la ley de Laplace para alcanzar presiones terapéuticas de 40 mm Hg. Para alcanzar esta presión terapéutica de 40 mm Hg, en pacientes con un tobillo de 18-25 cm colocamos una venda de 8 cm y una de 10 cm de corta tracción o baja elasticidad en espiga desde base del pie hasta dos dedos por debajo de hueso poplíteo, con un

Tabla 1. Distribución por rango de edad.

Tramo de edad	Cantidad de pacientes	Porcentaje
40-49 años	1	3,20 %
50-59 años	8	25,80 %
60-69 años	5	16,10 %
70-79 años	7	22,60 %
80-89 años	8	25,80 %
90-99 años	2	6,5 %

estiramiento al 50% y superponiendo el 50% las capas⁴. Para tobillos superiores a 25 cm, se realizó el cálculo de la técnica en base a la ley de Laplace, añadiendo una tercera venda de 10 cm de iguales características para conseguir 40 mm Hg aproximadamente.

El análisis económico de la terapia compresiva se realizó sumando el coste del material de compresión (venda de corta tracción o baja elasticidad de 8 cm y 10 cm lavables y reutilizables hasta 10 lavados, venda algodónada de 10 cm y malla tubular prevendaje) para el tiempo medio de cicatrización.

La CVRS se midió a través del cuestionario Wound-QoL 17 específico para heridas y validado al castellano⁵. Este cuestionario, que cuenta con 17 preguntas agrupadas en 4 campos: cuerpo, psique, vida cotidiana y economía, se suele administrar en la primera visita a la consulta EPA-HCC y en la última fase de epitelización de la herida, una vez la terapia compresiva está instaurada y el paciente es adherente. Se adjunta dicho cuestionario como anexo.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a un total de 31 pacientes con úlceras venosas en los 3 años que se llevó a cabo: 7 pacientes en el año 2023, 10 pacientes durante 2024 y 14 pacientes durante 2025.

El 52% de los pacientes presentaba úlcera en la pierna izquierda, mientras que el 35% en la pierna derecha. El 13% restante presentaba úlceras en ambos miembros inferiores. El 55% eran personas del sexo masculino y 45% del sexo femenino.

Más de la mitad de la muestra analizada (54,9%) lo representan pacientes por encima de los 70 años, como puede verse en la tabla 1.

El tiempo medio de cicatrización fue de 38,7 días (desviación estándar \pm 23,6 días). La cadencia de curas más frecuentemente establecida fue de 2 curas semanales (cada 72 horas: lunes y jueves) y 3 curas semanales (cada 48 horas: lunes, miércoles y viernes), en base a la cantidad de exudado o uso de antimicrobianos.

La calidad de vida fue analizada en distintos apartados del cuestionario Wound-QoL: cuerpo (ítems 1-5), psique (ítems 6-10), vida (ítems 11-16) y economía (ítem 17). Tras realizar un análisis de las variables cualitativas con la prueba de rangos

Tabla 2. Análisis económico de los costes de compresión para 38,7 días.

MATERIAL	1 cura - 1 día	2 curas - 3 días	14 curas - 38,7 días
Venda 8 cm	1,87 €	3,74 €	3,74 €
Venda 10 cm	2,29 €	4,58 €	4,58 €
Venda algodonada	0,16 €	0,80 €	2,24 €
Malla tubular	0,18 €	0,90 €	2,52 €
SUMA	4,50 €	10,02 €	13,08 €

con signo de Wilcoxon, se puede apreciar una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), por la cual la calidad de vida mejora con la compresión con vendas de corta tracción o baja elasticidad en los campos de cuerpo ($p = 0.008$), psique ($p = 0.025$) y vida cotidiana ($p = 0.012$). A pesar de que hay una mejora en el campo de economía, no hay evidencia estadística suficiente para afirmar que este campo se vea influenciado por la compresión.

El análisis económico comprende los gastos de las vendas de corta tracción o baja elasticidad (reutilizables y lavables hasta 10 veces) de los tamaños de 8 cm y 10 cm, la venda algodonada de 10 cm y la malla tubular previa al vendaje algodonado. Se ha estimado que, en 38,7 días de tiempo medio de cicatrización, se ha realizado un total de 14 curas: 3 curas semanales los primeros 21 días, 2 curas semanales los siguientes 14 días y una última cura la última semana, donde se comprueba la cicatrización de la lesión y se da el alta al paciente con recomendaciones.

El coste de los materiales se ha obtenido de la plataforma logística SIGLO para la provincia de Sevilla con los precios con IVA a fecha de diciembre de 2025. Para todo el proceso se emplean dos vendas de 8 cm y dos de 10 cm, debido a que son lavables y reutilizables hasta 10 veces. En cada cura se procede al recambio de las vendas usadas por el juego de repuesto ya limpio (por el paciente en su domicilio con indicaciones de la enfermera), de tal manera que tras finalizar la cicatrización se utiliza cada juego de vendas un total de 7 veces. En el caso de la malla tubular, se ha dividido el coste total de la caja (20 m) entre la longitud de la pierna que se utiliza en cada cura (75 cm). No se han tenido en cuenta costes de tiempos de enfermería ni otros productos utilizados para el tratamiento de heridas. En la tabla 2 se puede ver un desglose de este análisis económico, donde se aprecia que el coste total de la terapia compresiva, en este tiempo medio de cicatrización de 38,7 días, es de 13,08 €.

DISCUSIÓN

El tiempo medio de cicatrización de 38,7 días obtenido en nuestra cohorte de 31 pacientes, es un resultado que subraya la alta efectividad del vendaje compresivo de corta tracción o baja elasticidad en el tratamiento de las úlceras venosas. La clave de esta eficacia reside en su capacidad de generar bajas presiones de reposo (bien tolerada por el paciente) y una alta presión de trabajo durante la deambulación y la contracción muscular, al contrario que las vendas de larga tracción o alta elasticidad que generan altas presiones de reposo y bajas presiones de trabajo⁴. Este resultado no solo demuestra una

alta efectividad clínica, sino que sitúa a esta intervención en un rango de resolución notablemente rápido en comparación con los plazos estándar descritos en la literatura internacional, donde las úlceras venosas suelen cronificarse con tasas de apertura superiores a los 6 meses en el 40-50% de los casos².

Al contrastar nuestros resultados con la evidencia previa, observamos que el tiempo medio de 38,7 días es altamente competitivo frente al horizonte estándar de 12 semanas (84 días) utilizado frecuentemente como punto de corte en ensayos clínicos para evaluar la curación completa^{2,6}. Mientras que revisiones sistemáticas clásicas, como las de Cochrane, han sugerido históricamente que los sistemas de cuatro capas (elásticos) podrían curar más rápido que las vendas de corta tracción⁷, nuestros datos se alinean más con los estudios que defienden una mayor eficiencia hemodinámica de la compresión inelástica frente a la compresión con materiales elásticos para aumentar la fracción de eyección venosa y reducir el reflujo^{2,8}. Estudios comparativos señalan que las medias o vendajes elásticos, aunque efectivos para prevenir recurrencias, raramente logran normalizar la función de bombeo venoso con la misma eficacia que los inelásticos, lo que justificaría los tiempos más prolongados observados en terapias con materiales de alta extensibilidad^{2,8}. Además, la alta rigidez de los materiales inelásticos podría constituir un acelerador crítico del cierre de la herida al generar altos picos de presión de trabajo, al imitar la función de una válvula venosa artificial, traduciéndose esto en tasas de curación cercanas al 92-100% dentro de 12 semanas^{2,6}.

Es también interesante comparar nuestros hallazgos con el reciente estudio multicéntrico de 2025 realizado en el ámbito andaluz, que reportó una tasa de curación del 21,4% en tan solo 4 días de tratamiento intensivo con diversos sistemas compresivos⁹. En este contexto, nuestros resultados confirman que esa respuesta inicial rápida puede traducirse en una cicatrización completa sostenida en poco más de un mes al mantener una eficacia constante, probablemente debido a la capacidad de este material para mantener la presión de trabajo a pesar de la pérdida de presión en reposo, un fenómeno bien documentado en la literatura de Partsch y Mosti⁶⁻⁷.

La superioridad de nuestros tiempos de cicatrización respecto a otros reportes podría explicarse también por la corrección de la hemodinámica venosa. La literatura establece que los materiales inelásticos (como los usados en nuestro estudio) son significativamente más efectivos que los elásticos para aumentar la fracción de eyección venosa y reducir el reflujo^{2,8}, factores fisiopatológicos determinantes para la velocidad de cierre de la úlcera. Estudios comparativos señalan que las medias o ven-

dajes elásticos, aunque efectivos para prevenir recurrencias, raramente logran normalizar la función de bombeo venoso con la misma eficacia que los inelásticos, lo que justificaría los tiempos más prolongados observados en terapias con materiales de alta extensibilidad^{2,8}.

A pesar de que es conocido que la terapia compresiva es el "gold standard" en el tratamiento de las úlceras venosas, su aplicabilidad es variable y depende de muchos factores. Existen muchos estudios¹⁰⁻¹¹ que sugieren distintos grados de aplicabilidad en pacientes con úlcera venosa (20-54%). El desarrollo de estrategias de mejora, como la implantación de un protocolo centrado en el abordaje de pacientes con úlcera venosa y la aplicación de la terapia compresiva en nuestro distrito, ha permitido aumentar la tasa de pacientes con úlceras venosas con terapia compresiva aplicada¹⁰. El papel de las EPA-HCC es clave en la formación e instauración de las mejores prácticas en este perfil de pacientes.

La relación entre calidad de vida y terapia compresiva es directa, como se ha visto en los resultados. La literatura científica así lo respalda. El vendaje compresivo mejora aspectos físicos como el dolor y el edema¹², aspectos psicológicos como el aislamiento social y la autopercepción¹² y las actividades básicas para la vida diaria¹³⁻¹⁴. La mejora de esta calidad de vida fue patente conforme avanzaban las semanas hacia la cicatrización, pues percibimos a los pacientes con una actitud más positiva y menos condicionados por el hecho de tener una úlcera. La ausencia de significación estadística en la dimensión económica del Wound-QoL podría explicarse por la gratuidad de la asistencia y los materiales en nuestro sistema de salud, lo que minimiza la percepción de carga financiera directa por parte del paciente.

La evidencia científica actual sostiene que no existe una superioridad clínica significativa en términos de efectividad entre los distintos sistemas de vendaje compresivo¹⁵. No obstante, al realizar un análisis comparativo de costes entre los diferentes sistemas de compresión disponible en la región, las diferencias son determinantes. El uso de kits multicomponentes (con un coste medio de 17,60 € la unidad) supondría un gasto de 246,40 € por paciente para completar las 14 curas necesarias. Frente a esto, la utilización de vendas de corta tracción o baja elasticidad reutilizables reduce dicho coste a 13,08 €, lo que representa un ahorro de 7.232,92 € en el conjunto de esos 31 pacientes en material de compresión, sin afectar los tiempos de curación ni la calidad de vida del paciente¹⁶. Por su parte, la compresión con sistemas de velcros yuxtapuestos (sistema de compresión solicitado por las EPA-HCC, reutilizable, de muy fácil aplicación y con una duración de 6 meses),

presenta un coste por paciente de 65,29 €. Aunque esta cifra es ligeramente superior a la de las vendas de corta tracción, sigue representando una reducción de costes respecto a los kits multicomponentes. La ventaja estratégica de los velcros radica en su durabilidad de 6 meses; esto los posiciona como la opción más eficiente y rentable para pacientes con pronósticos de curación superiores a las 12 semanas. La implementación de estos dispositivos reutilizables (ya sean vendas o sistemas de velcro) se consolida como una estrategia de optimización de recursos públicos que garantiza la sostenibilidad del sistema sanitario sin mermar la calidad asistencial.

Si bien el tamaño de la muestra es limitado, los resultados obtenidos son altamente representativos para evidenciar la coste-efectividad de estos tratamientos en lesiones de etiología venosa. No obstante, sería interesante desarrollar investigaciones con cohortes más amplias que permitan dotar de mayor robustez a estos hallazgos y hacer grupos comparativos con distintos tipos de materiales de compresión.

CONCLUSIONES

El uso de vendaje de corta tracción o baja elasticidad ha demostrado una alta efectividad clínica, logrando un tiempo medio de cicatrización de 38,7 días, notablemente inferior a los reportados en la literatura para el abordaje convencional de las úlceras venosas. Además, supone una mejora estadísticamente significativa en la CVRS en las áreas de cuerpo, psique y vida cotidiana. El análisis económico revela que la terapia compresiva con vendas de corta tracción o baja elasticidad es un tratamiento altamente eficiente, con un coste medio aproximado en materiales de compresión de 13,08 € por proceso completo, muy inferior al de otros sistemas de compresión para el tiempo medio de cicatrización obtenido.

Todo ello lleva a considerar la terapia compresiva con vendas de corta tracción o baja elasticidad como uno de los materiales de compresión más coste-efectivos de los que disponemos en Atención Primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación, tanto pública como privada. Asimismo, carecen de intereses económicos o personales basados en los productos, tecnologías o metodologías mencionadas en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors: guia de pràctica clínica. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018
2. Stanek, A.; Mosti, G.; Nematillaevich, T.S.; Valesky, E.M.; Planinšek Ručigaj, T.; Boucelma, M.; Marakomichelakis, G.; Liew, A.; Fazeli, B.; Catalano, M.; et al. No More Venous Ulcers—What More Can We Do? *J. Clin. Med.* 2023, 12, 6153. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm12196153>. [Acceso 24/02/2026].
3. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11(3):CD000265 (Nelson EA, Bell-Syer SEM. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan;8(8):CD002303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23152202/>. [Acceso 24/02/2026].
4. García Montero A, Bolívar Gilpérez E, Galindo Cantillo V. Píldoras asistenciales: entendiendo la terapia compresiva en miembros inferiores. *Hygia de Enfermería.* 2024; 41(3): 123-127. Disponible en: <https://revistahygia.es/revistas/2024-volumen-41-tomo-3/pildoras-asistenciales-entendiendo-la-terapia-compresiva-en-miembros-inferiores/>. [Acceso 24/02/2026].

5. García-Doval I, de Lucas R, Carretero G, Ferrándiz C, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, et al. Validación de la versión española del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI) para su uso en la práctica clínica diaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(10):845-852. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23152202/>. [Acceso 24/02/2026].
6. Mosti G. Compression in leg ulcer treatment: inelastic compression. *Phlebology.* 2014 May;29(1 suppl):146-152. doi: 10.1177/0268355514526313. Epub 2014 May 19. PMID: 24843101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24843101/>. [Acceso 24/02/2026].
7. Partsch H, Mortimer P. Compression for leg wounds. *Br J Dermatol.* 2015 Aug;173(2):359-69. Epub 2015 Jun 12. PMID: 26094638. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26094638/>. [Acceso 24/02/2026].
8. Mosti G, Mattaliano V, Partsch H. Inelastic compression increases venous ejection fraction more than elastic bandages in patients with superficial venous reflux. *Phlebology.* 2008;23(6):287-94. PMID: 19029009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19029009/>. [Acceso 24/02/2026].
9. García, J.F., Ramírez, A.B., Ruiz, M.P., Conde, M.M., Jiménez, F.G., Láinez, J.L., García, M.G., & Fernández, F.P. (2026). Comparative Evaluation of Compression Systems in Venous Ulcers: Results in Edema, Scarring, and Patient Well-Being in the Short Term. *International Journal of Health Sciences (IJHS)*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/400242187_Comparative_Evaluation_of_Compression_Systems_in_Venous_Ulcers_Results_in_Edema_Scarring_and_Patient_Well-Being_in_the_Short_Term. [Acceso 24/02/2026].
10. Ruiz MJS, Moll NV, Gálvez MM, Jiménez MG, Muñoz LA. Compression therapy in patients with venous leg ulcers: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement.* 2025 Jul 1;23(3):256-264. PMID: 38832919. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38832919/>. [Acceso 24/02/2026].
11. Guest, J. F., et al. (2015). Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*, 5(12). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009283>. [Acceso 24/02/2026].
12. García-Vargas WG, Pastrana-Parra MF, Vargas-Cruz LD. Calidad de vida en personas que presentan úlceras venosas en miembros inferiores: una revisión integradora. *Enferm Glob.* 2024;23(1):541-557. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/566611>. [Acceso 24/02/2026].
13. Ashby RL, Gabe R, Ali S, Addison C et al. Clinical and cost-effectiveness of a four-layer bandaging system compared with a short-stretch bandage for venous leg ulcer healing: A multi-centre, randomised, controlled trial (VenUS IV). *Health Technol Assess.* 2014;18(57):1-116. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24315520/> [Acceso 24/02/2026].
14. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E et al. Compression bandages or stockings for the treatment of venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;9(9):CD000265. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308565/>. [Acceso 24/02/2026].
15. Perdomo-Pérez E, Jiménez-García JF, Arantón-Areosa L, Blasco-García C et al. Compresión en las lesiones de extremidad inferior: lesiones venosas. Serie de documentos de técnicos GNEAUPP nº XX. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Gerokomos.* 2025;36(Sup. 1):S1- S62. Disponible en: <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2025/03/36-suplemento01-2025.pdf>. [Acceso 24/02/2026].
16. González-Jiménez F, Pérez-Barreno D, Muñoz-Conde M, Aragón-Alba I et al. Protocolo de uso de los sistemas de velcros yuxtapuestos para el abordaje de úlceras venosas de piernas en el Servicio Andaluz de Salud. *Gerokomos [Internet].* 2024 [citado 2026 Feb 12]; 35(1): 55-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000100010&lng=es. [Acceso 24/02/2026].

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bolívar Gilpérez E, García Montero A, Galindo Cantillo V, Aroca Gallardo I. Coste-efectividad de la terapia compresiva con vendas de baja elasticidad en la cicatrización de úlceras venosas. *Hygia de Enfermería.* 2026; 43(1): 10-15

ANEXO I. CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS: WOUND-QOL (EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS)

Nombre de paciente:

DNI:

Fecha:

		nada	un poco	más o menos	bastante	mucho
1	He tenido dolores en la herida					
2	He sentido un olor desagradable en la herida					
3	He tenido flujo molesto en la herida					
4	No he podido dormir bien a causa de la herida					
5	El tratamiento de la herida me resulta muy molesto					
6	He estado decaído/a por la herida					
7	Me ha causado frustración el hecho de que la herida tarde tanto en curarse					
8	Me he preocupado por la herida					
9	He temido que la situación empeore o que aparezcan nuevas lesiones					
10	He temido golpearme la herida					
11	He tenido dificultades para moverme a causa de la herida					
12	He tenido dificultades para subir las escaleras a causa de la herida					
13	Me ha resultado difícil realizar las actividades diarias a causa de la herida					
14	A causa de la herida he tenido que limitar mis actividades de tiempo libre					
15	A causa de la herida he tenido que limitar mis actividades con otras personas					
16	A causa de la herida me he sentido dependiente de la ayuda de otras personas					
17	La herida me ha causado un perjuicio económico					

Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria: una revisión narrativa

School Nursing in the promotion of nutritional health in Primary Education: a narrative review

Víctor Bohórquez Sánchez

Enfermero Especialista en Pediatría. Máster Propio en Enfermería Escolar (Universidad de Sevilla).
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el papel de la Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria, identificando los modelos conceptuales que la sustentan, las funciones desarrolladas en el ámbito educativo, las principales prácticas descritas en la literatura y los beneficios asociados a su incorporación en los centros escolares.

Método: Se realizó una revisión narrativa con base integrativa y búsqueda bibliográfica estructurada en PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Dialnet, Google Scholar y búsqueda libre en internet. La estrategia se construyó a partir de una pregunta PICO y de descriptores en español e inglés relacionados con Enfermería Escolar, nutrición infantil, educación alimentaria y Educación Primaria en España. El núcleo de la revisión siguió un proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión adaptado de PRISMA, con límites de publicación entre 2015 y 2023, idioma español o inglés y acceso a texto completo. La búsqueda base identificó 1542 registros, de los que 18 estudios fueron finalmente incluidos para la síntesis cualitativa. Para contextualizar la situación española actual se añadieron, de forma narrativa y diferenciada, tres fuentes recientes sobre disponibilidad, función gestora y modelo andaluz de Enfermería Escolar. Los trabajos se resumieron en una matriz de extracción y se clasificaron de forma descriptiva según los niveles de evidencia del Joanna Briggs Institute.

Resultados: La evidencia sintetizada se organiza en cuatro ejes principales¹: modelos teóricos de enfoque holístico y socioecológico que fundamentan la intervención en el entorno escolar²; funciones de la enfermera escolar en promoción, prevención, educación sanitaria y coordinación comunitaria³; buenas prácticas basadas en programas educativos, intervenciones multicomponente y seguimiento del estado nutricional; y⁴ beneficios percibidos en hábitos alimentarios, estilos de vida, rendimiento académico y cohesión entre los sistemas sanitario y educativo. Las intervenciones lideradas por enfermeras escolares muestran efectos favorables, especialmente cuando integran familia, escuela y entorno.

Conclusiones: La Enfermería Escolar constituye una estrategia clave de salud pública para la promoción de la salud nutricional infantil, al permitir intervenciones integrales, sostenidas y contextualizadas en el entorno donde se adquieren los hábitos de vida. Su incorporación estructural en los centros educativos puede contribuir a la prevención temprana de la obesidad, la reducción de desigualdades y la creación de entornos escolares saludables.

PALABRAS CLAVE

enfermería escolar, educación primaria, nutrición infantil, promoción de la salud, educación nutricional, obesidad infantil

ABSTRACT

Objective: To analyze the role of school nursing in the promotion of nutritional health in primary education, identifying the conceptual models underpinning its practice, the functions developed within the educational setting, the main interventions described in the literature, and the benefits associated with its incorporation into schools.

Methods: An integrative narrative review was conducted based on a structured literature search in PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Dialnet, Google Scholar, and supplementary free internet searches. The search strategy was developed from a PICO question and Spanish and English descriptors related to school nursing, child nutrition, food and nutrition education, and primary education in Spain. The core review followed an identification, screening, eligibility, and inclusion process adapted from PRISMA. Publications published between 2015 and 2023 in English or Spanish and available in full text were considered. The initial search identified 1,542 records, of which 18 studies were included in the qualitative synthesis. To contextualize the current Spanish setting, three additional recent sources addressing availability, management functions, and the Andalusian model of school nursing were incorporated narratively.

Results: The evidence was organized into four main domains: theoretical models based on holistic and socioecological approaches; the role of school nurses in health promotion, prevention, health education, and community coordination; good practices including educational programmes, multicomponent interventions, and nutritional monitoring; and perceived benefits in dietary habits, healthy lifestyles, academic performance, and coordination between the health and education sectors. School nurse-led interventions showed favourable effects, particularly when they involved families, schools, and the wider community.

Conclusions: School nursing represents a key public health strategy for promoting children's nutritional health by enabling comprehensive, sustained, and context-sensitive interventions in the setting where health behaviours are shaped. Its structural incorporation into schools may contribute to the early prevention of childhood obesity, the reduction of health inequalities, and the development of healthier school environments.

KEYWORDS

school nursing, primary education, child nutrition, health promotion, nutrition education, childhood obesity.

INTRODUCCIÓN

La salud nutricional infantil constituye uno de los principales retos de salud pública a nivel global. El aumento progresivo del sobrepeso y la obesidad en la población infantil, junto con la adopción temprana de hábitos alimentarios inadecuados y estilos de vida sedentarios, genera consecuencias que no solo se presentan en la infancia, sino que se proyectan a lo largo de todo el ciclo vital, incrementando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. La infancia representa, por tanto, una etapa clave para desarrollar intervenciones preventivas eficaces y sostenibles¹⁻³.

En el ámbito europeo, los sistemas de vigilancia de la OMS subrayan que el exceso de peso infantil continúa siendo un reto mayor, con repercusiones sobre salud física, bienestar emocional y desempeño escolar⁴. En el contexto español, el estudio ALADINO se configura como una herramienta de vigilancia epidemiológica dirigida a conocer el estado nutricional de niños de 6 a 9 años y orientar políticas de prevención de la obesidad infantil. La más reciente edición de 2023, hizo un estudio transversal con mediciones antropométricas directas en una muestra representativa de 12.678 escolares de 296 centros de Educación Primaria en España (población escolar de 6 a 9 años), observando que el 36,1% del alumnado presenta exceso de peso, con 20,2% en situación de sobrepeso y 15,9% de obesidad, manteniéndose cifras elevadas pese a la ligera mejoría respecto a 2019⁵. Esta problemática se intensifica en contextos de desigualdad social, en los que el riesgo de exceso de peso se incrementa por determinantes como la renta familiar, el entorno alimentario, el acceso a actividad física segura y la disponibilidad de alimentos saludables^{5,6}.

El entorno escolar es un espacio privilegiado para promover la salud y prevenir conductas asociadas a la mala alimentación infantil, actuando no solo en los estudiantes, sino también en el conjunto de la comunidad educativa, la formación de la familia, el profesorado, así como mediante acciones sistémicas en el contexto escolar, actuando en el recreo, la infraestructura o la organización de los comedores escolares^{2,7,8}. En vinculación con lo expuesto, la educación para la salud se reconoce como un elemento clave para el alumnado^{9,10}.

La Enfermería Escolar se consolida como un recurso estratégico, por su capacidad de unir el ámbito sanitario y educativo: se trata de una práctica avanzada orientada a proteger y promover la salud, facilitar el desarrollo óptimo y favorecer el éxito académico desde una práctica ética y basada en la evidencia, en coordinación con el resto de la comunidad escolar^{10,11}. Desarrolla acciones que combinan la atención sanitaria y la educación para la salud, incluyendo educación nutricional, detección precoz de problemas relacionados con la alimentación, asesoramiento individual y familiar, así como la coordinación con otros profesionales para garantizar una respuesta multidisciplinaria a las necesidades del alumnado^{1,12-15}. En este contexto, destaca la atención que realiza la Enfermería Escolar sustentada en un modelo de cuidado holístico que entiende la salud del alumnado como el resultado de la interacción entre factores físicos, emocionales, sociales y ambientales^{16,17}. Este modelo, propio de la disciplina enfermera, no se limita a la atención de problemas puntuales,

sino que promueve una visión integral del desarrollo infantil, incorporando la educación para la salud, el acompañamiento familiar, la generación de entornos saludables y el fomento del autocuidado como un proceso educativo y social.

En España, a pesar de su desarrollo histórico¹¹, la implantación de la Enfermería Escolar sigue siendo heterogénea y limitada, lo que refuerza la necesidad de avanzar en el análisis del impacto de esta figura^{18,19}. Concretamente, coexisten diferentes modelos de atención de enfermería escolar: profesionales integrados a tiempo completo en un centro, más frecuente en centros privados o con necesidades especiales, modelos compartidos entre varias escuelas durante toda la jornada laboral, o figuras con funciones que combinan su labor asistencial con la labor en la escuela, estas dos últimas categorías más frecuentes en centros públicos y dependientes de administraciones educativas o sanitarias^{18,19}. También coexisten el modelo de enfermera escolares con labor asistencial y de promoción de la salud o, las llamadas enfermeras referentes escolares, con labor más orientada a la promoción de la salud, siendo, por ejemplo, el modelo desarrollado en Andalucía²⁰. Esta diversidad organizativa refleja la ausencia de un modelo homogéneo de implantación y la necesidad de generar evidencia que oriente su desarrollo.

Analizar los modelos de intervención desarrollados por la Enfermería Escolar en relación con la nutrición infantil resulta, por tanto, necesario para identificar prácticas efectivas, delimitar sus funciones específicas y aportar evidencia que contribuya a fortalecer su incorporación estructural en los centros educativos. El presente trabajo tiene como objetivo analizar el papel de la Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria, identificando los modelos de intervención descritos, las funciones desempeñadas por estos profesionales y las buenas prácticas que han demostrado ser eficaces para fomentar hábitos alimentarios saludables en la población infantil.

Las preguntas que han guiado esta revisión son:

1. ¿Qué modelos de intervención utiliza la Enfermería Escolar para el abordaje de la salud nutricional en la Educación Primaria en España?
2. ¿Cuál es el ámbito de actuación y funciones de la Enfermería Escolar en la Educación Primaria respecto a la atención nutricional?
3. ¿Qué buenas prácticas de Enfermería Escolar existen para el cuidado nutricional infantil?
4. ¿Qué beneficios se perciben de los Servicios de Enfermería Escolar para mejorar la nutrición infantil en el nivel educativo primario?

METODOLOGÍA

El presente manuscrito se plantea como una revisión narrativa de la literatura con base integrativa. Esta formulación permite ofrecer una síntesis interpretativa orientada a la práctica profesional, pero apoyada en una búsqueda estructurada y reproducible.

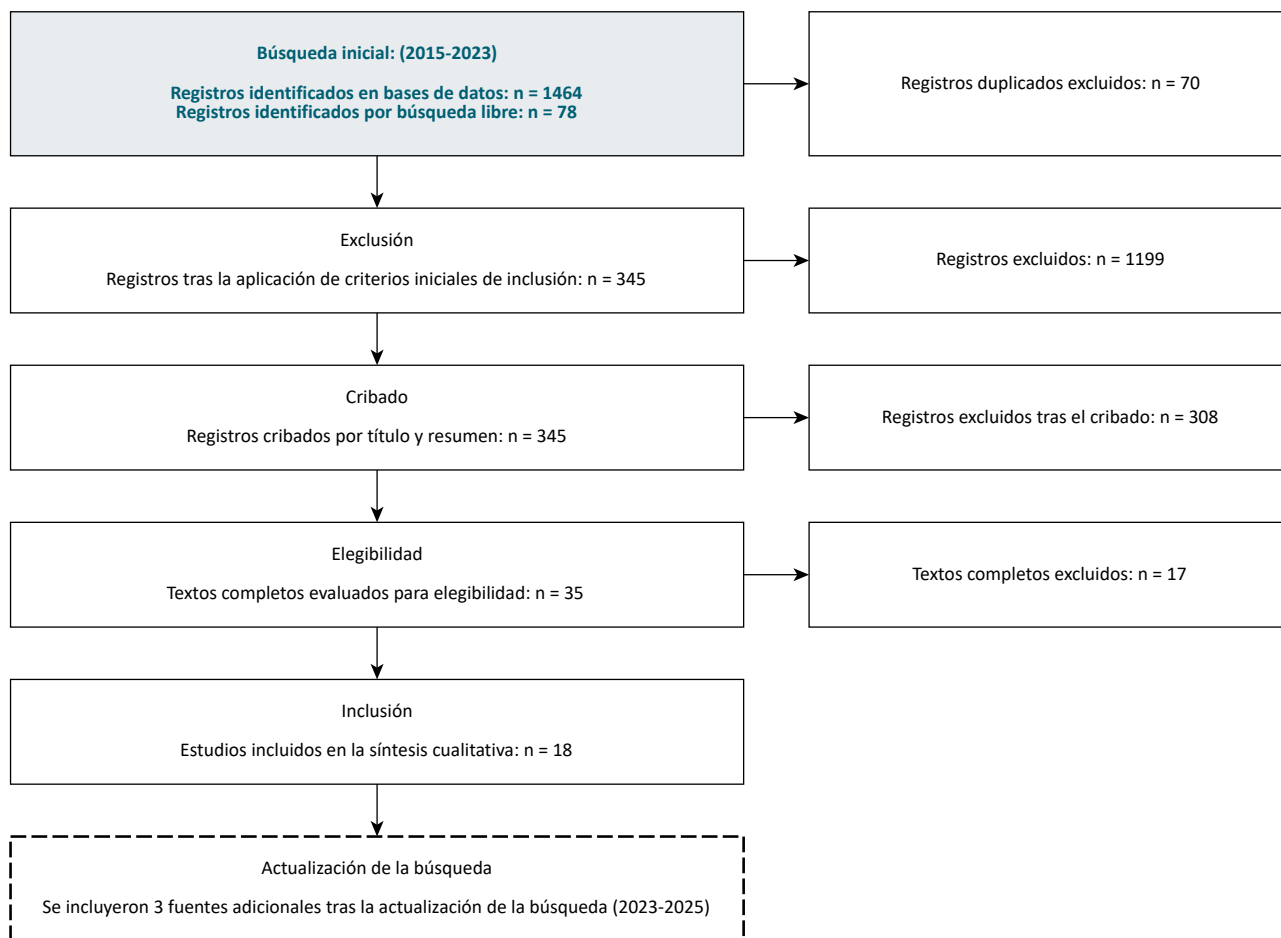
La pregunta de revisión se estructuró según el esquema PICO: P (infantes escolarizados en escuelas de Educación Primaria en España), I (Servicios de Enfermería Escolar), C (no procede por la naturaleza de la revisión) y O (salud nutricional / cuidados nutricionales). A partir de esta formulación se seleccionaron las ecuaciones de búsqueda: en español, "Enfermería Escolar" AND

FECHA DE RECEPCIÓN: 7/1/2026

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/3/2026

Correspondencia: Víctor Bohórquez Sánchez
Correo electrónico: victor.bohorquez@icoes.es

Figura 1. Esquema sintético del proceso de selección de estudios adaptado de la estrategia metodológica del TFM y del flujo PRISMA.



"Nutrición del Niño" AND "Educación Primaria"; "Servicios de Enfermería Escolar" AND "Nutrición del Niño" AND "España"; y ("Servicios de Enfermería Escolar" OR "Educación Alimentaria y Nutricional") AND "Educación Primaria" AND "España". En inglés se utilizaron las combinaciones "School Nursing" AND "Child Nutrition" AND "Primary Education"; "School Nursing" AND "Child Nutrition" AND "Spain"; y ("School Nursing" OR "Food and Nutrition Education") AND "Primary Education" AND "Spain".

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Dialnet y Google Scholar, complementándose con una búsqueda libre en internet para localizar documentaciones procedentes de instituciones como el Observatorio de Enfermería Escolar del Consejo General de Enfermería. Cuando la interfaz de la base lo permitió, se priorizó la consulta en título, resumen y palabras clave; en Google Scholar y en la búsqueda libre se usaron cadenas equivalentes simplificadas.

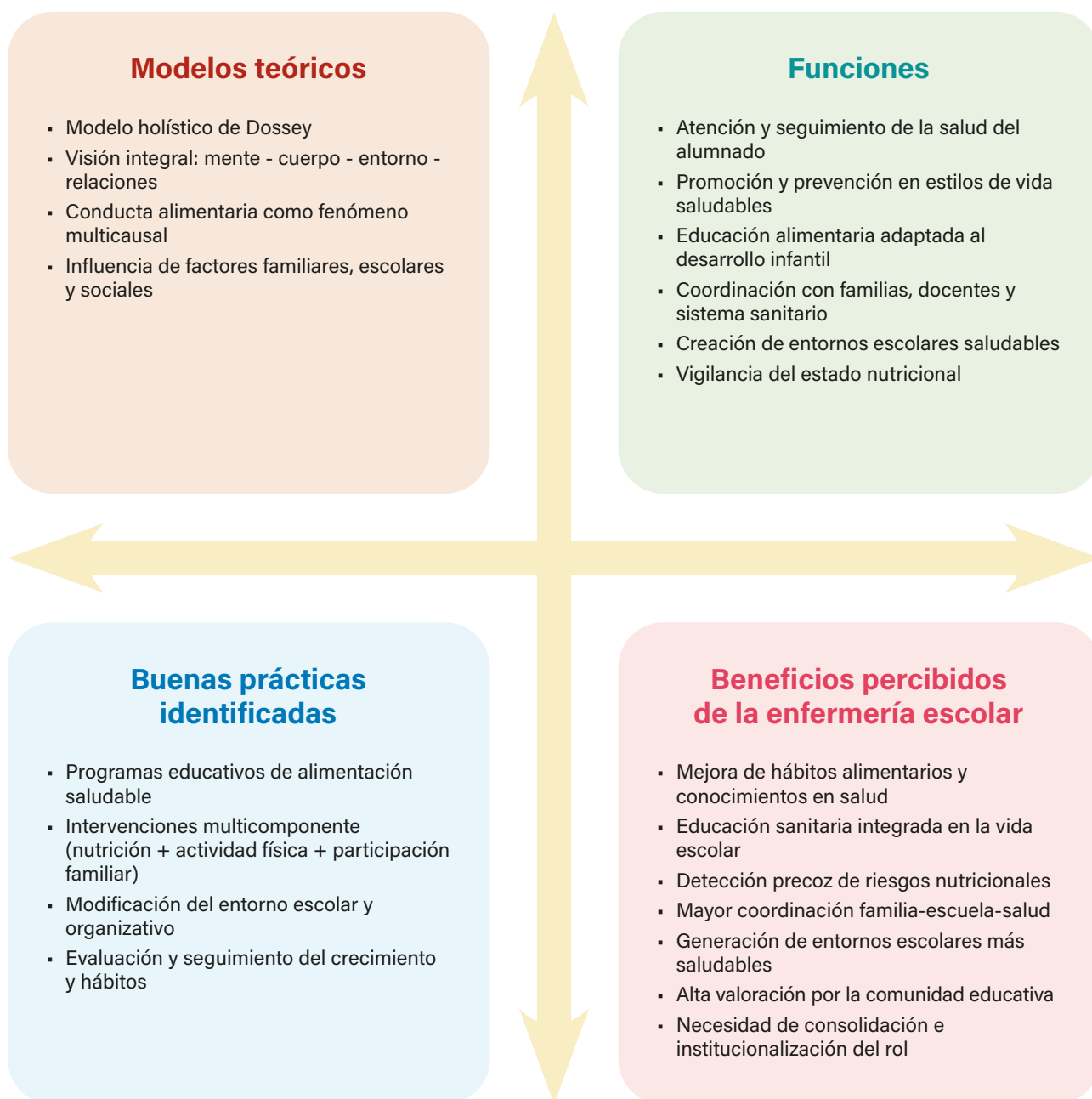
Los criterios de inclusión fueron: publicaciones entre 2015 y 2023, en español o inglés, con acceso a texto completo y centradas en la relación entre Enfermería Escolar y nutrición infantil en Educación Primaria. Se admitieron fuentes primarias (artículos de investigación y tesis doctorales), Trabajos fin de master y fin de grados, y fuentes terciarias o institucionales vinculadas al objeto de estudio. La inclusión de literatura académica y documental se justifica por el carácter emergente y todavía heterogéneo de la producción sobre Enfermería Escolar

en España. Se excluyeron los trabajos centrados exclusivamente en población hospitalaria, en otras etapas educativas o en intervenciones de educación nutricional no vinculadas al ámbito escolar ni al rol enfermero.

El proceso de selección siguió una secuencia de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión adaptada de la declaración PRISMA. La búsqueda base identificó 1542 registros. Tras la aplicación de criterios iniciales de pertinencia y elegibilidad se trabajó con 345 referencias; posteriormente se efectuó un cribado sucesivo de títulos y resúmenes y una lectura a texto completo de los trabajos potencialmente relevantes, hasta conformar una muestra final de 18 estudios base para la síntesis cualitativa. La estrategia se ejecutó entre enero y febrero de 2023. Para su remisión a la revista se realizó una actualización de la búsqueda y se añadieron 3 publicaciones más relevantes en el contexto de la enfermería escolar española, siendo 21 el número final de trabajos incluidos en la revisión.

La extracción de la información se realizó mediante una matriz de lectura con las variables: autor/a y año, tipo de estudio, objetivo, metodología o intervención y principales aportaciones. A partir de esa matriz se desarrolló un análisis cualitativo descriptivo-interpretativo, agrupando los hallazgos en cuatro categorías temáticas alineadas con las preguntas de revisión: modelos conceptuales, funciones de la Enfermería Escolar en el ámbito nutricional, buenas prácticas y beneficios percibidos de su implantación. Asimismo, los trabajos se clasificaron

Figura 2. Análisis categórico del marco de actuación de la Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria.



según los niveles de evidencia del Joanna Briggs Institute con finalidad exclusivamente de describir la fuerza de la evidencia presentada; esta clasificación no se utilizó como criterio de exclusión ni sustituye a una evaluación formal del riesgo de sesgo propia de revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

La síntesis principal del manuscrito se apoya en 18 estudios identificados mediante la búsqueda estructurada descrita, a los que se añaden tres fuentes recientes tras hacer una actualización de la búsqueda

La figura 1 resume de forma sintética el proceso de selección del núcleo estructurado, y la tabla 1 presenta la matriz de caracterización.

En términos de caracterización, gran parte de los trabajos seleccionados fueron publicados en 2019. Predominaron las revisiones bibliográficas, aunque también se identificaron estudios cuasiexperimentales y estudios descriptivos u observacionales. Esta combinación metodológica explica que la síntesis tenga un componente interpretativo relevante, pero al mismo tiempo permite visibilizar experiencias aplicadas y resultados empíricos sobre intervención nutricional liderada por enfermeras escolares.

Tabla 1. Caracterización de los estudios base incluidos en la síntesis y de las fuentes recientes de contextualización.

AUTOR/A (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA / INTERVENCIÓN	PRINCIPALES APORTACIONES	NIVEL DE EVIDENCIA (JBI*)
San José Torrés (2019) ²	Revisión narrativa (trabajo académico)	Analizar el rol de la Enfermería Escolar en relación con la alimentación saludable y la promoción de la salud en el entorno escolar.	Revisión de la literatura	Resume funciones y ámbitos de actuación de la enfermería escolar en promoción de hábitos alimentarios; destaca el comedor escolar como espacio estratégico y recoge la percepción positiva de la comunidad educativa, junto con el debate sobre enfermería comunitaria vs enfermería escolar.	Nivel 4
Mohammed Yasin et al. (2017) ¹⁰	Artículo de revisión/ descriptivo sobre rol profesional	Describir el papel/ rol de los enfermeros escolares y su contribución en el ámbito educativo.	Síntesis descriptiva	Delimita funciones (asistencia, prevención, educación para la salud, coordinación) y sitúa la enfermería escolar como nexo salud-educación; útil como marco para justificar cartera de servicios, incluida la promoción de hábitos saludables.	Nivel 5
Ibáñez Sánchez (2017) ¹²	Revisión y propuesta de intervención	Analizar obesidad/ sobrepeso infantil y el papel preventivo del enfermero/a escolar en su prevención.	Revisión bibliográfica y síntesis de estrategias preventivas	Reúne estrategias de educación para la salud y abordaje comunitario en el contexto escolar; enfatiza la visión holística y la intervención en toda la comunidad educativa como claves para mejorar salud nutricional.	Nivel 4
Kubik et al. (2018) ¹³	Protocolo de ensayo aplicado en entorno escolar	Evaluar un programa de prevención secundaria del sobrepeso	Intervención escolar estructurada (SNAPSHOT) con educación nutricional, cambio conductual y participación familiar	Describe la viabilidad de programas liderados desde la escuela para modificar conductas alimentarias y de actividad física, subrayando la importancia del acompañamiento continuado y del contexto educativo como espacio de intervención	Nivel 4
Kocoglu & Emiroglu (2017) ¹⁵	Estudio evaluativo/ observacional (servicios integrales de enfermería escolar y rendimiento académico).	Analizar el impacto de servicios integrales de enfermería escolar en el rendimiento académico.	Evaluación comparativa de resultados académicos asociada a la provisión de servicios integrales de enfermería escolar (no centrado exclusivamente en nutrición).	Aporta evidencia de beneficios "indirectos" de la enfermería escolar sobre resultados educativos; apoya la idea de que integrar salud en la escuela puede asociarse a mejores resultados de aprendizaje, reforzando el valor del rol más allá de lo asistencial.	Nivel 3
Garmy et al. (2021)	Revisión filosófica/ teórica.	Analizar la enfermería escolar desde el marco de la teoría holística de Barbara Dossey.	Revisión conceptual/ filosófica	Proporciona el marco teórico explícito para justificar el cuidado holístico en la escuela; ayuda a interpretar la nutrición como conducta influida por relaciones y entorno, y a respaldar intervenciones multinivel coherentes con la disciplina enfermera.	Nivel 5
Zafra-Agea et al. (2025) ¹⁸	Estudio transversal	Analizar disponibilidad de enfermeras escolares, necesidad percibida y satisfacción en España.	Encuesta/corte transversal a comunidad educativa (percepción y necesidades).	Evidencia alta percepción de necesidad y satisfacción con la enfermería escolar; respalda argumentos de equidad, aceptación social y demanda de implantación	Nivel 4

(Continúa)

Tabla 1. Caracterización de los estudios base incluidos en la síntesis y de las fuentes recientes de contextualización. (Continuación).

AUTOR/A (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA / INTERVENCIÓN	PRINCIPALES APORTACIONES	NIVEL DE EVIDENCIA (JBI*)
Vargas-Martínez et al. (2025) ¹⁹	Estudio descriptivo/analítico sobre función gestora	Analizar la función gestora de la enfermera escolar en España (registros e interacción con atención primaria y comunidad educativa).	Encuesta a enfermeras con actuación en el ámbito escolar	porta evidencia sobre el componente de gestión y coordinación intersectorial; apoya el papel estructural de la enfermería escolar en el sistema y la necesidad de modelos organizativos y protocolos.	Nivel 4
Servicio Andaluz de Salud (ERc) ²⁰	Documento institucional / marco de competencias.	Definir funciones y competencias de las Enfermeras Referentes de Centros Educativos en Andalucía.	Documento normativo/ técnico	Concreta cartera de funciones (promoción de salud, coordinación, actuaciones comunitarias) y ejemplifica un modelo organizativo autonómico; útil para discutir heterogeneidad territorial e implementación práctica.	Nivel 5
Kubik et al. (2021) ²²	Estudio de intervención	Promover elecciones alimentarias saludables mediante implicación familiar	Programa SNAPSHOT con actividades educativas y participación de padres e hijos	Evidencia que la importancia de la integración familia y escuela, destacando el papel mediador de la enfermera escolar en la conexión entre ambos entornos	Nivel 1
Pbert et al. (2013) ²³	Ensayo controlado aleatorizado	Evaluar una intervención en alumnado con sobrepeso	Educación sanitaria individualizada y seguimiento conductual	Analiza papel de la enfermera escolar como agente de cambio conductual, usando técnicas cognitivas comportamentales para trabajar motivación, autocuidado y toma de decisiones saludables en el propio entorno educativo	Nivel 1
Wright et al. (2013) ²⁴	Ensayo controlado aleatorizado	Reducir el IMC mediante un programa coordinado de salud escolar	Intervención multicomponente liderada por enfermería con educación, actividad física y seguimiento	Aporta evidencia experimental de que los programas coordinados desde la enfermería pueden modificar indicadores de salud y comportamientos-IMC o actividad física, mostrando el valor del enfoque integral frente a intervenciones aisladas	Nivel 1
Bergren (2017) ²⁵	Artículo de revisión/ posición sobre salud poblacional en enfermería escolar.	Revisar evolución de la enfermería escolar y su papel en salud poblacional (pasado, presente, futuro).	Artículo de reflexión y síntesis	Posiciona la enfermería escolar como estrategia de salud pública y salud poblacional; apoya el enfoque integral y la necesidad de situar la práctica en marcos de promoción de salud y equidad.	Nivel 5
Alba Martín (2016) ²⁶	Estudio observacional	Analizar la relación entre obesidad infantil y hábitos escolares	Evaluación antropométrica y análisis del entorno alimentario escolar	Señala la necesidad de intervenir no solo sobre el alumnado sino también sobre la oferta alimentaria y la organización del comedor escolar como determinantes de salud	Nivel 3
Schroeder et al. (2016) ²⁷	Revisión sistemática y metaanálisis	Evaluar el impacto de las enfermeras escolares en la prevención de la obesidad	Síntesis de intervenciones escolares internacionales	Concluye que la enfermera escolar es un recurso infrautilizado pero eficaz para la prevención del sobrepeso, especialmente cuando participa en programas estructurados y sostenidos	Nivel 1

(Continúa)

Tabla 1. Caracterización de los estudios base incluidos en la síntesis y de las fuentes recientes de contextualización. (Continuación).

AUTOR/A (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA / INTERVENCIÓN	PRINCIPALES APORTACIONES	NIVEL DE EVIDENCIA (JBI*)
Rico Sapena (2021) ²⁸	Trabajo académico aplicado	Diseñar estrategias educativas en nutrición escolar	Propuesta de intervención con enfoque pedagógico	Aporta un enfoque práctico centrado en la educación para la salud como herramienta clave de la enfermería escolar, destacando metodologías participativas adaptadas al desarrollo infantil	Nivel 4
Panadero et al. (2019) ²⁹	Estudio cuasiexperimental	Evaluar un programa de educación nutricional en escolares y familias	Intervención educativa con participación familiar y evaluación de hábitos	Evidencia mejoras en calidad de la dieta y en indicadores de salud como el IMC, subrayando la importancia del trabajo simultáneo con alumnado y entorno familiar	Nivel 2
Tucker & Lanningham-Foster (2015) ³⁰	Intervención escolar	Prevenir obesidad mediante educación en estilos de vida	Programa educativo estructurado con mensajes de salud y seguimiento	Demuestra que intervenciones breves lideradas por enfermería pueden modificar conocimientos, actividad física y comportamientos saludables, reforzando su papel educativo	Nivel 2
Rodríguez Orozco et al. (2018) ³¹	Estudio descriptivo	Analizar los cuidados enfermeros en salud nutricional escolar	Revisión aplicada al contexto educativo	Destaca la necesidad de integrar educación nutricional, prevención y atención dentro del ámbito escolar como parte del cuidado enfermero comunitario	Nivel 4
Cerrato Carretero (2022) ³²	Metaanálisis	Analizar eficacia de intervenciones escolares sobre obesidad y riesgo metabólico	Revisión de estudios controlados en población infantil	Identifica mayor efectividad en intervenciones combinadas (nutrición + actividad física), apoyando el enfoque multicomponente como estándar de actuación	Nivel 1
Moriana Río (2019) ³³	Revisión narrativa	Analizar la prevención de la obesidad desde la enfermería escolar	Revisión bibliográfica temática	Refuerza la comprensión multifactorial de la obesidad infantil y justifica la intervención educativa y contextual como eje del trabajo enfermero en la escuela	Nivel 4

* La clasificación JBI se usa con finalidad descriptiva. Los tres documentos recientes incorporados para contextualización española actual se mantienen diferenciados respecto al núcleo de 18 estudios procedentes de la búsqueda estructurada.

1. Modelos Teóricos que sustentan la Enfermería Escolar en el contexto de la nutrición en estudiantes de Educación Primaria

Se considera el modelo holístico de Bárbara Dossey¹⁶ especialmente útil en la enfermería escolar. Este modelo se basa en la visión de la persona como unidad mente—cuerpo—emoción—entorno—relaciones. La conducta, incluida la conducta alimentaria no es biológica, sino que se relaciona con múltiples factores, como el relacional, cultural o ambiental, y por tanto la intervención debe ser sistémica. Los hábitos de vida —como la actividad física, el sedentarismo o el sueño— adquieren un papel determinante, y los factores implicados deben valorarse de manera integral. La enfermería escolar es probablemente el ámbito asistencial donde el modelo holístico se materializa más claramente, porque: No trabaja con enfermedad aguda, sino con desarrollo, interviene sobre hábitos, no solo síntoma, actúa dentro de un sistema social (la escuela, y tiene acceso simultá-

neo a niño-familia-docente-entorno. Desde este planteamiento, la Enfermería Escolar tiene un rol clave en la educación de los niños para contribuir a frenar el aumento de casos, integrando en el alumnado, familia y comunidad educativa, fomentando un contexto que promueva la salud nutricional. Mediante la incidencia en aspectos como el menú familiar y escolar, disponibilidad de fruta y verduras y limitación de acceso a comidas ultra procesadas, horarios y tiempo real para comer, higiene del sueño, actividad física, o modelado parental o escolar.

Considerando esta perspectiva holística, aunque no se nombre explícitamente el modelo de Dossey en algunas de estas intervenciones, se puede concluir de la literatura que intervenciones lideradas por enfermeras escolares se configuran como intervenciones multicomponente basadas en determinantes conductuales, familiares y ambientales tienen un impacto sobre la salud nutricional de estudiantes de educación primaria y en la reducción del sobrepeso y obesidad^{13,22-24}.

En definitiva, la literatura coincide en tres ideas centrales: (1) es importante enseñar a los niños a tomar decisiones saludables sobre su alimentación cuando están fuera del hogar; (2) la escuela debe ofrecer opciones saludables y educar en alimentación; y (3) la familia, dentro de sus posibilidades, debe incorporar mejoras sostenidas en los hábitos cotidianos.

2. Funciones desarrolladas por la Enfermería Escolar en relación con la nutrición en Educación Primaria

Desde este enfoque integral, la Enfermería Escolar concreta su actuación en una serie de funciones específicas dentro del ámbito educativo que permiten trasladar los principios de promoción de la salud a la práctica cotidiana del centro escolar^{10,25}.

La enfermera escolar ejerce una función sanitaria y de cuidado dentro del entorno educativo, proporcionando atención ante situaciones agudas, realizando seguimiento del estado de salud del alumnado y colaborando en la gestión de enfermedades crónicas. Esta presencia estable en la escuela permite integrar la salud en la dinámica educativa diaria y constituye la base para el desarrollo de intervenciones preventivas¹⁸⁻²⁰.

Respecto a la función preventiva y de promoción de la salud, a través de programas educativos dirigidos al alumnado, desde edades tempranas, las familias y el profesorado, se abordan aspectos clave como la alimentación equilibrada, la importancia del desayuno, la actividad física o la reducción del sedentarismo^{2,12}. La enfermera escolar desempeña una función educativa específica en materia de hábitos alimentarios. Mediante intervenciones adaptadas al desarrollo evolutivo del alumnado —como actividades participativas, dinámicas prácticas o materiales didácticos— facilita la comprensión de los principios de una alimentación saludable y promueve la toma de decisiones informadas, favoreciendo además que los niños transmitan estos aprendizajes en su entorno familiar^{22,23}.

Otra función relevante es la participación en la creación de entornos escolares saludables, colaborando con el equipo docente y los servicios del centro en la identificación de riesgos y en la adopción de medidas que favorezcan prácticas alimentarias adecuadas. Esto incluye la cooperación con los servicios de comedor escolar para impulsar menús equilibrados, garantizar la disponibilidad de opciones saludables en las políticas escolares^{19,24}.

Finalmente, desempeña una función de vigilancia y seguimiento del estado nutricional del alumnado, mediante la valoración periódica del crecimiento y desarrollo infantil. La recogida de indicadores como peso, talla o índice de masa corporal permite detectar precozmente posibles alteraciones nutricionales y orientar intervenciones educativas y preventivas ajustadas a las necesidades identificadas^{24,27}.

3. Buenas prácticas de la Enfermería Escolar de promoción de hábitos saludables y educación nutricional

En coherencia con las funciones descritas anteriormente, la literatura revisada muestra diversas experiencias y estrategias que concretan la actuación de la Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional. Estas actuaciones se materializan en un conjunto de buenas prácticas de la Enfermería Escolar de promoción de hábitos saludables y educación nutricional en Educación Primaria.

3.1. Programas educativos liderados por Enfermería Escolar

Una de las líneas de actuación más descritas es el desarrollo de programas de educación nutricional dirigidos al alumnado e integrados en la dinámica escolar. Estas intervenciones buscan mejorar los conocimientos sobre alimentación, favorecer la adquisición de hábitos saludables y promover la autonomía del niño en la toma de decisiones relacionadas con su dieta, incorporando también la participación familiar como elemento clave del proceso educativo^{2,27-29,31}, reforzando el papel de la enfermera escolar como agente educador en salud³⁰.

3.2. Intervenciones multicomponente en el entorno escolar

Otra buena práctica identificada consiste en el desarrollo de intervenciones integrales que combinan educación nutricional, promoción de la actividad física y participación de la comunidad educativa. Estas estrategias reconocen que la salud nutricional infantil no depende únicamente del conocimiento individual, sino también del entorno escolar, las opciones alimentarias disponibles y el contexto familiar^{13,22-24,27,28}.

Dentro de este enfoque, se han propuesto acciones como planes de asesoramiento nutricional, programas de control del sobrepeso infantil o iniciativas escolares que incorporan cambios organizativos y ambientales, cuando la intervención es sostenida y coordinada desde la Enfermería Escolar⁸. La evidencia disponible indica que las intervenciones que combinan actividad física y educación nutricional son las que obtienen mayores efectos sobre indicadores de salud en población escolar³².

3.3. Evaluación y seguimiento como estrategia preventiva

La evaluación sistemática del estado nutricional constituye otra práctica fundamental desarrollada por la Enfermería Escolar. La monitorización de parámetros como peso, talla o índice de masa corporal permite detectar precozmente situaciones de sobrepeso, obesidad o malnutrición, facilitando la puesta en marcha de intervenciones educativas y preventivas adaptadas a las necesidades identificadas, incluyendo la entrevista motivacional²⁷. Asimismo, el análisis del entorno alimentario escolar —incluyendo la valoración de los menús ofrecidos en los comedores— se plantea como una herramienta para garantizar la adecuación nutricional de la alimentación recibida por el alumnado y orientar mejoras en la oferta alimentaria del centro educativo²⁶.

4. Beneficios percibidos de los Servicios de Enfermería Escolar para mejorar la nutrición infantil en el nivel educativo primario

La literatura revisada señala que los Servicios de Enfermería Escolar permiten desarrollar intervenciones integrales de educación para la salud orientadas a la adquisición de hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas, actuando de manera simultánea sobre estudiantes, familias y entorno escolar. Además, la presencia de la enfermera escolar facilita una atención continuada y contextualizada, capaz de integrar cuidados, educación nutricional y promoción de estilos de vida saludables dentro del propio entorno educativo^{2,32} más allá del control dietético aislado³³. Además, la Enfermería Escolar actúa como elemento de enlace entre los distintos agentes implicados en la salud infantil, permitiendo implementar acciones ajustadas a sus necesidades reales facilitando la detección precoz de riesgos nutricionales y el desarrollo de estrategias de prevención de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación^{26,27,31}.

Cuando son estructurados, estos servicios producen resultados directos en la mejora en hábitos alimentarios, aumento del conocimiento sobre nutrición y mayor participación en actividades saludables¹²⁻¹⁴. Los estudios revisados muestran que los programas educativos diseñados e implementados por enfermeras escolares pueden producir mejoras en los hábitos alimentarios, incrementar el consumo de alimentos saludables y generar cambios positivos en indicadores como el índice de masa corporal o realización de actividad física^{27,29}.

Respecto a los efectos indirectos destaca la mejora del rendimiento académico, la reducción del absentismo y una mayor integración del alumnado en la dinámica escolar^{15,29,30}. De esta manera se consolidan hábitos que tienden a mantenerse en la edad adulta.

Se ha descrito también que la implementación de programas liderados por Enfermería Escolar es bien valorada por la comunidad educativa, al percibirse mejoras en los hábitos alimentarios del alumnado, mayor control de la calidad nutricional en los comedores escolares y un refuerzo de la educación sanitaria dirigida a familias y profesorado². El comedor escolar se configura, en este sentido, como un espacio estratégico para la intervención educativa y la consolidación de conductas alimentarias saludables.

Desde el ámbito organizativo, se identifica una alta percepción de necesidad y satisfacción por parte de la comunidad educativa como recurso esencial para abordar problemas de salud infantil y reducir desigualdades¹⁸. No obstante, también se señala que su papel continúa infrautilizado y requiere mayor reconocimiento institucional, desarrollo de protocolos específicos y fortalecimiento del trabajo interdisciplinar para maximizar su impacto en la salud infantil^{27,31}.

DISCUSIÓN

La presente revisión narrativa pone de manifiesto que la Enfermería Escolar constituye un recurso estratégico para abordar la salud nutricional infantil. Los resultados muestran una convergencia entre el marco teórico del cuidado holístico y las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar, lo que refuerza la idoneidad de este entorno para actuar sobre los determinantes conductuales, familiares y ambientales que influyen en los hábitos alimentarios^{16,17,22-24}.

El modelo holístico aplicado a la Enfermería Escolar permite comprender la nutrición infantil como un fenómeno complejo, condicionado por factores sociales, culturales y educativos, más allá de la ingesta alimentaria aislada^{16,33} y se relaciona con modelos socioecológicos del desarrollo humano al explicar cómo los comportamientos relacionados con la alimentación infantil se configuran a través de múltiples niveles de influencia —individual, familiar, escolar y comunitario— que interactúan entre sí³⁴. Este enfoque enlaza con marcos internacionales como el modelo Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) y la estrategia europea Schools for Health in Europe (SHE), que refuerzan esta visión integradora al proponer que la promoción de la salud debe incorporarse a la cultura organizativa del centro educativo, articulando políticas escolares, entorno alimentario, currículo y participación comunitaria^{35,36}.

Esta perspectiva integradora se traduce en intervenciones multicomponente que integran educación nutricional, promoción

de la actividad física, participación familiar y modificación del entorno escolar, estrategias que han demostrado ser más eficaces que aquellas centradas exclusivamente en la información dietética^{13,24,27,31}.

Las funciones identificadas en la literatura evidencian que la enfermera escolar desarrolla un papel transversal dentro del centro educativo, combinando asistencia, prevención, educación para la salud y coordinación intersectorial^{10,18,19,25}. Esta posición facilita la incorporación de la salud en la dinámica cotidiana de la escuela y permite intervenciones continuadas en el tiempo, un elemento clave para la adquisición de hábitos saludables durante la infancia^{12,26}.

En relación con las buenas prácticas descritas, los estudios revisados destacan que los programas educativos liderados por enfermeras escolares, especialmente aquellos que incluyen a la familia y modifican el entorno escolar, contribuyen a mejorar conductas alimentarias y estilos de vida^{22,28-30,32}. Aunque la evidencia disponible es heterogénea y aún limitada en algunos contextos, los resultados apuntan a beneficios consistentes en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil, así como en la promoción de entornos educativos más saludables^{27,31}.

Asimismo, se observa una elevada aceptación por parte de la comunidad educativa hacia la incorporación de la Enfermería Escolar, percibida como un elemento facilitador de bienestar, equidad y coordinación entre los sistemas sanitario y educativo^{18,19}. Sin embargo, la implantación sigue siendo desigual, lo que limita la generalización de intervenciones estructuradas y evidencia la necesidad de avanzar hacia modelos organizativos más homogéneos³¹.

Entre las limitaciones de esta revisión cabe señalar, en primer lugar, la heterogeneidad metodológica de la evidencia disponible. La mayor parte de los trabajos analizados son revisiones bibliográficas, estudios descriptivos o documentos académicos e institucionales, mientras que el número de investigaciones primarias con diseños experimentales o longitudinales continúa siendo reducido. Esta circunstancia limita la posibilidad de establecer relaciones causales sólidas entre la intervención de la Enfermería Escolar y los resultados nutricionales observados. Además, varios estudios cuentan con tamaños muestrales pequeños o se desarrollan en contextos muy específicos, lo que aconseja prudencia a la hora de generalizar sus hallazgos.

También debe considerarse el posible sesgo de publicación y de selección, así como la propia naturaleza narrativa de la síntesis presentada, que no persigue un metaanálisis ni una evaluación exhaustiva del riesgo de sesgo. La incorporación de literatura académica e institucional se realizó de forma justificada por la limitada producción específica sobre Enfermería Escolar en España, pero esta decisión incrementa la diversidad de fuentes y obliga a interpretar los resultados con cautela. Pese a ello, la revisión aporta una visión amplia y útil para la práctica, especialmente al combinar evidencia científica, experiencias aplicadas y documentación contextual sobre la realidad española.

De forma prospectiva, los resultados refuerzan la necesidad de promover estudios evaluativos más robustos, preferentemente multicéntricos, longitudinales y con indicadores homogéneos de resultados nutricionales, educativos y organizativos. Asimismo, sería pertinente diseñar investigaciones que comparen modelos

de implantación de la Enfermería Escolar, midan su coste-efectividad y evalúen el impacto de intervenciones multicomponente sostenidas que integren alumnado, familias, centro educativo y red comunitaria.

CONCLUSIONES

La Enfermería Escolar se configura como un agente clave en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria, al posibilitar intervenciones desde un enfoque integral, sostenidas y contextualizadas en el entorno donde los niños desarrollan sus hábitos cotidianos. Su actuación permite abordar la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil desde una perspectiva educativa, comunitaria y multidisciplinar, favoreciendo la adquisición de estilos de vida saludables con impacto potencial a lo largo del ciclo vital.

La evidencia analizada respalda la incorporación estructural de la Enfermería Escolar en los centros educativos como estrategia de salud pública orientada a la prevención temprana, la reducción de desigualdades y la mejora del bienestar infantil.

Aunque hay varios trabajos de alto nivel (revisiones sistemáticas con metaanálisis y estudios experimentales) que evidencian la utilidad de la implementación de programas de promoción de la salud nutricional liderados por Enfermería Escolar, el fortalecimiento de esta línea de actuación requiere impulsar investigaciones evaluativas, diseños experimentales y políticas que consoliden su integración en los sistemas educativo y sanitario.

Avanzar hacia la institucionalización de la Enfermería Escolar supone una oportunidad para reforzar la promoción de la salud desde la infancia y construir entornos educativos que favorezcan el desarrollo saludable de la población infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La Enfermería Escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Contextos Educ.* 2018;(22):165-180.
2. San José Torres M. Rol de Enfermería Escolar: alimentación saludable [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019 [cited 2026 Feb 19]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/39127>
3. Jebelle H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 May;10(5):351-365. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00047-X. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35248172; PMCID: PMC9831747.
4. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Childhood obesity and overweight remain a major concern across the Region, new WHO report finds [Internet]. Copenhagen: WHO/Europe; 2025 Nov 4 (citado el 19/02/2206) Disponible en: *Childhood obesity and overweight remain a major concern across the Region*
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estudio ALADINO 2023: Vigilancia de la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España [Internet]. Madrid: AESAN; 2024 [cited 2026 Feb 19]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2023.htm
6. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023 [Internet]. London: World Obesity Federation; 2023 [cited 2026 Feb 19]. Available from: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>
7. Ministerio de Sanidad. Escuelas Promotoras de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado el 19/02/2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/escuelasPromotorasdeSalud/home.htm>
8. Mira Beteta A. Asesoramiento nutricional a escolares con obesidad o sobrepeso en la escuela. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2016. [cited 2026 Feb 19]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/145908>
9. García del Real Caballero S. Influencia de la enfermera escolar en la obesidad infantil. *NPunto.* 2018;(18). Available from: <https://www.npunto.es/revista/18/influencia-de-la-enfermera-escolar-en-la-obesidad-infantil>
10. Mohammed Yasin H, Isla Pera P, López Matheu C, Juvé Udina ME. El papel de los enfermeros escolares. *Rev Enferm (Barc).* 2017;40(2):22-29. Available from: <https://diposit.ub.edu/items/e033e502-76a5-4c8b-8499-ae7b80c10a91>
11. Soler Pardo E. Marco contextual de la Enfermería Escolar en el ámbito internacional y nacional [Internet]. Madrid: ACISE-ACEESE; 2022 [cited 2026 Feb 19]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/MARCO_CONTEXTUAL_DE_LA_ENFERMERA_ESCOLAR_Julio_2022.pdf
12. Ibáñez Sánchez L. Obesidad y sobrepeso infantil: labor preventiva del enfermero/a escolar en su prevención. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/28122>
13. Kubik MY, Fulkerson JA, Sirard JR, Garwick AW, Temple JL, Gurvich OV, et al. School-based secondary prevention of overweight and obesity among 8- to 12-year-old children. *Contemp Clin Trials.* 2018;75:9-18. doi: 10.1016/j.cct.2018.10.011.
14. Venrick, H.W., McClure, N. y Hande, K. (2020). Leveraging School Nurse Expertise to Meet Children's Health and Nutrition Needs in Afterschool Programs. *NASN school nurse (Print)*, 35(1), 15–17. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31496359/>
15. Kocoglu D, Emiroglu ON. The impact of comprehensive school nursing services on students' academic performance. *J Caring Sci.* 2017;6(1):5-17. doi:10.15171/jcs.2017.002.
16. Garmy P, Clausson EK, Banck A, Kristiansen L. A philosophical review of school nursing framed by the holistic nursing theory of Barbara Dossey. *J Holist Nurs.* 2021;39(3):231-242. doi: 10.1177/08980101211006615.
17. Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enferm Clin.* 2010;20(6):360-365. Doi: 10.1016/j.enfcli.2010.09.002
18. Zafra-Agea JA, Pérez TD, Lima-Serrano M, Vargas-Martínez AM, Soler-Pardo E, Torralbas-Ortega J, et al. Availability, perceived need and satisfaction for school nurses in Spain: a cross-sectional study involving the school community. *BMC Nurs.* 2025;24:1364. doi:10.1186/s12912-025-03970-5.

19. Vargas-Martínez AM, Guillén-Martínez D, Domingo Pérez T, Soilán Enríquez A, Zafra-Agea JA, Hoyos Cillero I, et al. Análisis de la función gestora de la enfermera escolar en España: uso de registros e interacción con atención primaria, comunidad educativa y otras instituciones. *Enferm Clin*. 2025;35(5):502200. doi:10.1016/j.enfcli.2025.502200.
20. Servicio Andaluz de Salud. Funciones y competencias de las Enfermeras Referentes de Centros Educativos (ERc) en Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; [cited 2026 Feb 19]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/funciones-y-competencias-de-las-enfermeras-referentes-de-centros-educativos-erc-en-andalucia>
21. Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014 [citado el 19/02/2026]. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Supporting_Doc_JBI_Levels_of_Evidence_Grades_of_Recommendation.pdf?utm_source=chatgpt.com
22. Kubik MY, Lee J, Fulkerson JA, Gurchich OV, Sirard JR. School-Based Secondary Obesity Prevention for Eight- to Twelve-Year-Olds: Results from the Students, Nurses, and Parents Seeking Healthy Options Together Randomized Trial. *Child Obes*. 2021 Apr;17(3):185-195. doi: 10.1089/chi.2020.0321.
23. Pbert L, Druker S, Gapinski MA, Gellar L, Magner R, Reed G, et al. A school nurse-delivered intervention for overweight and obese adolescents. *J Sch Health*. 2013;83(3):182-193. doi:10.1111/josh.12019.
24. Wright K, Giger JN, Norris K, Suro Z. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(6):727-737. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.004.
25. Bergren MD. School nursing and population health: past, present, and future. *Online J Issues Nurs*. 2017;22(3). Available from: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-22-2017/number-3-september-2017/school-nursing-population-health/>
26. Alba Martín R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en Educación Primaria. *Enferm Glob*. 2016;15(42):40-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200003
27. Schroeder K, Travers J, Smaldone A. Are school nurses an overlooked resource in reducing childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *J Sch Health*. 2016;86(5):309-321. doi:10.1111/josh.12386.
28. Rico Sapena N. Nuevas estrategias de promoción y educación en alimentación y nutrición a escolares [tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2021. Disponible en: <https://rua.ua.es/entities/publication/55706446-c2fa-4437-acf4-04750899a46d>
29. Panadero Martínez N, Castell Tolòs I, Ferrés Gurt C, Bach Faig A. Resultados de un programa de educación nutricional en escolares de 3 a 11 años y sus familias. *Rev Iberoam Enferm Comunitaria*. 2019;12(2):18-27. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27176/resultados-de-un-programa-de-educacion-nutricional-en-escolares-de-3-a-11-anos-y-sus-familias/>
30. Tucker S, Lanningham-Foster LM. Nurse-led school-based child obesity prevention. *J Sch Nurs*. 2015;31(6):450-466. doi:10.1177/1059840515574002.
31. Rodríguez Orozco C, Muñiz Granoble G, Sánchez Hernández C. La salud nutricional escolar y los cuidados de enfermería. *RECIMUNDO*. 2018;2(3):422-438. Disponible en <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/301>
32. Cerrato Carretero P. Intervenciones a nivel escolar para el control de la diabetes, la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física: estudio de metaanálisis [tesis]. Badajoz: Universidad de Extremadura; 2022. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=304935>
33. Moriana Río M. Prevenir la obesidad infantil: un desafío para el profesional de Enfermería en el ámbito escolar [trabajo fin de grado]. Palencia: Escuela de Enfermería de Palencia, Universidad de Valladolid; 2019. Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/40907>
34. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
35. Lewallen TC, Hunt H, Potts-Datema W, Zaza S, Giles W. The Whole School, Whole Community, Whole Child model: a new approach for improving educational attainment and healthy development for students. *J Sch Health*. 2015;85(11):729-739. doi:10.1111/josh.12310.
36. World Health Organization Regional Office for Europe. *Schools for Health in Europe: a foundation for the future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <https://www.schoolsforhealth.org/about-us#:~:text=The%20vision%20of%20SHE,as%20a%20WHO%20supported%20network.>
37. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bohórquez Sánchez V. Enfermería Escolar en la promoción de la salud nutricional en Educación Primaria: una revisión narrativa. *Hygia de Enfermería*. 2026; 43(1): 16-26

Revisión narrativa sobre cómo influye la duración del permiso maternal en el mantenimiento de la lactancia materna

Narrative review on how the length of maternity leave influences the maintenance of breastfeeding

María Lucía Ortiz Sosa

Matrona. Hospital Universitario de Cruces (Bilbao).

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida es una de las prácticas más recomendadas por los organismos internacionales por su demostrado impacto positivo en la salud maternoinfantil. Sin embargo, su mantenimiento está condicionado por múltiples factores, entre ellos, el permiso de maternidad. Esta revisión narrativa examina la relación entre la duración del permiso por nacimiento y el mantenimiento de la lactancia materna, aportando evidencia relevante que pone de manifiesto la necesidad de mejorar las políticas públicas de conciliación y promoción de la lactancia materna (LM).

Métodos: En los meses de febrero y abril de 2024 se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada sobre el tema seleccionado. Se utilizaron diversas bases de datos para identificar y acceder a artículos originales y de impacto que cumplieran con los criterios de selección predeterminados.

Resultados: Los estudios revisados muestran una asociación directa entre la duración del permiso de maternidad y la posibilidad de mantener la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. Las madres con mayor tiempo de permiso tienen más posibilidades de iniciar y continuar la lactancia según las recomendaciones de la OMS. Las políticas de conciliación familiar y laboral influyen significativamente en la práctica de la lactancia, siendo especialmente determinante la posibilidad de disponer de un permiso prolongado, apoyo social y condiciones laborales flexibles.

Conclusiones: Un permiso de maternidad prolongado, acorde con las recomendaciones sobre las recomendaciones en salud, favorece claramente el mantenimiento de la lactancia materna. Es imprescindible impulsar políticas que lo amplíen y acompañarlo de medidas sociales y sanitarias que promuevan una conciliación real y sostenible.

PALABRAS CLAVE

lactancia materna, lactancia materna exclusiva, permiso por maternidad

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding (EBF) during the first six months of life is one of the practices more strongly recommended by international organizations due to its proven positive impact on maternal and child health. However, its maintenance is influenced by several factors, including maternity leave. This narrative review pretends to study the relationship between the duration of parental leave and the maintenance of breastfeeding, providing relevant evidence that highlights the need to improve public policies aimed at work-family balance and the promotion of breastfeeding.

Methods: A narrative review of the scientific literature published on the selected topic was conducted during February and April 2024. Several databases were used to identify and access original, high-impact articles that met the predefined selection criteria.

Results: The reviewed studies show a direct association between the duration of maternity leave and the time of exclusive breastfeeding during the first six months of life. Mothers with longer maternity leave are more likely to initiate and continue breastfeeding in accordance with World Health Organization recommendations. Work-family balance policies significantly influence breastfeeding practices, with extended leave, social support, and flexible working conditions being particularly decisive factors.

Conclusions: Prolonged maternity leave, in line with health recommendations, clearly promotes the maintenance of breastfeeding. It is essential to implement policies that extend maternity leave and to accompany them with social and healthcare measures that foster genuine and sustainable work-family balance.

KEYWORDS

breastfeeding, exclusive breastfeeding, maternity leave, parental leave

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye una de las intervenciones más eficaces, naturales y costo-efectivas para garantizar el desarrollo saludable de la infancia y preservar la salud materna. La leche materna ha sido, desde el inicio de la humanidad, el alimento por excelencia para el recién nacido, asegurando su nutrición, protección inmunológica y desarrollo neurológico óptimo^{1,2}. Amamantar es un acto biológico, pero también sociocultural, influido por múltiples determinantes como el nivel educativo, el entorno familiar, el apoyo profesional y, muy especialmente, las condiciones laborales y los permisos parentales existentes^{3,4}.

Numerosos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida tiene efectos beneficiosos ampliamente documentados en la salud infantil, reduciendo significativamente el riesgo de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y metabólicas, así como las cifras de mortalidad infantil^{3,5,6}. Los beneficios para la mujer que amamanta también son numerosos, pues la lactancia materna reduce el riesgo de sufrir depresión postparto, favorece la pérdida de peso fisiológica en el postparto y reduce el riesgo de padecer distintos tipos de cáncer ginecológicos en el futuro^{7,8}. La Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y la Asociación Española de Pediatría recomiendan el inicio precoz de la lactancia en la primera hora tras el parto, su mantenimiento exclusivo hasta los seis meses y su continuación junto con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más^{1,3,6}.

No obstante, a pesar de las claras recomendaciones científicas, las tasas de LME en muchos países siguen siendo inferiores a lo deseable. La reincorporación al ámbito laboral de aquellas mujeres que desean seguir lactando se convierte en un hándicap importante.

En cuanto a nuestro entorno más cercano, en España, el permiso por "Nacimiento y Cuidado del Menor" se establece actualmente en 16 semanas para la madre biológica, de las cuales las primeras seis son obligatorias y deben disfrutarse a jornada completa justo después del parto. Las diez semanas restantes pueden disfrutarse de forma continua o discontinua hasta que el bebé cumpla doce meses⁹. Aunque la equiparación del permiso entre ambos progenitores desde 2021 representa un avance en términos de corresponsabilidad, lo cierto es que este periodo aún no cubre de manera suficiente el tiempo recomendado para la lactancia exclusiva, generando un desfase que dificulta su sostenibilidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre la relación entre la duración del permiso por maternidad y el mantenimiento de la lactancia materna, especialmente la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Objetivos específicos

1. Examinar cómo la duración del permiso de maternidad influye en el inicio, la continuidad y el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva según la literatura científica reciente.
2. Identificar los principales factores laborales y de conciliación familiar asociados al mantenimiento o abandono de la lactancia materna en mujeres trabajadoras.
3. Valorar el impacto de las políticas públicas de permisos parentales en las tasas de lactancia materna, comparando la situación de España con la de otros países con permisos más prolongados.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca virtual del Sistema Andaluz de Salud llamado Gerión. Se ha accedido a bases de datos como Scopus, Pubmed, Cochrane, Cinahl, Web of Science y a sitios web oficiales de la Asociación Española de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. La revisión sistemática de la literatura se realizó durante los meses de febrero y abril de 2024.

Para optimizar la estrategia de búsqueda utilizada en las bases de datos se identificaron a través del portal DeCS/MeSH los descriptores para componerla y se añadieron los términos booleanos AND y OR para elaborar la estrategia final. Los descriptores utilizados fueron: "lactancia materna", "lactancia materna exclusiva", "permiso por maternidad", "breastfeeding", "exclusive breastfeeding", "artificial breastfeeding", "mixed feeding" y "parental leave". La revisión de la literatura encontrada fue llevada a cabo por un solo revisor.

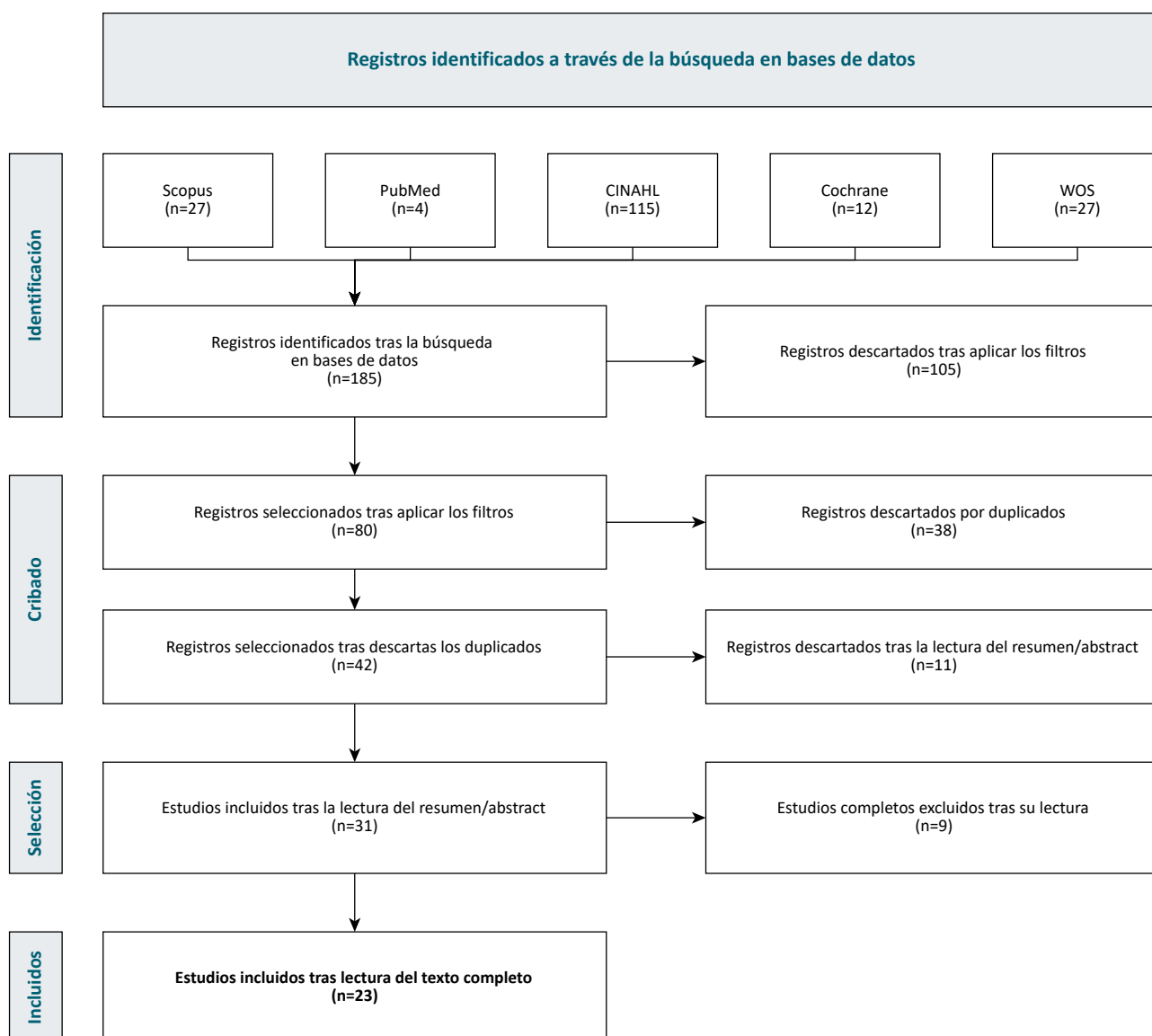
La estrategia de búsqueda empleada fue: ("maternal leave") AND ("breast feeding" OR "exclusive breastfeeding" OR "artificial breastfeeding" OR "mixed feeding")

En la búsqueda bibliográfica realizada se han establecido los siguientes criterios de inclusión o filtros de búsqueda:

- Estudios publicados en los últimos diez años.
- Posibilidad de acceso al texto completo.
- Publicaciones en español, inglés, francés o portugués.
- Estudios originales (se incluyen ensayos clínicos aleatorizados, estudios de casos y controles, de cohortes o estudios descriptivos).

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos ya citadas, se obtuvieron un total de 185 artículos susceptibles de ser consultados e incluidos en la revisión narrativa. Después de aplicar los filtros mencionados el total de resultados se redujo a 80 artículos. De estos 80 artículos fueron excluidos 38 al encontrarse duplicados en las distintas bases de datos. Se obtuvieron un total de 42 artículos, se procedió a la lectura del resumen o abstract de cada uno y se seleccionaron en función de los que más se ajustan a la temática abordada. Se descartaron 11 tras no responder a los objetivos que se plantean para el estudio. Tras leer el texto completo de los 31 artículos restantes, se seleccionaron un total de 23 artículos para incluir en la revisión narrativa.

Figura 1. Flujoograma.



RESULTADOS

En España, como en otros muchos países occidentales, se han publicado algunas guías y documentos al respecto, con solo un éxito parcial a pesar del importante cambio social y cultural pro-lactancia ocurrido en los últimos años¹⁰. Estudios previos han destacado las cuestiones relacionadas con la vida laboral de la mujer, dentro de un combo etiológico multifactorial, como una de las razones principales por la cual, las madres no comienzan a amamantar o abandonan la lactancia materna exclusiva de manera precoz¹¹. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en nuestro país la lactancia materna era la alimentación utilizada en el 73,9% de los lactantes durante las primeras 6 semanas de vida, cifra que descendía al 63,9% a los 3 meses y al 39% a los 6 meses¹².

En una revisión de la literatura del año 2021 publicada por la Cochrane donde se incluyeron 116 estudios controlados aleatorizados, de los cuales 103 ensayos han contribuido a los análisis, procedentes de 42 países y en los que participaron 98 816 mujeres y sus bebés, se investiga cómo puede condicionar

la reincorporación a la vida laboral el mantenimiento de la LM. Alrededor del 55% de las mujeres procedían de países de ingresos altos, el 37% de países de ingresos medios y el 8% de países de ingresos bajos. En una actualización de la revisión, las intervenciones se agruparon en dos categorías diferentes. El primer grupo, "solo a la lactancia materna", incluyó las intervenciones que solo contenían apoyo a la lactancia. En el segundo grupo, el apoyo a la lactancia materna fue una parte de una intervención más amplia que también tenía como objetivo proporcionar otros beneficios para la salud de la madre o del bebé, estas intervenciones recibieron el nombre de "lactancia materna plus". En general, estos

ensayos mostraron que es probable que menos mujeres que recibieron una intervención de apoyo "solo a la lactancia materna" abandonaran la lactancia materna exclusiva en cualquier momento hasta los seis meses inclusive. El efecto fue mayor entre las cuatro a seis semanas y los tres a cuatro meses, donde se calcula que probablemente un 17% y un 19% menos de mujeres dejarían la lactancia materna exclusiva. El efecto fue menor a los seis meses, donde se calcula que un 10% menos de

mujeres probablemente dejaría de amamantar exclusivamente. Por otro lado, todo esto significa que proporcionar a las mujeres un apoyo adicional organizado les ayuda a dar el pecho a sus hijos durante más tiempo¹³.

Otro estudio, publicado en el año 2021 por matronas de la Comunidad Autónoma de Canarias que pretendían estudiar los motivos de abandono de la lactancia materna encontraron los siguientes datos: en las primeras seis semanas postparto la prevalencia de lactancia mixta es del 81%, a los tres meses del 76% y del 58% una vez transcurridos seis meses. Si por el contrario nos referimos sólo a lactancia materna exclusiva, los porcentajes de LME son distintos y están alejados de las recomendaciones más actuales. La tasa de LME a las seis semanas postparto es del 66%, a los tres meses del 53% y a los seis meses tan sólo del 28%¹⁴.

Muchas mujeres se ven presionadas a reincorporarse a sus puestos de trabajo por estrés financiero. Un estudio llevado a cabo con las madres y padres de Suecia, donde disfrutaban de un total de 480 días de permiso por maternidad/paternidad ha observado tasas de mantenimiento de lactancia materna considerablemente más altas si las comparamos con los porcentajes de nuestro país⁵. Por otro lado, en Francia, a partir de un gran estudio de cohorte nacional, se destacó la asociación positiva entre la duración del permiso por maternidad legal y la duración de cualquier lactancia materna. También se estableció que extender dicho permiso, retrasando así la reincorporación al ámbito laboral independientemente del resto de variables sociodemográficas que puedan influir, ayuda a promover el mantenimiento de la lactancia materna. Son estos resultados los que respaldan la ampliación del permiso de maternidad^{15,16}. En otro estudio, también realizado en Francia y publicado en el mes de febrero de 2020, que tenía como objetivo estudiar el período de tiempo durante el cual las mujeres empleadas antes del embarazo regresaron al trabajo según la duración de la LM, se obtuvieron resultados similares. Con una muestra de 2480 mujeres lactantes se observó que aquellas que amamantaron por menos de 4 meses, o que no amamantaron en

absoluto, regresaron a sus trabajos en momentos similares. Sin embargo, las que quisieron prolongar el período de lactancia regresaron a los 6 meses y medio, poniendo de manifiesto que es considerablemente difícil la reincorporación laboral y mantener la LME¹⁷.

Todo esto pone de manifiesto la necesidad de proteger la lactancia materna para mujeres insertadas en el mercado laboral formal^{18,19,20}. En esta misma línea se encuentra un estudio de cohorte llevado a cabo en Guipúzcoa que habla de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva. Al alta hospitalaria los porcentajes de LME encontrados fueron del 84,8%, a los 4 meses del 53,7% y a los 6 meses del 15,4%. La clasificación de las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva, junto

con el tiempo medio de lactancia materna exclusiva muestran que la más frecuente fue la incorporación al trabajo (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%)²². El retraso en el regreso al empleo remunerado o el regreso a tiempo parcial puede ayudar a más madres a lograr sus intenciones de lactancia materna. Esto puede aumentar las tasas de lactancia materna y tener importantes implicaciones para la salud pública y la morbilidad materno-infantil^{22,23}.

En nuestro país, realmente se necesita de apoyo sin fisuras por parte de las sociedades científicas y de la sociedad civil para su promoción, protección y apoyo, incluidos el apoyo psicológico de las familias y el trabajo previo al embarazo en este sentido. Además, son imprescindibles para mejorar las cifras de LM compromisos e inversiones gubernamentales a nivel estatal y autonómico. Estas últimas deben incluir la puesta en marcha de medidas políticas más permisivas y flexibles para la lactancia materna, tales como la prolongación de la prestación por “Nacimiento y Cuidado del Menor” hasta las 24 semanas (período donde debe prevalecer la LME según sociedades científicas). La reincorporación al ámbito laboral comporta un lugar principal entre los hándicaps que dificultan el mantenimiento de la lactancia materna^{10,20}.

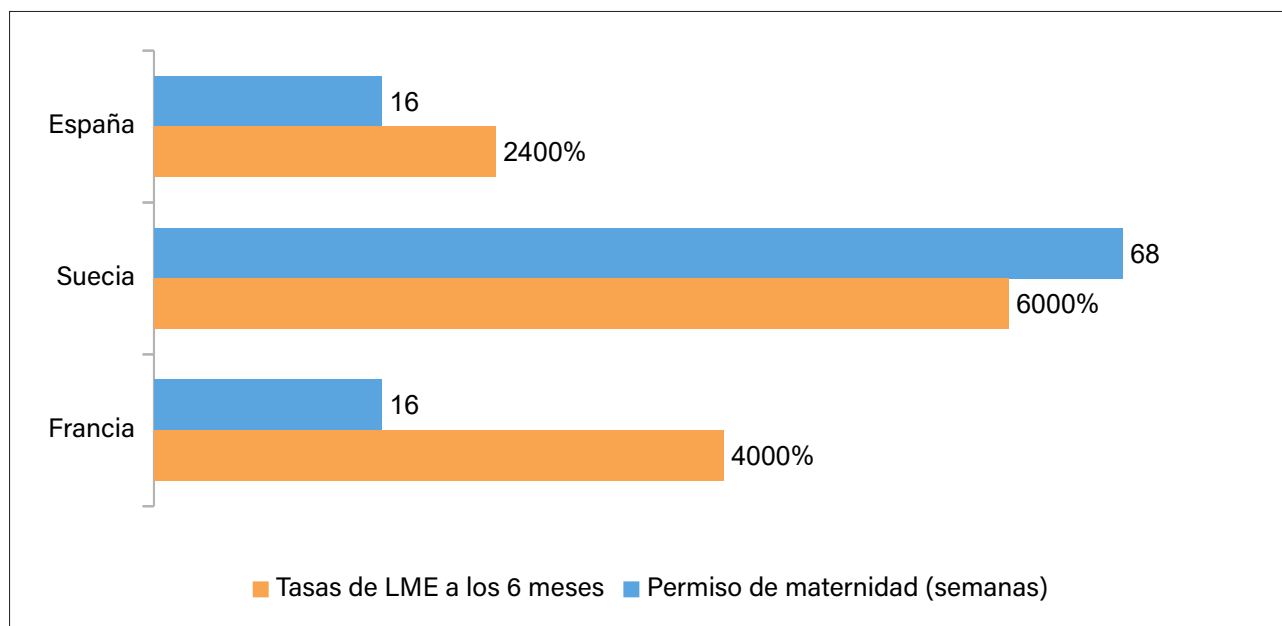
Tabla 1. Características y principales hallazgos de la bibliografía consultada.

Nº DE REFERENCIA	TIPO DE DOCUMENTO	PAÍS / ÁMBITO	MUESTRA	HALLAZGOS
WHO (2023) ¹	Guía / documento técnico	Internacional	No aplica	Recomienda LME durante 6 meses y lactancia continuada hasta ≥2 años; destaca beneficios en salud infantil y materna.
Luengo et al. (2019) ²	Protocolo de revisión sistemática	Internacional	No aplica	Plantea analizar la relación entre lactancia materna y desarrollo motor infantil.
AEP (2024) ³	Guía clínica	España	No aplica	Refuerza las recomendaciones OMS sobre LME 6 meses y continuidad de la LM.
Prentice (2022) ⁴	Revisión sistemática	Internacional	No aplica	Analiza la lactancia en contextos modernos y su influencia sociocultural y laboral.
Grandahl et al. (2020) ⁵	Estudio transversal	Suecia	Madres y parejas (n≈1.000)	Mayor duración del permiso parental compartido se asocia con lactancias más prolongadas.

(Continúa)

Tabla 1. Características y principales hallazgos de la bibliografía consultada. (Continuación).

Nº DE REFERENCIA	TIPO DE DOCUMENTO	PAÍS / ÁMBITO	MUESTRA	HALLAZGOS
Hossain & Mhrshahi (2022) ⁶	Revisión narrativa	Internacional	No aplica	La LME reduce morbilidad infantil (infecciones, enfermedades crónicas).
Diez-Sampedro et al. (2019) ⁷	Estudio cualitativo/descriptivo	EE. UU.	Mujeres adultas	La elección de amamantar influye positivamente en el bienestar materno.
Ciampo & Lopes (2018) ⁸	Revisión narrativa	Brasil	No aplica	La lactancia protege frente a cánceres ginecológicos y mejora la salud materna.
Ministerio Inclusión (2024) ⁹	Documento oficial	España	No aplica	Permiso por nacimiento y cuidado del menor: 16 semanas, insuficiente para cubrir la LME recomendada.
Martín-Ramos et al. (2024) ¹⁰	Estudio observacional	España	Madres lactantes	Factores laborales influyen en el inicio y mantenimiento de la LM.
Delle Donne et al. (2019) ¹¹	Estudio observacional	EE. UU.	Madres militares	Permisos maternales prolongados se asocian a mayor duración de la LM.
ENSE (2017) ¹²	Encuesta poblacional	España	Muestra nacional	Descenso progresivo de LM: 73,9% a 6 semanas y 39% a 6 meses.
Cochrane (2023) ¹³	Revisión sistemática	Internacional	>98.000 mujeres	El apoyo estructurado a la lactancia reduce el abandono precoz.
Llorente-Pulido et al. (2021) ¹⁴	Estudio cualitativo	España (Canarias)	Matronas AP	El trabajo y la reincorporación laboral son barreras clave para la LME.
De Lauzon-Guilain et al. (2019) ¹⁵	Estudio de cohorte	Francia	Cohorte ELFE	Mayor duración del permiso parental se asocia a lactancias más largas.
Lin et al. (2020) ¹⁶	Estudio observacional	Taiwán	Empresas y trabajadoras	Políticas laborales favorables mejoran lactancia y equidad de género.
Castetbon et al. (2020) ¹⁷	Estudio de cohorte	Francia	2.480 mujeres	Mantener la LME dificulta la reincorporación laboral precoz.
Vilar-Compte et al. (2020) ¹⁸	Análisis económico	Brasil, Ghana, México	No aplica	Ampliar permisos maternales es costo-efectivo para la salud pública.
Rimes et al. (2019) ¹⁹	Estudio transversal	Brasil	Madres lactantes	La duración del permiso influye directamente en la LME.
Monteiro et al. (2017) ²⁰	Estudio observacional	Brasil	Madres trabajadoras	Licencia maternal prolongada favorece la LME.
Oribe et al. (2015) ²¹	Estudio de cohorte	España (Guipúzcoa)	Cohorte INMA	La reincorporación laboral es la principal causa de abandono de LME.
Mirkovic et al. (2014) ²²	Estudio transversal	EE. UU.	Madres trabajadoras	Permisos más largos y trabajo parcial facilitan cumplir objetivos de LM.
Lin et al. (2020) ²³	Estudio observacional	Taiwán	Empresas y trabajadoras	Acreditación de entornos laborales saludables mejora tasas de LM.

Gráfico 1. Relación entre semanas de permiso y tasa de LME a los 6 meses.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La presente revisión narrativa presenta algunas limitaciones. En primer lugar, existe la posibilidad de sesgo de publicación, ya que los estudios con resultados positivos tienden a publicarse con mayor frecuencia. Además, la heterogeneidad de los diseños metodológicos, contextos geográficos y definiciones de lactancia materna de los estudios incluidos dificulta la comparación directa de los resultados.

Asimismo, la mayoría de los trabajos analizados son estudios observacionales, lo que impide establecer relaciones de causalidad y puede verse influido por factores de confusión no controlados, como el nivel socioeconómico o las condiciones laborales. Por último, la limitación idiomática y contextual puede restringir la generalización de los resultados al marco normativo español.

DECLARACIÓN ÉTICA Y CONFLICTO DE INTERÉS

El presente estudio se basa en una revisión sistemática de la literatura científica previamente publicada, por lo que no ha sido necesaria la aprobación por un comité de ética en investigación, al no implicar la participación directa de seres humanos ni el manejo de datos personales identificables.

La autora declara no tener conflictos de interés en relación con la realización de este trabajo, así como no haber recibido financiación específica de organismos públicos, privados o comerciales para su desarrollo.

CONCLUSIONES

De la presente narrativa se extraen las siguientes conclusiones:

- El permiso de maternidad actual es insuficiente para mantener la LME recomendada. Aunque en España el permiso por “Nacimiento y Cuidado del Menor” alcanza las 16 semanas, este tiempo no es equivalente al período de LME que recomiendan las autoridades científicas. Esta brecha temporal entre el final del permiso y las recomendaciones clínicas representa una barrera estructural significativa para muchas mujeres lactantes.
- La reincorporación al trabajo es uno de los principales motivos del abandono precoz de la lactancia materna, así lo demuestra la literatura científica disponible sobre el tema.
- Una mayor duración del permiso de maternidad se asocia con tasas más altas de lactancia materna. La evidencia internacional, especialmente en países como Suecia o Francia, demuestra que los permisos parentales prolongados permiten mantener la lactancia durante más tiempo. Estos resultados respaldan la necesidad de ampliar la duración del permiso en España, al menos hasta las 24 semanas, para dar cobertura al período completo de LME.
- La conciliación laboral es clave para el éxito de las políticas pro-lactancia. No basta con fomentar la lactancia desde el sistema sanitario. Es imprescindible implementar medidas laborales y sociales que faciliten su práctica. Entre ellas: permisos más largos, reincorporaciones progresivas, jornadas parciales, flexibilidad horaria y espacios adecuados para la extracción de leche en el trabajo.
- Las políticas públicas deben abordar la lactancia desde un enfoque integral. Se requiere el compromiso activo de las instituciones, la sociedad civil y las entidades científicas para proteger la lactancia materna como derecho de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. [actualizado el 20 de diciembre de 2023; citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (consultado el 18 de febrero de 2024).
2. Luengo MH, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Berlanga-Macías C, Martínez- Vizcaíno V, Notario-Pacheco B. Relationship between breast feeding and motor development in children: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(9).
3. Recomendaciones sobre Lactancia Materna del Comité de Lactancia Materna de la asociación española de pediatría [Internet]. [consultado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
4. Prentice AM. Breastfeeding in the Modern World. *Ann Nutr Metab*. 2022;78(suppl 2):29-38.
5. Grandahl M, Stern J, Funkquist EL. Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: A cross-sectional study among Swedish mothers and their partners. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):1-10.
6. Hossain S, Mhrshahi S. Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. *International Journal of [revista en Internet]* 2022 [acceso 1 de marzo de 2023]; 19(22): Environ Res Public Heal [Internet]. 2022;19:1-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36429518/>
7. Diez-Sampedro A, Flowers M, Olenick M, Maltseva T, Valdes G. Women's Choice Regarding Breastfeeding and Its Effect on Well-Being. *Nurs Womens Health* [Internet]. Disponible en: 2019;23(5):383-9. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.08.002>
8. Antonio L, Ciampo D, Lopes IR. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obs* [Internet]. 2018;40:354-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/5MnxQ6xkQfsJfwhNZ5JccTf/?format=pdf&lang=en>
9. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social, y Migraciones Nacimiento y Cuidado del Menor [Internet]. [actualizado el 14 de enero de 2024; consultado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTraabajadores/6b96a085-4dc0-47af-b2cb-97e00716791e>
10. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, Lorente García Mauriño AM, Sánchez Almeida E, Solís-Sánchez G. Breastfeeding in Spain and the factors related to its establishment and maintenance: LAyDI Study (PAPenRed). *Aten Primaria*. 2024;56(1).
11. Delle Donne A, Hatch A, Carr NR, Aden J, Shapiro J. Extended maternity leave and breastfeeding in active duty mothers. *Pediatrics*. 2019;144(2).
12. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017 ENSE 2017 [Internet]. 2017;64. Disponible en: <https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>
13. Cochrane. Apoyo para la Lactancia Materna [Internet]. [actualizado el 27 de septiembre de 2023; consultado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD001141/PREG_apoyo-para-la-lactancia-materna
14. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Sanz-Barbero B, Otero-García L. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in tenerife (Canary islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).
15. De Lauzon-Guillain B, Thierry X, Bois C, Bournez M, Davaise-Paturet C, Dufourg MN, et al. Maternity or parental leave and breastfeeding duration: Results from the ELFE cohort. *Matern Child Nutr*. 2019;15(4).
16. Lin WT, Hsieh CC, Chang FC, Wang CL, Lin CI, Chuang HY. Effects of workplaces receiving "accreditation of health workplaces" on breastfeeding promotion, parental leave, and gender equality. *J Occup Health*. 2020;62(1):1-10.
17. Castetbon K, Boudet-Berquier J, Salanave B. Combining breastfeeding and work: Findings from the Epifane population-based birth cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1-10.
18. Vilar-Compte M, Teruel GM, Flores-Peregrina D, Carroll GJ, Buccini GS, Perez- Escamilla R. Costs of maternity leave to support breastfeeding; Brazil, Ghana and Mexico. *Bull World Health Organ*. 2020;98(6):382-93.
19. Rimes KA, de Oliveira MIC, Boccolini CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica*. 2019;53(1):1-12.
20. Monteiro FR, Buccini G dos S, Venâncio SI, da Costa THM. Influência da licença- maternidade sobre a amamentação exclusiva. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017;93(5):475-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.11.016>
21. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 2015;29(1):4-9.
22. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with us mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *J Hum Lact*. 2014;30(4):416-9.
23. Lin WT, Hsieh CC, Chang FC, Wang CL, Lin CI, Chuang HY. Effects of workplaces receiving "accreditation of health workplaces" on breastfeeding promotion, parental leave, and gender equality. *J Occup Health*. 2020;62(1):1-10.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ortiz Sosa ML. Revisión narrativa sobre cómo influye la duración del permiso maternal en el mantenimiento de la lactancia materna. *Hygia de Enfermería*. 2026; 43(1): 27-33

Iniciación estructurada en los procesos de escritura científica: Elementos centrales de un artículo (I): Introducción/Objetivos/Metodología

Structured introduction to scientific writing processes: Core elements of an article (I): Introduction/Objectives/Methodology

Ana María Moltó Boluda

Enfermera de familia y comunitaria. Miembro del comité de redacción de Hygia.

Tras comprender la importancia de elaborar un buen título, la necesidad de dejar claramente establecida la autoría y los roles de quienes participan en la investigación, así como los aspectos esenciales para redactar un resumen adecuado, nos centraremos ahora en la introducción, los objetivos y la metodología del trabajo científico. Su relevancia radica en que estas secciones nos proporcionan el por qué, el para qué y el cómo de la investigación.

INTRODUCCIÓN

La introducción constituye el punto de partida del estudio y tiene como propósito situar el tema en contexto y fundamentar la necesidad de la investigación^{1,2,3}.

Contextualización del problema

La introducción debe comenzar presentando el contexto general del tema de investigación, proporcionando una visión amplia del problema que se aborda. Esto incluye:

- Describir el problema sanitario: Es necesario explicar el problema de salud pública o clínica que se está investigando. ¿Cuál es su prevalencia, impacto, o importancia para la población?
- Síntesis del conocimiento existente: Se debe presentar de manera concisa la evidencia previa más relevante, con el fin de situar al lector en el estado actual de la investigación sobre el tema.

Revisión de la literatura relevante

- Citar investigaciones previas: Aquí se resumen las investigaciones previas más destacadas y actuales, poniendo de manifiesto las áreas en las que aún falta información o comprensión.
- Establecer la relevancia de la investigación: Al revisar la literatura, se debe justificar por qué es necesario llevar a cabo el nuevo estudio. ¿Qué falta por investigar o qué no se ha explorado lo suficiente?

Justificación del estudio

- Motivo del estudio: Es necesario justificar la relevancia del estudio, explicando las razones que hacen pertinente su realización. Esto puede incluir, por ejemplo:
 - El incremento en la incidencia de una enfermedad.
 - La ausencia de consenso respecto al tratamiento de una determinada condición.
 - La necesidad de desarrollar nuevas tecnologías o enfoques innovadores.
- Posibles beneficios: También resulta pertinente destacar de qué manera los hallazgos podrían contribuir a mejorar la práctica clínica, orientar políticas de salud pública o enriquecer el conocimiento científico en general.

Planteamiento de la hipótesis o pregunta de investigación

La introducción debe concluir con una clara declaración de la hipótesis o pregunta de investigación que guiará el estudio. Este enunciado debe ser específico, enfocado y directamente relacionado con el problema sanitario tratado.

Objetivos del estudio

- Objetivos generales y específicos: Se deben plantear los objetivos del estudio, claramente definidos. El objetivo general está relacionado con la hipótesis o pregunta de investigación, mientras que los específicos se refieren a los pasos detallados para lograrlo.
- Metodología preliminar (si es relevante): A veces, es útil dar una idea general de cómo se llevará a cabo la investigación, aunque los detalles de la metodología se presentan en una sección posterior.

FECHA DE RECEPCIÓN: 11/2/2026

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/3/2026

Correspondencia: Ana María Moltó Boluda

Correo electrónico: ana.maria.molto@icoes.es

Claridad y coherencia

La introducción debe ser clara y coherente, evitando detalles excesivos o irrelevantes. Debe establecer una narrativa lógica que conduzca al lector hacia la necesidad de realizar el estudio, que genere su interés.

Brevidad y precisión

Aunque es crucial proporcionar contexto y justificación, la introducción debe ser concisa. El lector debe comprender rápidamente la importancia del estudio, el vacío en la literatura y cómo este trabajo contribuirá a avanzar en el conocimiento.

Ejemplo general de estructura de una introducción:

- **Introducción general al problema de salud:** ¿Qué es el problema? ¿Por qué es importante?
- **Revisión de estudios previos:** ¿Qué se ha investigado hasta ahora sobre este tema? ¿Qué se ha encontrado?
- **Justificación del estudio:** ¿Por qué es necesario realizar este estudio? ¿Qué lagunas existen en la literatura?
- **Planteamiento de la hipótesis/pregunta de investigación:** ¿Cuál es la hipótesis que se probará o la pregunta que se abordará?
- **Objetivos de la investigación:** ¿Qué se espera lograr con este estudio?

Figura 1. Introducción.

INTRODUCCIÓN

RECUERDA	CONSEJO	ADVERTENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Una buena introducción asegura que el lector entienda el contexto y la motivación del trabajo. La introducción debe presentarse de manera clara y coherente. Debe construir una secuencia lógica que guíe al lector hacia la justificación y la necesidad del estudio. Nunca olvides explicar la importancia de la investigación y qué brechas del conocimiento busca llenar. 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta el tema de manera amplia antes de enfocarte en aspectos específicos. Asegúrate de que fluya naturalmente hacia la sección de métodos o hipótesis. 	<ul style="list-style-type: none"> Evita generalizaciones vagas; usa cifras y referencias cuando sea posible. Evita información irrelevante o demasiado detallada en la introducción. No hacer una revisión bibliográfica larga como si fuera una sección aparte. Evita presentar objetivos vagos o demasiado generales que no guían la investigación. Elude usar un lenguaje demasiado informal o anecdótico. Evita expresarte de manera demasiado opinativa o subjetiva sin evidencia que lo sustente.

Fuente: Elaboración propia.

OBJETIVOS

Los objetivos de un artículo científico de salud son fundamentales porque guían el enfoque del estudio y establecen las metas específicas que se quieren alcanzar. Al igual que con la introducción, es crucial que los objetivos sean claros, específicos y alineados con la hipótesis o la pregunta de investigación. Estas son algunas consideraciones clave para definir y redactar los objetivos de un artículo científico sanitario^{4,5,6}:

Claridad y especificidad

- **Objetivos claros y concisos:** Los objetivos deben ser fáciles de entender. Evitar la vaguedad. Deben estar formulados de manera que cualquier lector pueda comprender exactamente qué se espera lograr con la investigación.
- **Vinculación con la hipótesis:** Los objetivos deben estar directamente relacionados con la hipótesis o las preguntas de investigación que se plantean en la introducción. Los objetivos deben ser una extensión natural de la justificación del estudio.

- **Objetivos específicos:** Los objetivos deben ser detallados y centrados en aspectos concretos del estudio. No deben ser generales ni ambiguos. Por ejemplo, en lugar de escribir "Estudiar la diabetes", el objetivo específico podría ser "Evaluar la prevalencia de la diabetes tipo 2 en adultos mayores de 60 años en una región urbana". Si la hipótesis es compleja, los objetivos deben dividirse en subobjetivos que aborden los diferentes aspectos del problema.

La diferencia entre los objetivos generales y los específicos es que los objetivos generales son amplios y los específicos son detallados, alcanzables y medibles.

Medición y evaluación

- **Objetivos medibles:** Asegúrate de que los objetivos sean alcanzables y medibles. En la investigación sanitaria, esto generalmente significa que los objetivos deben poder ser evaluados con datos cuantitativos o cualitativos específicos. Ejemplo: "Determinar la efectividad del tratamiento X sobre la reducción de la presión arterial en pacientes con hipertensión", donde la "efectividad" y la "reducción de la presión arterial" son medibles.
- **Uso de herramientas adecuadas:** Los objetivos deben tener en cuenta las herramientas, métodos y técnicas que se utilizarán para medir o evaluar los resultados. Por ejemplo, si el objetivo es evaluar la efectividad de un fármaco, los métodos de medición podrían incluir pruebas de laboratorio, cuestionarios, entrevistas o encuestas.

Viabilidad

- **Viabilidad:** Debemos asegurarnos que los objetivos sean alcanzables dentro del tiempo, recursos y capacidades disponibles. Un objetivo muy ambicioso o poco realista puede dificultar la realización del estudio.

Pertinencia

- **Relevancia sanitaria:** Los objetivos deben ser pertinentes para el campo sanitario. Esto implica que se deben alinear con las necesidades de salud pública o con las cuestiones que impactan directamente en la salud de la población o en la mejora de los servicios sanitarios.

Redacción en tiempo presente o futuro

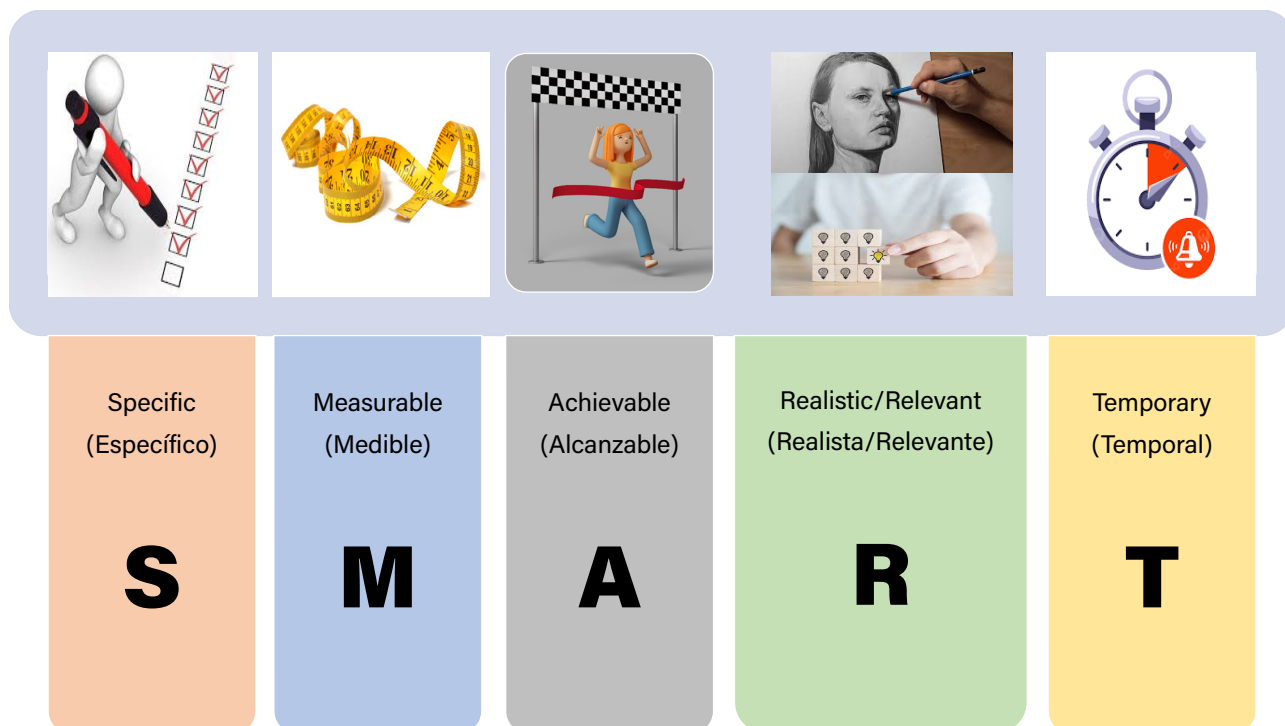
- **Redacción adecuada:** Los objetivos se deben redactar en tiempo futuro, ya que describen lo que se llevará a cabo durante el estudio. Sin embargo, en algunas ocasiones también es válido utilizar tiempo presente cuando se describen los procesos del estudio que están en curso o se trata de objetivos ya establecidos.

Ejemplo de cómo formular los objetivos:

- **Objetivo general:** Evaluar la efectividad de la intervención nutricional en la reducción de los niveles de glucosa en sangre de pacientes con diabetes tipo 2.
- **Objetivos específicos:**
 - Evaluar el impacto de la intervención en los hábitos alimenticios y la actividad física de los pacientes.
 - Analizar la relación entre la adherencia al plan nutricional y la reducción de los niveles de glucosa.




En resumen, los objetivos de un artículo científico sanitario deben ser precisos, medibles, alcanzables, realistas y alineados con la hipótesis planteada (acrónimo SMART). Los objetivos bien redactados guiarán la investigación y ayudarán a enfocar los esfuerzos para lograr conclusiones claras y útiles para la práctica de la enfermería o la salud pública.

Figura 2. Acrónimo SMART.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Objetivos.

OBJETIVOS		
RECUERDA 	CONSEJO 	ADVERTENCIA 
<ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos deben ser fáciles de entender. • Los objetivos deben ser coherentes con el diseño y la metodología del estudio. • Un objetivo poco realista puede dificultar la realización del estudio. • Los objetivos se deben redactar en tiempo futuro, ya que describen lo que se llevará a cabo durante el estudio. Sin embargo, en algunas ocasiones también es válido utilizar tiempo presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyarnos en el acrónimo SMART a la hora de formularlos. • Utiliza un lenguaje técnico adecuado y preciso. Evita adjetivos subjetivos (mucho, poco, bueno, adecuado). Opta por términos científicos claros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar preguntas: los objetivos deben ser afirmaciones y no preguntas. • Se debe evitar la vaguedad y la ambigüedad. • No combinar en un mismo objetivo aspectos metodológicos, teóricos y prácticos. • No formular objetivos como actividades (realizar encuestas, etc). • No formular objetivos que incluyan resultados anticipados (“Demostrar que...”, “Validar que X mejora Y”, etc.)

Fuente: Elaboración propia.

METODOLOGÍA

La metodología es el corazón técnico del artículo. Esta sección describe cómo se obtuvo la evidencia, permitiendo que otras personas investigadoras puedan replicar el estudio y evaluar su validez y fiabilidad. Una metodología clara y bien estructurada también es clave para garantizar que los resultados obtenidos sean confiables y que el estudio sea éticamente correcto. Las principales consideraciones a tener en cuenta al redactar la metodología de un artículo científico sanitario son^{7,8,9}:

Claridad y precisión

- Descripción detallada de los procedimientos: La metodología debe ser lo suficientemente detallada como para permitir que otros investigadores puedan replicar el estudio. Esto incluye explicar cada paso del proceso de recolección de datos, las herramientas utilizadas, los instrumentos de medición y el análisis de los datos.
- Evitar vaguedades: Es importante ser preciso en la descripción de los procedimientos. Las generalidades pueden generar dudas sobre la validez del estudio, por lo que se deben incluir detalles específicos sobre la implementación de los métodos.

Tipo de estudio

- Diseño del estudio: Es esencial especificar el tipo de estudio realizado, ya que esto impacta directamente en la interpretación de los resultados. Existen varios diseños de investigación sanitaria, entre ellos:
 - Estudios experimentales: Ensayos clínicos aleatorizados, estudios controlados, etc.
 - Estudios observacionales: Transversales, cohortes, casos y controles, etc.
 - Estudios descriptivos o cualitativos: Estudios de casos, estudios etnográficos, entrevistas en profundidad, etc.
- Justificación del diseño elegido: Explicar por qué se ha elegido un diseño particular para abordar la hipótesis o la pregunta de investigación. Por ejemplo, si se realiza un ensayo clínico, se debe justificar la aleatorización y el control.

Población y muestra

- Criterios de inclusión y exclusión: La metodología debe incluir una explicación detallada de los criterios utilizados para seleccionar a los participantes en el estudio, tanto para los que fueron incluidos como para los excluidos. Estos criterios deben ser claros y justificados.

Ejemplo: "Se incluyeron pacientes mayores de 50 años con diagnóstico reciente de diabetes tipo 2, excluyendo a aquellos con comorbilidades graves."
- Tamaño de la muestra: Debe especificarse cómo se determinó el tamaño de la muestra y si se realizó un cálculo de poder estadístico para asegurar que el estudio tiene suficiente capacidad para detectar diferencias significativas.
- Selección de la muestra: Debe describirse cómo se seleccionaron los participantes (muestreo aleatorio, por conveniencia, estratificado, etc.). También se debe indicar si los participantes fueron seleccionados de una población específica (por ejemplo, un hospital o una comunidad).

Intervención o exposición (si aplica)

- Descripción de la intervención: Si el estudio involucra una intervención, como un tratamiento o una terapia, debe describirse con detalle cómo se implementó esta intervención. Esto incluye la dosis, la duración y la forma de administración, entre otros aspectos.
- Control o comparación: Si se están evaluando diferentes grupos (por ejemplo, grupo experimental vs. grupo control), se debe especificar cómo se compararon estos grupos. ¿Recibieron un tratamiento diferente, un placebo, o se observó una diferencia en condiciones naturales?

Variables e instrumentos de medición

- Definición de las variables: Las variables deben ser definidas de manera clara, incluyendo cómo se van a medir. Esto puede incluir:
 - Variables dependientes: Aquellas que se miden y se espera que cambien como resultado de la intervención.
 - Variables independientes: Aquellas que se manipulan o se observan como factores de influencia en el estudio.
- Instrumentos de medición: Deben especificarse los instrumentos, cuestionarios, tests, y dispositivos utilizados para recolectar los datos. Además, es importante mencionar la validez y fiabilidad de esos instrumentos.
 - Ejemplo: "Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36, validado previamente en población hispana."

Procedimientos de recolección de datos

- Métodos de recolección: Especificar los procedimientos utilizados para la recolección de datos, tales como entrevistas, encuestas, análisis de muestras biológicas, pruebas diagnósticas, etc. Además, se debe indicar cómo se controló la calidad de los datos recolectados.
- Condiciones de la recolección de datos: Es importante mencionar las condiciones en las que se recolectaron los datos, por ejemplo, si se realizó de forma presencial, en línea, en un entorno hospitalario, etc.

Análisis de los datos

- Métodos estadísticos: Especificar los métodos utilizados para analizar los datos. Dependiendo del tipo de datos (cuantitativos o cualitativos), los análisis pueden incluir técnicas descriptivas (promedios, frecuencias) o inferenciales (pruebas t, ANOVA, regresión, etc.).
- Software utilizado: Si se utilizó algún software para el análisis de datos (como SPSS, R, Stata, etc.), debe indicarse. Esto permite que otros investigadores puedan replicar el análisis de forma más precisa.
- Análisis cualitativo: Si se trata de un estudio cualitativo, se deben explicar las técnicas de análisis utilizadas, como la codificación temática, el análisis de contenido, etc.

Aspectos éticos

- Aprobación ética: Todos los estudios científicos que involucren seres humanos o animales deben contar con la aprobación de un comité ético (por ejemplo, un comité de ética en investigación). Es fundamental mencionar que se obtuvo esta aprobación y proporcionar el número de protocolo si es posible.
- Consentimiento informado: En estudios con participantes humanos, se debe detallar cómo se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizando su derecho a la privacidad y la confidencialidad de la información personal.
- Consideraciones éticas: Además de la aprobación ética y el consentimiento informado, se deben tener en cuenta otras consideraciones éticas, como el manejo adecuado de los datos, la protección de la privacidad y el bienestar de los participantes.

Limitaciones metodológicas

- Reconocer las limitaciones: Es importante que en la metodología se reconozcan las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra, posibles sesgos, o restricciones de tiempo y recursos. Esto muestra un enfoque crítico y transparente sobre las limitaciones inherentes al estudio.

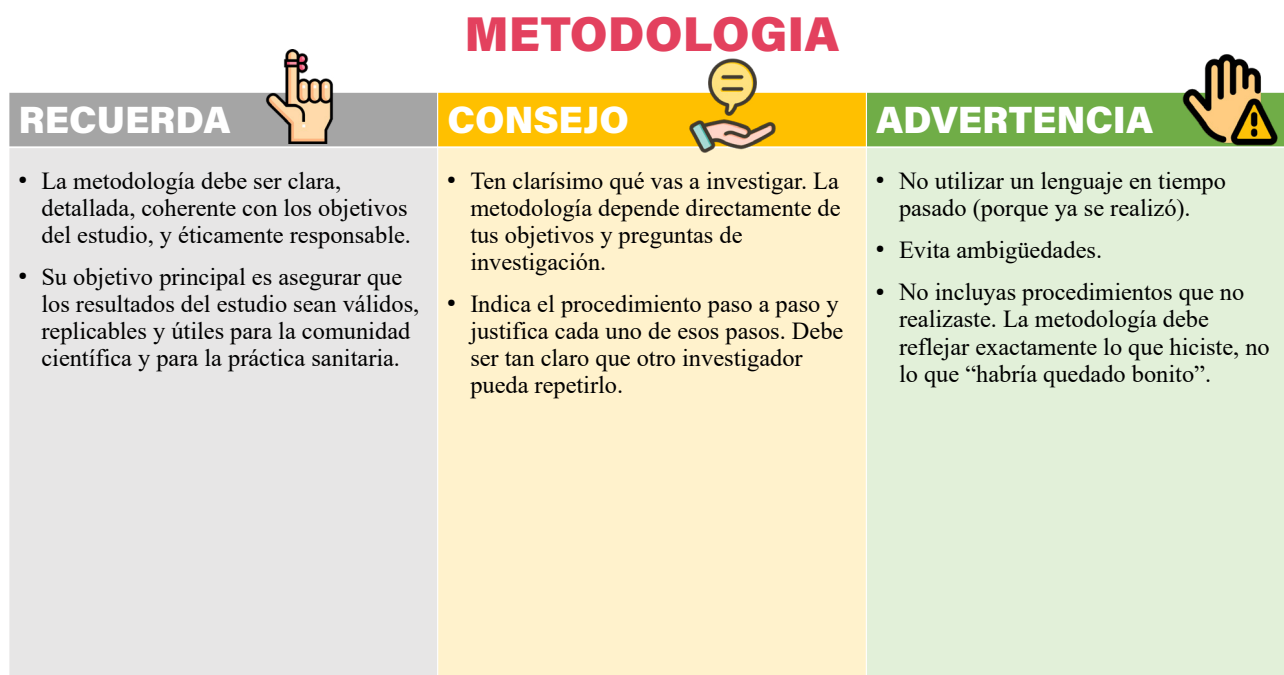
Reproducibilidad y transparencia

- Reproducibilidad: Para que otros investigadores puedan replicar el estudio, la metodología debe ser descrita de forma clara y exhaustiva. Esto incluye la descripción de todos los procedimientos y herramientas utilizadas, de manera que cualquier investigador con los mismos recursos pueda replicar el estudio.
- Transparencia: La transparencia en la metodología aumenta la confianza en los resultados obtenidos. Es importante no omitir pasos importantes ni usar terminología confusa o ambigua.

Ejemplo de estructura metodológica típica:

- **Diseño del estudio:** Tipo de estudio y justificación.
- **Población y muestra:** Criterios de inclusión/exclusión, tamaño de la muestra, y método de selección.
- **Intervención o exposición:** Descripción detallada de cualquier tratamiento o intervención.
- **Instrumentos de medición y variables:** Qué se mide y cómo se mide.
- **Procedimiento de recolección de datos:** Cómo se recogen los datos.
- **Análisis de datos:** Métodos estadísticos o cualitativos utilizados.
- **Aspectos éticos:** Aprobación ética, consentimiento informado, y protección de la privacidad.
- **Limitaciones:** Reconocimiento de las limitaciones del estudio.

Figura 4. Metodología.



Fuente: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFIA

1. Pautasso M. Diez reglas sencillas para escribir una revisión bibliográfica. PLoS Computational Biology [Internet]. 18 de julio de 2013;9(7). Disponible en: <https://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1003149>
2. Comité del Manual de Estilo de la AMA. Manual de Estilo de la AMA [Internet]. Oxford University Press; 2020. Disponible en: [https://www.amamanualofstyle.com/fileasset/AMAMOS/Web%20materials/Guide_to_Citing_the_AMA_Manual_of_Style_\(Print_and_Online\)](https://www.amamanualofstyle.com/fileasset/AMAMOS/Web%20materials/Guide_to_Citing_the_AMA_Manual_of_Style_(Print_and_Online))
3. Day RA, Gastel B. Cómo escribir y publicar un artículo científico. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
4. Cómo escribir, publicar y presentar en las ciencias de la salud | Libros electrónicos de la ACP [Internet]. Directfrompublisher.com. 2021. Disponible en: <https://acpebooks.directfrompublisher.com/catalog/book/how-write-publish-and-present-health-sciences>
5. Creswell JW, Creswell JD. Diseño de investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos. 5th ed. London: SAGE Publications; 2018.
6. Knottnerus JA, Tugwell P. Cómo escribir un artículo de investigación. Journal of Clinical Epidemiology. 2013 Abr;66(4):353-4.
7. Kallestinova ED. Cómo escribir tu primer artículo de investigación. Yale J Biol Med. Septiembre de 2011;84(3):181-90
8. Greenhalgh T. Cómo leer un artículo: conceptos básicos de medicina y atención médica basadas en la evidencia. Hoboken, Nj: Wiley Blackwell; 2019.
9. Hanna M. Cómo escribir mejores artículos médicos. Cham: Springer International Publishing; 2019.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. Iniciación estructurada en los procesos de escritura científica: Elementos centrales de un artículo (I): Introducción/Objetivos/Metodología. Hygia de Enfermería. 2026; 43(1): 34-39

Sexualidad a lo largo del ciclo vital: infancia al climaterio. Revisión de la literatura

Sexuality throughout the life course: a literature review

Alba Vargas Crespo, Dolores Pont Vázquez y Lourdes Márquez Suarez

Residentes 2º año. Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La sexualidad es un componente esencial del ser humano y un indicador clave de salud y bienestar. No se limita a la función reproductiva, sino que abarca aspectos emocionales, relacionales y de identidad, influyendo directamente en la calidad de vida y la autoestima. La salud sexual depende de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales y atraviesa todas las etapas del ciclo vital, desde la infancia hasta el climaterio. Las disfunciones sexuales son frecuentes y afectan a una proporción significativa de la población, evidenciando la necesidad de integrar la evaluación de la sexualidad en la atención clínica y en políticas de salud.

Objetivos: Describir los principales cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que afectan la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital, identificar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales más frecuentes, y sintetizar estrategias de evaluación y manejo, con el fin de promover la salud sexual y el bienestar integral.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura en PubMed, Scopus, Google Académico, CINAHL y recursos institucionales de OMS y WAS entre septiembre y octubre de 2025. Se seleccionaron artículos sobre sexualidad, disfunciones sexuales y factores biopsicosociales, priorizando estudios originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas, incluyendo cuestionarios validados como FSFI, IIEF y SEXIT Adult.

Resultados: La sexualidad es un proceso dinámico y continuo, con manifestaciones y necesidades diferenciadas según la etapa del ciclo vital. Las disfunciones sexuales varían según edad, género y contexto, siendo frecuentes los problemas relacionados con el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor. Factores hormonales, comorbilidades, salud mental, calidad de la relación de pareja y contexto sociocultural influyen en la función y satisfacción sexual. La evaluación clínica requiere herramientas validadas y un abordaje multidisciplinario, mientras que la educación sexual y la promoción de la salud desempeñan un papel central en la prevención y el bienestar.

Conclusiones: La sexualidad constituye una dimensión integral del desarrollo humano que atraviesa todas las etapas de la vida. Su atención requiere un enfoque biopsicosocial, inclusivo y basado en evidencia, que combine promoción de la salud sexual, prevención de disfunciones, educación adaptada al desarrollo y reducción del estigma, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de las personas.

PALABRAS CLAVE

sexualidad, ciclo vital, disfunción sexual, salud sexual, adolescencia, adultez, climaterio

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is an essential component of human beings and a key indicator of health and well-being. It is not limited to reproductive function but encompasses emotional, relational, and identity-related aspects, directly influencing quality of life and self-esteem. Sexual health depends on biological, psychological, social, and cultural factors and spans all stages of the life course, from childhood to the climacteric period. Sexual dysfunctions are common and affect a significant proportion of the population, highlighting the need to integrate sexual health assessment into clinical care and public health policies.

Objectives: To describe the main physiological, psychological, social, and cultural changes affecting sexuality across different life stages, to identify the prevalence and risk factors associated with the most common sexual dysfunctions, and to synthesize strategies for assessment and management, aiming to promote sexual health and overall well-being.

Methodology: A literature review was conducted using PubMed, Scopus, Google Scholar, CINAHL, and institutional resources from the World Health Organization (WHO) and the World Association for Sexual Health (WAS) between September and October 2025. Articles addressing sexuality, sexual dysfunctions, and biopsychosocial factors were selected, prioritizing original studies, systematic reviews, and clinical guidelines, including validated questionnaires such as the FSFI, IIEF, and SEXIT Adult.

Results: Sexuality is a dynamic and continuous process, with manifestations and needs that vary according to life stage. Sexual dysfunctions differ by age, gender, and context, with common problems including desire, arousal, orgasm, and pain disorders. Hormonal factors, comorbidities, mental health, relationship quality, and sociocultural context influence sexual function and satisfaction. Clinical assessment requires validated tools and a multidisciplinary approach, while sexual education and health promotion play a central role in prevention and well-being.

Conclusions: Sexuality is an integral dimension of human development across the life course. Its care requires a biopsychosocial, inclusive, and evidence-based approach that combines sexual health promotion, prevention of dysfunctions, developmentally adapted education, and stigma reduction, contributing to individuals' well-being and quality of life.

KEYWORDS

sexuality, life course, sexual dysfunction, sexual health, adolescence, adulthood, climacteric

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye un componente esencial del ser humano y un aspecto integral de la salud general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud sexual como un elemento indispensable para el bienestar físico, mental y social de las personas, las parejas y las comunidades. Alcanzar una buena salud sexual implica no solo la ausencia de enfermedad o disfunción, sino también la existencia de un enfoque positivo, respetuoso y libre de coerción hacia la sexualidad y las relaciones interpersonales¹

Disfrutar de una sexualidad saludable depende de múltiples factores interrelacionados. Entre ellos se incluyen el acceso a información veraz y de calidad sobre sexo y sexualidad, el conocimiento de los riesgos y la vulnerabilidad frente a las consecuencias adversas de la actividad sexual, la disponibilidad de servicios de salud sexual accesibles y de calidad, y la existencia de entornos sociales y culturales que promuevan y protejan la expresión sexual libre y segura. Además, la salud sexual abarca un amplio espectro de dimensiones, incluyendo la identidad y la orientación sexual, la expresión del deseo, el placer y las relaciones afectivas. Al mismo tiempo, comprende la prevención y el manejo de consecuencias negativas como infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no planificados, disfunciones sexuales, violencia sexual y prácticas perjudiciales como la mutilación genital femenina. Este enfoque integral permite comprender que la sexualidad atraviesa todas las etapas del ciclo vital y está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por lo que su promoción requiere una perspectiva interdisciplinaria orientada al bienestar, la equidad y los derechos humanos^{1,2}.

La sexualidad es, además, una dimensión central del bienestar humano que se manifiesta a lo largo de toda la vida. No se limita únicamente a la función reproductiva, sino que engloba aspectos emocionales, relacionales y de identidad que contribuyen al equilibrio psicológico y social de las personas. Diversas investigaciones han mostrado que la salud sexual influye directamente en la calidad de vida, la autoestima y la satisfacción general, constituyéndose en un indicador relevante del bienestar individual y colectivo. De este modo, la sexualidad no solo es una dimensión personal, sino también un determinante de salud y un componente esencial del desarrollo humano sostenible^{1,2}.

Asimismo, la sexualidad no es un fenómeno estático ni limitado a una etapa concreta de la existencia, sino un proceso dinámico que evoluciona a lo largo del ciclo vital. La OMS y diversos autores subrayan que las experiencias, necesidades y expresiones de la sexualidad varían según los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de cada edad. Este enfoque de curso vital permite comprender la sexualidad como una dimensión continua del desarrollo humano, presente desde la infancia hasta la vejez³.

Finalmente, la salud sexual tiene un impacto profundo en la calidad de vida y constituye un componente central de la atención clínica y de la salud pública. Las disfunciones sexuales —que incluyen alteraciones del deseo, excitación, orgasmo y dolor— son frecuentes y afectan a una proporción significativa de la

población adulta; se estima que entre el 30 % y el 50 % de las mujeres y entre el 20 % y el 40 % de los hombres experimentan algún tipo de dificultad sexual a lo largo de su vida. Estas cifras reflejan tanto la magnitud del problema como la necesidad de que los profesionales de la salud integren la evaluación de la función sexual dentro de la práctica clínica habitual⁴.

Por lo tanto, la atención clínica y la planificación de políticas de salud deben considerar la sexualidad como un determinante central del bienestar integral. Reconocerla como tal permite implementar estrategias de prevención, educación y manejo de disfunciones sexuales, reforzando el enfoque biopsicosocial y garantizando que la salud sexual sea un componente efectivo del cuidado integral a lo largo de toda la vida².

El objetivo principal de este artículo es describir la evidencia científica reciente sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la sexualidad a lo largo del ciclo vital.

Como objetivos específicos encontramos los siguientes:

- Describir los principales cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la sexualidad en las distintas etapas del ciclo vital e identificar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales más frecuentes en cada etapa.
- Sintetizar las estrategias de evaluación clínica y manejo multidisciplinario de la sexualidad y las disfunciones sexuales, considerando intervenciones farmacológicas, psicosexuales y educativas.
- Valorar la relevancia de la sexualidad como componente del bienestar y la calidad de vida en la atención sanitaria desde una perspectiva integral.

METODOLOGÍA

En los meses de septiembre y octubre de 2025 se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la sexualidad a lo largo del ciclo vital. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Google Académico, así como en recursos institucionales relevantes, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Association for Sexual Health (WAS).

Se emplearon términos controlados y palabras clave en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. La estrategia de búsqueda incluyó, entre otros, los siguientes términos: “sexualidad” OR “desarrollo sexual” OR “disfunción sexual” AND “ciclo vital” OR “menopausia” OR “climaterio” OR “adolescencia” OR “infancia”.

Las estrategias específicas utilizadas en cada base de datos se detallan en una tabla para garantizar la reproducibilidad del proceso.

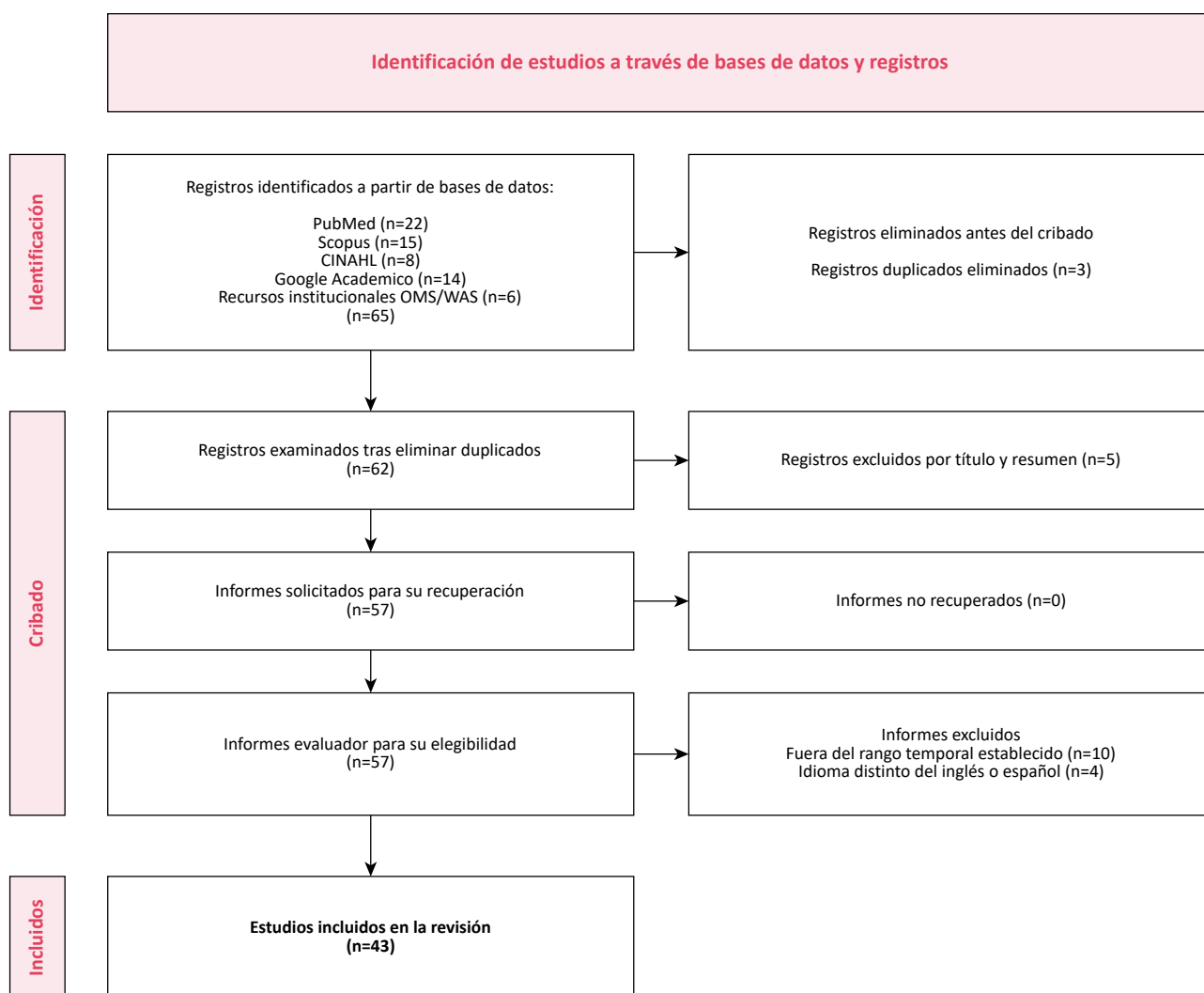
Los criterios de inclusión fueron: estudios realizados en población humana, publicados en los últimos diez años, que abordaran la sexualidad o las disfunciones sexuales en alguna etapa del ciclo vital desde una perspectiva biológica, psicológica o social. Se priorizaron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y estudios epidemiológicos relevantes. Asimismo, se incluyeron trabajos considerados de referencia para el marco conceptual del tema.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/1/2026

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5/2/2026

Correspondencia: Dolores Pont Vázquez
Correo electrónico: lolapontvazquez@gmail.com

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021



Se excluyeron artículos duplicados, estudios con muestras no representativas, revisiones narrativas sin metodología explícita y trabajos cuya temática no se ajustaba a los objetivos de la revisión.

El proceso de selección se realizó mediante la revisión de títulos y resúmenes, seguida de la lectura a texto completo de los artículos potencialmente elegibles. El número de registros identificados, excluidos y finalmente incluidos se representa mediante un diagrama de flujo del proceso de selección de estudios conforme a la declaración PRISMA 2021.

La síntesis de la información se realizó de forma narrativa, estructurando los resultados en función de los objetivos del estudio y priorizando los hallazgos más recientes y relevantes descritos en la literatura científica.

RESULTADOS

A. CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Sexualidad en la infancia

El estudio de la sexualidad infantil ha pasado de ser un tema tabú o patologizado a reconocerse como una dimensión integral del desarrollo humano. Las teorías clásicas fueron las primeras en proponer que la sexualidad no aparece de forma súbita en la adolescencia, sino que existe desde los primeros años de vida.

- Sigmund Freud (1905), en su teoría psicosexual, introdujo la idea de que el niño atraviesa una serie de fases (oral, anal, fálica, latencia y genital) en las cuales la energía libidinal se orienta hacia distintas zonas erógenas. Aunque su propuesta ha sido muy debatida, Freud fue pionero en reconocer que el interés corporal y el placer forman parte del desarrollo normal desde la infancia⁵.
- Jean Piaget aportó una visión cognitiva: durante la infancia, los niños desarrollan progresivamente la noción de “yo”, el sentido de intimidad y la comprensión de normas sociales y

morales. La curiosidad sexual forma parte de ese aprendizaje simbólico y exploratorio.

- Erik Erikson, desde la psicología del desarrollo psicosocial, situó el interés por el cuerpo, el juego de roles y la exploración como tareas centrales de la etapa de iniciativa frente a culpa (3 a 6 años). En esta fase, la experimentación y las preguntas sobre el cuerpo son expresiones de autonomía y descubrimiento, no conductas inapropiadas.
- Albert Bandura y las teorías del aprendizaje social subrayaron la importancia del modelado y la observación. Los niños aprenden comportamientos relacionados con el género, la intimidad y las normas sexuales observando a adultos y compañeros, integrando las expectativas culturales sobre “lo apropiado”⁶.

Desde entonces, la investigación empírica ha documentado conductas sexuales normativas en niños, como la curiosidad corporal, la masturbación ocasional y el juego exploratorio entre pares, desmitificando la idea de la infancia como etapa asexual⁶.

El consenso actual, respaldado por la American Academy of Pediatrics (AAP), reconoce que la sexualidad forma parte del desarrollo humano desde la primera infancia, manifestándose de manera verbal, afectiva y conductual según la edad, el entorno y el contexto cultural. La sexualidad infantil incluye la exploración del cuerpo, el juego con pares, la curiosidad por las diferencias anatómicas y la expresión afectiva. Estas conductas se consideran típicas y esperables, siempre que sean transitorias, no coercitivas, acordes al nivel de desarrollo y fácilmente redirigidas por los adultos^{7,8}.

Durante los primeros años de vida, la sexualidad se manifiesta como un proceso natural de descubrimiento corporal, emocional y relacional. En esta etapa temprana (0-3 años), los niños y niñas exploran su cuerpo mediante los sentidos: tocan, observan y experimentan placer a través de sensaciones físicas agradables, como al tocarse los genitales durante el baño o al recibir caricias. Estas conductas reflejan la curiosidad innata y la búsqueda de confort, sin implicaciones sexuales adultas. La autoexploración tiene un valor evolutivo positivo, ya que favorece la construcción de la identidad corporal, el conocimiento de los límites y la autorregulación emocional⁷.

Durante la etapa preescolar (3-6 años), la curiosidad corporal se amplía y se convierte en una forma natural de explorar el propio cuerpo y el de los demás. Es habitual que los niños y niñas muestren interés por las diferencias anatómicas y participen en juegos simbólicos, como “jugar a los médicos”, en los que intentan comprender cómo son las demás personas. La masturbación ocasional también es una conducta frecuente y evolutivamente normal en esta etapa, sin implicaciones sexuales adultas^{7,8}.

Un estudio realizado en Finlandia señaló que aproximadamente el 71% de los profesionales de educación infantil había observado comportamientos de masturbación abierta en niños de entre 1 y 6 años, siendo la curiosidad corporal el aspecto más comúnmente reportado. Estas manifestaciones reflejan la búsqueda de placer y bienestar físico, así como la construcción de la identidad corporal y emocional⁸.

Durante la etapa escolar (6-12 años), las conductas sexuales se vuelven menos visibles y más privadas. Aunque la curiosidad por el cuerpo y las diferencias entre los sexos persiste, los niños y niñas comienzan a sentir vergüenza o pudor, buscando

privacidad para vestirse o bañarse. Si se masturban, suelen hacerlo en secreto, como parte de un proceso natural de autorregulación y autoconocimiento⁷.

En este periodo también surgen las primeras manifestaciones afectivas más estructuradas: el interés por los pares, las amistades íntimas y, en algunos casos, los primeros sentimientos de atracción o enamoramiento. Las expresiones físicas del afecto (como tomarse de la mano o darse un beso) pueden aparecer como parte del juego o de la experimentación emocional⁷.

La curiosidad por la sexualidad se mantiene, aunque empieza a estar influenciada por los tabúes sociales. Cuando los adultos tratan el tema con censura o vergüenza, los niños tienden a ocultar sus preguntas y buscan información por otros medios, incluyendo la observación de adultos o el acceso a materiales sexuales⁷.

En esta etapa se consolidan también los hábitos y normas relacionados con la intimidad y el respeto mutuo. En torno a los 10 años pueden iniciarse los primeros cambios físicos y hormonales que anticipan la pubertad: crecimiento del vello, cambios en la voz o, en el caso de algunas niñas, la aparición de la menstruación⁷.

Un estudio español reportó que el 8% de los niños de 9 años ya había practicado la masturbación, y que el 14% de los de 11-12 años había tenido algún tipo de experiencia sexual, lo que evidencia la progresiva evolución de la sexualidad infantil hacia formas más maduras de autoconocimiento y exploración corporal⁹.

Diferenciar entre conductas sexuales normativas y problemáticas resulta esencial. Durante la infancia es fundamental enseñar a los niños a reconocer conductas inapropiadas o de abuso, ayudándoles a identificar las situaciones que les generan malestar —como dolor, vergüenza o culpa— y a entender que estos sentimientos pueden indicar que su integridad física o emocional está siendo vulnerada. De esta forma, podrán pedir ayuda a un adulto de confianza^{9,10}.

Las conductas sexuales normales en la infancia suelen presentarse entre niños o niñas de la misma edad, conocidos entre sí, de manera espontánea, poco frecuente y fácil de redirigir^{9,10}.

En cambio, deben alertar a padres y profesionales conductas como: masturbación compulsiva, juegos sexuales persistentes o de tipo adulto, interés por menores más pequeños, exposición o curiosidad excesiva por la pornografía, o uso de lenguaje sexual explícito impropio de la edad^{9,10}.

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad adolescente representa una transición compleja, marcada por la maduración biológica, el desarrollo de la identidad sexual y la exploración de la intimidad. La pubertad, que suele iniciarse entre los 10 y 14 años, conlleva el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y un aumento del deseo sexual. Estudios en Estados Unidos y Europa sitúan la edad media de inicio sexual entre los 15 y 16 años¹¹. Según el estudio NHANES, el 13% de los adolescentes de 14 años y más del 75% de los de 19 han tenido relaciones sexuales, sin diferencias de género significativas. En Suecia, el 37% de los estudiantes del primer año de secundaria reportaron relaciones sexuales, con una mediana de edad de 15 años^{12,13}.

Las conductas sexuales adolescentes varían desde besos y caricias hasta relaciones coitales, con un aumento progresivo en frecuencia e intensidad entre los 11 y 15 años. La mayoría de los adolescentes experimenta interacciones sexuales de baja o moderada intensidad, sin que estas predigan necesariamente la identidad sexual futura. Aunque el uso de métodos de barrera en la primera relación se mantiene relativamente alto, persisten los riesgos de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente en quienes inician actividad sexual precoz o tienen múltiples parejas¹⁴.

Entre 2015 y 2021, aumentó el número de adolescentes que se identifican como bisexuales, gays o lesbianas, así como aquellos que reportan contactos sexuales con personas del mismo sexo. Este grupo presenta mayor vulnerabilidad ante problemas de salud mental y conductas sexuales de riesgo, incluyendo menor uso de protección y mayor exposición a violencia sexual¹⁵.

Los principales factores de riesgo incluyen el consumo de alcohol y drogas, la exposición a pornografía, la victimización digital y la falta de supervisión parental. El apoyo familiar y la comunicación abierta actúan como factores protectores, reduciendo la probabilidad de conductas de riesgo y mejorando el bienestar emocional^{16,17,18}.

En resumen, la sexualidad adolescente es dinámica y diversa, influida por factores biológicos, familiares y socioculturales. La educación sexual adaptada, junto con el uso de instrumentos de evaluación validados, es clave para promover decisiones informadas y prevenir riesgos.

Sexualidad adulta

En la edad adulta, la sexualidad refleja la interacción entre factores biológicos, emocionales, relacionales y sociales. En las últimas décadas, se observa una disminución en la edad de inicio sexual —en torno a los 16 años en cohortes recientes— y un aumento de la diversidad de prácticas sexuales. Estas incluyen el coito vaginal, oral y anal, el uso de juguetes sexuales, el sexting y la pornografía digital, cada vez con mayor aceptación social^{20,21,22}.

Durante la juventud y la madurez, la sexualidad alcanza su plenitud si la persona ha logrado una adecuada madurez psicosexual y cuenta con los conocimientos y habilidades necesarios para vivirla de forma libre y responsable. En esta etapa, influyen factores como tener o no pareja, la estabilidad de la relación, la maternidad o paternidad y los cambios propios de la menopausia o andropausia²¹.

Adentrándonos en la fisiología de la respuesta sexual en mujeres y hombres adultos, ambas se organizan en fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. El deseo sexual es regulado por neurotransmisores centrales como dopamina y serotonina, y modulado por hormonas sexuales (testosterona, estrógenos) en ambos sexos²¹.

Durante la excitación, en hombres ocurre la erección por relajación del músculo liso del pene mediada por el sistema parasimpático y liberación de óxido nítrico, lo que aumenta el flujo sanguíneo y la presión intracavernosa. En mujeres, la excitación se manifiesta por vasocongestión y lubricación vaginal, tumescencia del clítoris y expansión de los tejidos genitales, reguladas por mecanismos neurovasculares similares: activación parasimpática, liberación de óxido nítrico y péptidos vasoactivos, con inhibición simpática²².

El orgasmo en ambos sexos implica contracciones rítmicas de los músculos pélvicos y genitales, junto con respuestas autonómicas (aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria). En hombres, la eyaculación involucra una fase de emisión (control simpático T11-L2) y una fase de expulsión (control somático vía núcleo de Onuf en la médula sacra). En mujeres, el orgasmo implica contracciones vaginales y uterinas, mediadas por circuitos espinales y activación de áreas corticales y subcorticales, con liberación de oxitocina²².

La resolución es el retorno a la homeostasis, con disminución de la vasocongestión y relajación muscular. En hombres existe un período refractario, menos definido en mujeres. La respuesta sexual está influida por factores psicológicos, interpersonales y contextuales, especialmente en mujeres²³.

Las diferencias fisiológicas en la respuesta sexual entre mujeres y hombres adultos se centran en la regulación hormonal, la neurobiología de la excitación y la integración de factores psicosociales. En hombres, la respuesta sexual suele ser más lineal y está fuertemente influida por la testosterona, con una correlación directa entre excitación genital (erección) y deseo sexual. En mujeres, la respuesta es más variable y menos predecible, con una menor correlación entre excitación genital (vasocongestión, lubricación) y deseo o placer subjetivo; la influencia de los estrógenos y andrógenos es relevante pero no determinante, y factores como la intimidad emocional y el contexto relacional tienen mayor peso en la experiencia sexual femenina²⁴.

En la presentación clínica, los hombres tienden a consultar por disfunción eréctil y trastornos de la eyaculación, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia disfunciones de deseo, excitación, orgasmo y dolor genitopélvico. La International Society for the Study of Women's Sexual Health y la Fourth International Consultation on Sexual Medicine clasifican los trastornos sexuales femeninos en cuatro categorías: trastorno de deseo, trastorno de excitación, trastorno orgásmico y trastorno de dolor genitopélvico³². En mujeres, la disfunción sexual suele estar influida por factores hormonales (menopausia, hipoprogesteronismo), enfermedades crónicas, medicamentos, y especialmente por factores psicológicos y relacionales²⁵.

En el manejo, los hombres suelen beneficiarse de tratamientos farmacológicos dirigidos a la función eréctil (inhibidores de la PDE-5), mientras que en mujeres el abordaje debe ser multidimensional, priorizando la terapia cognitivo-conductual para trastornos de deseo y excitación, lubricantes y estrógenos tópicos para dolor relacionado con atrofia vaginal, y fisioterapia de piso pélvico para dolor genitopélvico. El tratamiento en mujeres requiere una evaluación integral que incluya historia clínica detallada, factores biológicos, psicológicos, interpersonales y contextuales²⁶.

No obstante, la prevalencia de disfunciones sexuales en esta etapa es elevada: aproximadamente el 67 % de las mujeres y el 46 % de los hombres refieren haber experimentado algún problema sexual a lo largo de su vida adulta. Entre las mujeres predominan el bajo deseo sexual, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia; entre los hombres, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. Estas dificultades se asocian frecuentemente a enfermedades crónicas, problemas de salud mental, consumo de sustancias y a la calidad de la relación de pareja²⁶.

Sexualidad en el climaterio

La sexualidad durante el climaterio se ve influida por cambios hormonales, físicos y emocionales. La disminución de estrógenos y andrógenos genera síntomas vasomotores, alteraciones del sueño y trastornos genitourinarios que afectan la función sexual. La prevalencia de disfunción sexual en mujeres en climaterio varía entre el 38% y el 80%, según la población y el instrumento utilizado²⁷.

Los problemas más comunes son el bajo deseo sexual, la sequedad vaginal, el dolor coital y la dificultad para alcanzar el orgasmo. Factores como la depresión, la baja autoestima, la falta de pareja o la mala calidad relacional aumentan el riesgo. El Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) y el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (HSDD) son diagnósticos frecuentes y suelen coexistir^{27,28,29}.

B. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA SEXUALIDAD

La evaluación clínica de la sexualidad debe adaptarse a las distintas etapas del ciclo vital y apoyarse en instrumentos validados que permitan identificar tanto conductas normativas como situaciones de riesgo, así como disfunciones sexuales y su impacto biopsicosocial. En la infancia, se emplean herramientas específicas como el Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), que permite discriminar entre conductas sexuales esperables y problemáticas en niños de 2 a 12 años. Este instrumento ha sido validado en múltiples contextos y posibilita correlacionar los comportamientos observados con factores familiares, sociales y clínicos relevantes. De forma complementaria, instrumentos como el International Child Abuse Screening Tool-Child Version (ICAST-C) y el Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) presentan una adecuada fiabilidad psicométrica para la detección de exposición a abuso sexual infantil^{9,30}.

En la adolescencia, la evaluación clínica incorpora cuestionarios validados orientados a explorar conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, así como riesgos asociados a la salud sexual, reproductiva y mental. El Total Teen Assessment ha demostrado una buena validez clínica para la identificación de factores de riesgo en estas áreas³¹. Asimismo, el Sexual Health Questionnaire (SHQ) presenta una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,90$) y permite evaluar el nivel de conocimientos en salud sexual. Otros instrumentos, como el ICAST-A y el Adolescent Sexual Activities Index, se utilizan para medir la frecuencia e intensidad de las conductas sexuales y prácticas como el sexting^{32,33}.

Además, existen escalas específicas que abordan dimensiones subjetivas y positivas de la sexualidad adolescente. La Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS) y el Short Sexual Subjectivity Inventory (SSSI-11) evalúan la autoimagen, la subjetividad sexual y la vivencia positiva de la sexualidad, siendo útiles para analizar diferencias según género y orientación sexual^{34,35}. El Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) permite valorar la satisfacción sexual global en adolescentes sexualmente activos, mientras que el Sexting Behavior and Motives Questionnaire (SBM-Q) evalúa las motivaciones y los riesgos asociados a la práctica del sexting^{36,37}.

En la edad adulta, la evaluación clínica de la sexualidad debe ser integral y contemplar tanto la función sexual como el contexto biopsicosocial. Para ello, se recomienda el uso de instrumentos validados como el Female Sexual Function Index (FSFI), el In-

ternational Index of Erectile Function (IIEF), la Arizona Sexual Experiences Scale, el SEXual Health Identification Tool en su versión adulta (SEXIT Adult) y el Sexual Function Evaluation Questionnaire (SFEQ). Estas herramientas permiten identificar disfunciones sexuales y explorar su impacto en el bienestar físico, psicológico y relacional^{38,39,40}.

Durante el climaterio, la evaluación adquiere una especial relevancia, al integrarse los cambios hormonales y los síntomas asociados al envejecimiento. En este contexto, se recomienda el uso combinado de instrumentos como el FSFI, la Greene Climacteric Scale, la Menopause Rating Scale y el SFEQ, que permiten valorar de forma conjunta la función sexual, los síntomas vasomotores y el bienestar psicosocial^{29,41}. Este enfoque facilita una valoración más completa y personalizada, orientada a mejorar la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres en esta etapa.

C. RELEVANCIA DE LA SEXUALIDAD EN EL BIENESTAR A LO LARGO DEL CICLO VITAL

El desarrollo psicosexual temprano durante la infancia incluye la formación de vínculos afectivos seguros con las figuras de apego —madre, padre u otros cuidadores—, los cuales sientan las bases de la autoestima, la seguridad emocional y la capacidad de establecer relaciones futuras saludables. A partir de estas interacciones tempranas, el niño aprende a reconocer sus emociones básicas (alegría, miedo, rabia, tristeza) y, progresivamente, desarrolla emociones más complejas como la vergüenza, el orgullo o los celos⁷. Estos procesos emocionales iniciales constituyen un pilar fundamental del bienestar psicológico y relacional posterior.

Durante esta etapa, el entorno familiar ejerce una influencia decisiva en la vivencia de la sexualidad. Las respuestas de los adultos ante las conductas exploratorias infantiles deben ser tranquilas, respetuosas y proporcionadas, evitando tanto la censura como la sobreinterpretación, con el fin de favorecer una imagen corporal positiva y la normalización de la curiosidad sexual infantil. En este sentido, la American Academy of Pediatrics subraya la importancia de iniciar desde edades tempranas una educación sexual adaptada al desarrollo, que fomente el respeto, el consentimiento y la confianza en el propio cuerpo⁷.

A medida que el niño crece, comienza a interiorizar normas, hábitos y roles sociales vinculados a su entorno. Aprende comportamientos asociados al afecto, la intimidad y el respeto, y empieza a identificar lo que se espera de él o de ella según el sexo asignado al nacer⁷. Este proceso de adaptación constituye el inicio del aprendizaje de la identidad y la expresión de género dentro de un contexto familiar y cultural determinado. En estos años se consolidan las bases de la identidad de género mediante la interiorización de estereotipos sociales de lo masculino y lo femenino, al tiempo que continúan desarrollándose hábitos relacionados con la intimidad, el afecto y el respeto. Las emociones se vuelven más complejas —como la felicidad, la tristeza, los celos o la culpa— y aumenta la necesidad de comprender el entorno social. Se trata de una etapa marcada por la imitación de conductas observadas en los adultos, lo que contribuye al aprendizaje de roles y normas sociales vinculadas a la sexualidad⁷.

La evidencia muestra que la educación sexual temprana y adaptada al desarrollo mejora el conocimiento, la comunicación y las habilidades de autoprotección frente al abuso sexual y la violencia. La American Academy of Pediatrics recomienda un enfoque longitudinal y progresivo de la educación sexual, que

evolucione con la edad y el contexto vital, integrando valores como el respeto, el consentimiento y la promoción de relaciones saludables^{10,42}.

En conjunto, la sexualidad infantil debe abordarse desde una perspectiva clínica, educativa y preventiva, integrando la evaluación pediátrica, la orientación familiar y la educación emocional. El consenso contemporáneo enfatiza la diversidad, la normalidad de la curiosidad sexual infantil y la importancia de la orientación adulta para promover un desarrollo sano y prevenir conductas problemáticas⁴². La vivencia de la sexualidad a lo largo del ciclo vital constituye un componente esencial del bienestar global, al integrarse con la autoestima, la identidad personal, la regulación emocional y la capacidad para establecer vínculos afectivos satisfactorios. Una sexualidad vivida de forma positiva y acorde al momento evolutivo se asocia con mejores indicadores de salud mental, mayor percepción de calidad de vida y relaciones interpersonales más saludables. Desde esta perspectiva, la sexualidad no debe entenderse únicamente en términos de riesgo o disfunción, sino como un determinante relevante del bienestar físico, psicológico y relacional en todas las etapas de la vida^{16,17}.

Durante la adolescencia y la transición a la edad adulta, la AAP continúa recomendando una educación sexual integral, continua y adaptada al desarrollo, que aborde no solo la anatomía y la fisiología, sino también el consentimiento, las relaciones saludables y la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados. La inclusión de adolescentes con discapacidad requiere estrategias específicas y un mayor apoyo educativo para garantizar la equidad en el acceso a la información y al cuidado de la salud sexual^{16,17,18}.

En la edad adulta, la sexualidad se configura como un aspecto integral del bienestar que evoluciona con la experiencia, las circunstancias vitales y la madurez emocional²⁰. Las relaciones estables requieren comunicación, respeto y capacidad de adaptación a los cambios personales y familiares, especialmente durante la crianza o ante transformaciones fisiológicas.

En conjunto, la sexualidad adulta es diversa y cambiante, por lo que su evaluación debe ser integral e incluir no solo la función sexual, sino también la satisfacción, la salud mental y la dinámica relacional, promoviendo un abordaje multidisciplinar y respetuoso de la diversidad sexual. En el climaterio, aunque la frecuencia de las relaciones sexuales puede disminuir, muchas mujeres refieren una mayor satisfacción vinculada a la intimidad emocional, la comunicación y la autoconfianza. La sexualidad en esta etapa adquiere así un significado más relacional, con un mayor énfasis en la calidad del vínculo y el placer compartido. Promover una visión positiva y abierta de los cambios sexuales asociados al envejecimiento contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida y la salud integral⁴⁰⁻⁴³.

CONCLUSIONES

El análisis de la sexualidad a lo largo del ciclo vital confirma que se trata de un proceso dinámico, continuo y multifactorial, influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que evoluciona desde la infancia hasta el climaterio. Este hallazgo permite cumplir el objetivo principal de describir cómo la sexualidad se manifiesta y transforma a lo largo de la vida, reconociéndola no solo como función reproductiva, sino como un componente central del bienestar, la identidad, las emociones y las relaciones interpersonales. La evidencia revisada

muestra que las manifestaciones sexuales son diversas y adaptadas al desarrollo de cada etapa, y que su comprensión requiere un enfoque integral que combine perspectivas clínicas, educativas y preventivas.

En relación con la identificación de la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las disfunciones sexuales, los hallazgos indican que estas dificultades son frecuentes y multifactoriales. En la adultez, los problemas más reportados incluyen bajo deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, dispareunia, disfunción eréctil y eyaculación precoz, vinculados a factores hormonales, enfermedades crónicas, estrés, salud mental y calidad de la relación de pareja. En adolescentes, los riesgos se relacionan con embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, consumo de sustancias, exposición a pornografía y desigualdades socioculturales. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de identificar factores de riesgo específicos en cada etapa y de implementar estrategias de prevención y educación sexual adaptadas a las características y necesidades de cada grupo etario.

La síntesis de las estrategias de evaluación clínica y manejo multidisciplinario muestra que la utilización de instrumentos validados es fundamental para un abordaje integral. Escalas como el FSFI e IIEF permiten valorar la función sexual en adultos, mientras que el CSBI y el ICAST facilitan la identificación de conductas normativas y problemáticas en infancia y adolescencia. El manejo efectivo requiere combinar intervenciones farmacológicas, psicosexuales, educativas y de fisioterapia, según corresponda, asegurando una atención centrada en la persona, respetuosa de la diversidad y orientada a la promoción de la salud sexual positiva y la prevención de riesgos.

La valoración de la sexualidad como componente del bienestar y la calidad de vida evidencia que constituye un determinante esencial de la salud física, emocional y relacional. La vivencia sexual positiva se asocia con mayor autoestima, satisfacción vital y calidad de las relaciones interpersonales. Reconocerla como elemento central de la atención sanitaria permite que los profesionales, y en particular las matronas, desarrollen estrategias de promoción, prevención y manejo basadas en evidencia, fortaleciendo el bienestar integral a lo largo del ciclo vital.

A pesar de los avances, la revisión revela ciertas limitaciones: la mayoría de los estudios se centra en contextos culturales concretos, lo que dificulta la generalización de los hallazgos, y existe escasez de investigaciones longitudinales que permitan observar la evolución de la sexualidad de manera continua. Además, son limitados los programas evaluados que integren educación sexual, prevención y manejo clínico de manera combinada. Estas lagunas sugieren la necesidad de futuras investigaciones multicéntricas, longitudinales y culturalmente diversas, así como del desarrollo de herramientas de evaluación y programas de intervención adaptados a cada etapa del ciclo vital.

Desde la perspectiva profesional, incorporar la salud sexual como componente central de la atención integral permite a la matrona intervenir de manera temprana, educativa y clínica, fomentando la prevención de conductas de riesgo, la detección precoz de disfunciones y la promoción de una sexualidad positiva y respetuosa de la diversidad. Este enfoque no solo mejora la calidad asistencial, sino que contribuye al bienestar físico, psicológico y relacional de la población, fortaleciendo la práctica basada en evidencia y promoviendo sociedades más informadas e inclusivas en materia de sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Sexual health. WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. Mitchell KR, Graham CA, Clifton S, Mercer CH, Wellings K. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*. 2021;6(8):e608-13. doi:10.1016/S2468-2667(21)00146-8
3. Narasimhan M, Allotey P. What is needed to improve sexual health and well-being. *Bull World Health Organ*. 2024;102(12):842-842A. doi:10.2471/BLT.24.292864
4. Koops TU, Klein V, Bei der Kellen R, Hoyer J, Löwe B, Briken P. Association of sexual dysfunction according to DSM-5 diagnostic criteria with avoidance of and discomfort during sex in a population-based sample. *Sex Med*. 2023;11(3):qfad037. doi:10.1093/sexmed/qfad037
5. Van Haute P, Westerink H. Sexuality and its object in Freud's 1905 edition of Three Essays on the Theory of Sexuality. *Int J Psychoanal*. 2016;97(3):563-89. doi:10.1111/1745-8315.12480
6. Bullough VL. Children and Adolescents as Sexual Beings: A Historical Overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004;13(3):447-59, v. doi:10.1016/j.chc.2004.02.012
7. Houtrow A, Elias ER, Davis BE. Promoting Healthy Sexuality for Children and Adolescents With Disabilities. *Pediatrics*. 2021;148(1):e2021052043. doi:10.1542/peds.2021-052043
8. Cacciatore RS, Ingman-Friberg SM, Lainiala LP, Apter DL. Verbal and Behavioral Expressions of Child Sexuality Among 1-6-Year-Olds as Observed by Daycare Professionals in Finland. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2725-34. doi:10.1007/s10508-020-01694-y
9. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*. 1998;101(4):E9. doi:10.1542/peds.101.4.e9
10. American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2001;108(2):498-502
11. Baams L, Dubas JS, Overbeek G, van Aken MA. Transitions in Body and Behavior: A Meta-Analytic Study on the Relationship Between Pubertal Development and Adolescent Sexual Behavior. *J Adolesc Health*. 2015;56(6):586-98. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.019
12. Borneskog C, Häggström-Nordin E, Stenhammar C, Tydén T, Iliadis SI. Changes in Sexual Behavior Among High-School Students Over a 40-Year Period. *Sci Rep*. 2021;11(1):13963. doi:10.1038/s41598-021-93410-6
13. Liu G, Hariri S, Bradley H, et al. Trends and Patterns of Sexual Behaviors Among Adolescents and Adults Aged 14 to 59 Years, United States. *Sex Transm Dis*. 2015;42(1):20-6. doi:10.1097/OLQ.0000000000000231
14. Li G, Davis JTM. Sexual Experimentation in Heterosexual, Bisexual, Lesbian/Gay, and Questioning Adolescents From Ages 11 to 15. *J Res Adolesc*. 2020;30(2):423-39. doi:10.1111/jora.12535
15. Grubb LK, Powers M. Emerging Issues in Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics*. 2020;145(5):e20200627. doi:10.1542/peds.2020-0627
16. Ybarra ML, DuBois LZ, Saewyc E. Sexual Health of US Transgender Boys, Nonbinary Youth, and Cisgender Girls. *JAMA Pediatr*. 2025;:2833570. doi:10.1001/jamapediatrics.2025.0676
17. Kabiru CW, Habib HH, Beckwith S, et al. Risk and Protective Factors for the Sexual and Reproductive Health of Young Adolescents: Lessons Learnt in the Past Decade and Research Priorities Moving Forward. *J Adolesc Health*. 2024;75(4S):S20-36. doi:10.1016/j.jadohealth.2024.03.007
18. Rivas-Koehl M, Valido A, Espelage DL, Lawrence TI. Adults and Family as Supportive of Adolescent Sexual Development in the Age of Smartphones? Exploring Cybersexual Violence Victimization, Pornography Use, and Risky Sexual Behaviors. *Arch Sex Behav*. 2023;52(7):2845-57. doi:10.1007/s10508-023-02618-2
19. Garney WR, Wilson KL, Patterson M, et al. An Innovative Youth-Friendly Electronic Questionnaire to Identify Mental, Sexual and Reproductive Health Risks: A Validation Study of the Total Teen Assessment. *Health Expect*. 2025;28(4):e70313. doi:10.1111/hex.70313
20. Grauvogl A, Peters ML, Evers SM, van Lankveld JJ. A New Instrument to Measure Sexual Competence and Interaction Competence in Youth: Psychometric Properties in Female Adolescents. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(5):544-56. doi:10.1080/0092623X.2014.933461
21. Rowland DL. Neurobiology of Sexual Response in Men and Women. *CNS Spectr*. 2006;11(8 Suppl 9):6-12. doi:10.1017/s1092852900026705
22. Meston CM, Frohlich PF. The Neurobiology of Sexual Function. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1012-30. doi:10.1001/archpsyc.57.11.1012
23. Hentzen C, Musco S, Amarenco G, Del Popolo G, Panicker JN. Approach and Management to Patients With Neurological Disorders Reporting Sexual Dysfunction. *Lancet Neurol*. 2022;21(6):551-62. doi:10.1016/S1474-4422(22)00036-9
24. Rosen RC, Barksy JL. Normal Sexual Response in Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(4):515-26. doi:10.1016/j.ogc.2006.09.005
25. Roytman MV, Barnett RL, Rubin RS. Female Sexual Function and Dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2025;:00006250-990000000-01372. doi:10.1097/AOG.0000000000006073
26. Walsh KE, Berman JR. Sexual Dysfunction in the Older Woman: An Overview of the Current Understanding and Management. *Drugs Aging*. 2004;21(10):655-75. doi:10.2165/00002512-200421100-00004
27. Nappi RE, Cucinella L. Sexuality, Pelvic Floor/Vaginal Health and Contraception at Menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:85-97. doi:10.1016/j.bpobgyn.2021.11.006
28. Armeni A, Armeni E, Augoulea A, et al. Climacteric Symptoms, Age, and Sense of Coherence Are Associated With Sexual Function Scores in Women After Menopause. *J Sex Med*. 2023;20(3):313-23. doi:10.1093/jsxmed/qdac031

29. Romano Marquez Reis SC, Martins Pinto J, Aparecida Porcatti de Walsh I, et al. Predictive Factors for the Risk of Sexual Dysfunction in Climacteric Women: Population-Based Study. *J Sex Med.* 2022;19(10):1546-52. doi:10.1016/j.jsxm.2022.06.019
30. Bomfim KD, Leite UDR, Goes PSA. A Systematic Review of the Measurement Properties of Self-Report Screening Tools to Detect Risk or Exposure to Child Sexual Abuse for Children Under 12. *Heliyon.* 2023;9(11):e21027. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e21027
31. Safari K, Fadilah N, McKenna L, Hariati S. Quality and Measurement Properties of Sexual Health Knowledge Tools for Adolescents: A Rapid Review. *Patient Educ Couns.* 2024;122:108173. doi:10.1016/j.pec.2024.108173
32. Muehlmann M, Nieradt K, Tomczyk S. A COSMIN Systematic Review of Sexual Health Literacy Self-Report Measures for Adolescents. *Arch Sex Behav.* 2025;54(5):1737-68. doi:10.1007/s10508-025-03142-1
33. Maes C, Trekels J, Impett E, Vandenbosch L. The Development of the Positive Sexuality in Adolescence Scale (PSAS). *J Sex Res.* 2023;60(1):45-61. doi:10.1080/00224499.2021.2011826
34. Paquette MM, Dion J, Bóthe B, et al. How Does Sexual Subjectivity Vary on the Basis of Gender and Sexual Orientation? Validation of the Short Sexual Subjectivity Inventory (SSSI-11) in Cisgender, Heterosexual and Sexual and Gender Minority Adolescents. *Arch Sex Behav.* 2024;53(1):275-92. doi:10.1007/s10508-023-02675-7
35. Bigras N, Dion J, Bóthe B, et al. A Validation Study of the Global Measure of Sexual Satisfaction in Sexually Active Adolescents. *J Sex Res.* 2023;60(1):62-70. doi:10.1080/00224499.2022.2148239
36. Xu Y, Norton S, Rahman Q. Adolescent Sexual Behavior Patterns in a British Birth Cohort: A Latent Class Analysis. *Arch Sex Behav.* 2021;50(1):161-80. doi:10.1007/s10508-019-01578-w
37. del Rey R, Ojeda M, Casas JA. Validation of the Sexting Behavior and Motives Questionnaire (SBM-Q). *Psicothema.* 2021;33(2):287-95. doi:10.7334/psicothema2020.207
38. Richters J, Yeung A, Rissel C, et al. Sexual Difficulties, Problems, and Help-Seeking in a National Representative Sample: The Second Australian Study of Health and Relationships. *Arch Sex Behav.* 2022;51(3):1435-46. doi:10.1007/s10508-021-02244-w
39. Davis SR. Sexual Dysfunction in Women. *N Engl J Med.* 2024;391(8):736-45. doi:10.1056/NEJMcp2313307
40. Gainza Solenzal A, Elmerstig E, Bjerså K, Weineland S, Hammarström S. Professional Perspectives on Asking Patients About Unmentioned Sexual Health Concerns & Violence: The Adult Version of the SEXual Health Identification Tool (SEXIT). *J Sex Marital Ther.* 2025;:1-18. doi:10.1080/0092623X.2025.2564706
41. Mitchell KR, Gurney K, McAloney-Kocaman K, Kiddy C, Parkes A. The Sexual Function Evaluation Questionnaire (SFEQ) to Evaluate Effectiveness of Treatment for Sexual Difficulties: Development and Validation in a Clinical Sample. *J Sex Res.* 2022;59(4):426-34. doi:10.1080/00224499.2021.1986800
42. Fantaye AW, Buh AW, Idriss-Wheeler D, Fournier K, Yaya S. Interventions Promoting Child Sexual and Reproductive Health and Rights in LMICs: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2022;149(Suppl 5):e2021053852K. doi:10.1542/peds.2021-053852K
43. de Graaf H, Mitchell K, Clifton S, et al. Sex Surveys in Europe: Reflections on Over Four Decades of Sexual Behavior and Sexual Health Surveillance. *J Sex Res.* 2023;60(7):1020-33. doi:10.1080/00224499.2023.2222403

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Vargas Crespo A, Pont Vázquez D, Márquez Suarez L. Sexualidad a lo largo del ciclo vital: infancia al climaterio. Revisión de la literatura. *Hygia de Enfermería.* 2026; 43(1): 40-48

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Cuarto Trimestre 2025

David Sanabria Delgado

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Explorando el impacto a largo plazo del agotamiento emocional en los supervisores de enfermería de primera línea tras la COVID-19: un estudio cualitativo

Sanabria-Delgado D, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM. Exploring the Long-Term Impact of Emotional Exhaustion on Frontline Nurse Managers Post-COVID-19: A Qualitative Study. *J Nurs Manag.* 2025 May 20;2025:9280686.

<https://doi.org/10.1155/jonm/9280686>

RESEÑA

Este artículo ofrece una mirada muy necesaria, y poco explorada en la literatura post-pandemia, sobre el agotamiento emocional en supervisoras de enfermería de primera línea tres años después del inicio del COVID-19, situándolos no solo como “gestores de recursos”, sino como piezas vertebrales del funcionamiento cotidiano, la cohesión de los equipos y la respuesta institucional. El trabajo se apoya en un enfoque cualitativo fenomenológico con método hermenéutico-dialéctico, lo que resulta coherente con el objetivo de captar la esencia vivida de un fenómeno que rara vez se comprende en profundidad mediante escalas aisladas.

En términos de diseño, la investigación se construye a través de entrevistas semiestructuradas a 12 cargos intermedios en un hospital universitario terciario (España), realizadas en mayo de 2023, con criterios de inclusión que aseguran experiencia real de liderazgo durante la pandemia (mínimo 12 meses en el puesto y unidades con atención a pacientes COVID, aunque fuera intermitente). El perfil muestral fue diverso en sexo, edad, unidades (hospitalización COVID, UCI, urgencias, pediatría y supervisores de guardia). Esto favorece la riqueza del análisis. La decisión de añadir una triangulación con el Maslach Burnout Inventory (MBI) aporta un matiz valioso: permite contrastar la medición “fotográfica” de la escala con la narrativa acumulada de tres años de tensión organizativa, y abre la puerta a interpretar discrepancias entre lo cuantitativo y lo vivido.

El núcleo del aporte está en el marco temático emergente, compuesto por cinco categorías que describen con precisión el ecosistema de presiones al que se enfrentaron estos líderes: (1) dificultades generales marcadas por miedo e incertidumbre y por cambios continuos de protocolos; (2) disponibilidad de recursos humanos, atravesada por absentismo, rotación, dificultades de contratación y sobrecarga; (3) accesibilidad a recursos materiales, con tensiones asociadas a la escasez (real o percibida) y a la necesidad de racionamiento; (4) gestión con familiares, donde confluyen comunicación en escenarios restrictivos, conflicto, empatía y dilemas de humanización; y (5) gestión emocional del propio cargo, que sintetiza el impacto afectivo y la carga moral de sostener equipos bajo amenaza sostenida. Este esquema funciona casi como un “mapa de fuerzas”: no reduce el agotamiento a una cuestión individual, sino que lo muestra como resultado de la interacción entre incertidumbre clínica, restricción organizativa y conflicto relacional.

Uno de los aciertos interpretativos es cómo el artículo revela que el agotamiento emocional del cargo intermedio no proviene únicamente del “volumen de trabajo”, sino de su posición de nexo: reciben las demandas de las enfermeras asistenciales y, simultáneamente, deben ejecutar decisiones institucionales con recursos limitados. La categoría de recursos humanos ilustra bien esta tensión: el absentismo (por contagios, cuarentenas y efectos secundarios iniciales de la vacunación) y la falta de profesionales disponibles obligan a reorganizaciones constantes, con el coste añadido de incorporar personal con menor experiencia o sin formación específica, lo que incrementa la carga de supervisión y el estrés por seguridad asistencial. En paralelo, la dimensión de recursos materiales muestra cómo la escasez o la incertidumbre sobre el suministro desencadenan fricción y dilemas éticos, y cómo la “insatisfacción” del equipo (por desconfianza en la protección) puede amplificar el desgaste del supervisor aun cuando finalmente haya material disponible.

La sección de familias añade un valor diferencial: muchas investigaciones sobre burnout se concentran en el binomio profesional-paciente, pero aquí se explicita el papel de las enfermeras gestoras en el manejo de la conflictividad emocional asociada a restricciones de visitas, sufrimiento por aislamiento y necesidad de equilibrar seguridad con humanidad. Esta línea aporta densidad moral al fenómeno: la gestión no es solo operativa; también es afectiva y ética. En el plano del “manejo emocional”, el artículo retrata un repertorio complejo (impotencia, cansancio, preocupación, culpa, decepción, pero también gratitud y relecturas positivas). Es especialmente relevante cómo se visibiliza que parte del desgaste surge del trato recibido por algunos colegas y de la percepción de falta de empatía hacia el rol directivo, lo cual sugiere que el burnout del supervisor puede acelerarse cuando el clima de apoyo se fractura.

En cuanto a resultados triangulados, el MBI muestra que una proporción de participantes presenta niveles altos de agotamiento emocional, altos de despersonalización en un porcentaje notable y una parte con baja realización personal. Sin embargo, el texto interpreta con inteligencia que las entrevistas captan trayectorias y acumulación de experiencias que no siempre coinciden con los resultados ofrecidos por la escala, reforzando la idea de que la investigación cualitativa ilumina “lo que la cifra no ve”. Esta lectura incrementa la credibilidad del trabajo, porque no fuerza coherencias artificiales: reconoce la complejidad temporal del impacto.

Como toda investigación cualitativa situada, el artículo señala limitaciones razonables: un solo centro, un número acotado de participantes y la dificultad de entrevistar sin reactivar vivencias potencialmente traumáticas. Aun así, la coherencia metodológica (criterios de rigor, saturación, triangulación de investigadores y devolución de transcripciones para validación) sostiene la confianza en los hallazgos. De cara a futuros estudios, esta investigación deja abiertas líneas claras: ampliar a múltiples hospitales, comparar contextos organizativos, explorar diferencias por tipo de unidad y experiencia directiva, e incluso diseñar evaluaciones de intervención (apoyo psicológico específico, entrenamiento en liderazgo en crisis, redes de apoyo entre pares y planificación de recursos).

En síntesis, el artículo no solo describe el agotamiento emocional: lo explica desde una arquitectura de tensiones organizativas, relacionales y morales que recaen sobre un rol frecuentemente invisibilizado. El valor práctico es evidente: si los cargos intermedios son “fomentadores” de clima laboral y seguridad asistencial, proteger su salud emocional mediante recursos, formación y soporte no es un añadido, sino una estrategia de resiliencia del sistema.

1/6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Entidad adherida al Fondo de Garantía de Depósitos Español de entidades de crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado Fondo es de 100.000 euros por depositante.



EN CAJAMAR TENEMOS TANTO PARA TI...

HASTA
750⁽¹⁾

€

Hazte cliente abriendo la cuenta online y llévate hasta 750€⁽¹⁾ de remuneración los 6 primeros meses.

- ✓ Sin comisiones de administración ni mantenimiento.
- ✓ Tarjeta de débito gratuita. Sin comisiones de emisión y mantenimiento.
- ✓ Remuneración 1,52% TAE⁽¹⁾ primer año para nuevos clientes con Bizum activo. Hasta un saldo máximo de 50.000 €.

Trae tu nómina con nosotros y llévate hasta 750€⁽²⁾

Sí, sí, hasta 750 eurazos pueden ser tuyos.

- ✓ Domicilia tu nómina por primera vez con nosotros.
- ✓ Recibe esta bonificación en tu cuenta.
- ✓ Hasta el 30 de junio de 2026.

HASTA
750⁽²⁾

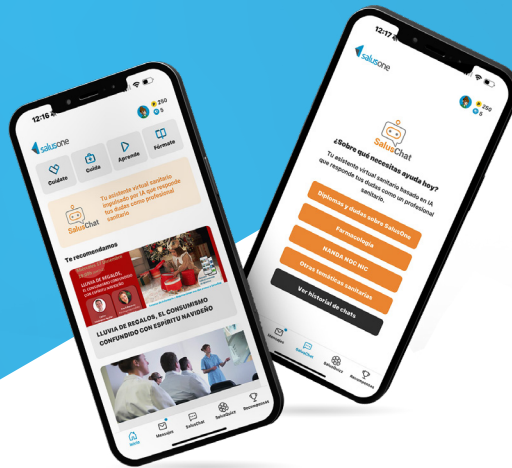
€

... que, como nos iba a salir un cartel enorme, mejor escanea este QR y compruébalo tú mismo.



(1) Ejemplo representativo 1,52% TAE calculado con un TIN 3,00% durante los 6 primeros meses y TIN 0,00% los siguientes 6 meses, con un saldo mantenido de 50.000€. Con liquidación mensual de intereses: Intereses abonados durante los 6 primeros meses: 125,00€ brutos/mes. Intereses abonados los 6 siguientes meses: 0€ brutos/mes. Total intereses: 750 € brutos.

(2) Válido para clientes que domicilian por primera vez su nómina en las entidades del Grupo Cooperativo Cajamar y mantienen la misma durante al menos 36 meses. Bonificación de 300 € para nóminas de importes entre 1.200 € y 1.999,99 €, para importes entre 2.000 € y 3.999,99 € bonificación de 500 €, para importes igual o superiores a 4.000 € bonificación de 750 €. Solo se realizará una bonificación dineraria por cliente. Esta promoción está sujeta a tributación. Solicita tu promoción y, en el momento en el que sistema pueda comprobar que se ha ingresado la primera nómina en la cuenta, se realiza la bonificación. En este momento se realizará el cargo del IRC. No podrán acceder a esta promoción, aquellos clientes que han recibido alguna bonificación por domiciliar su nómina. Promoción válida hasta 30/06/2026.



El kit digital de enfermería imprescindible en tu día a día

Sabías que el Colegio de Enfermería de **SEVILLA** da acceso gratuito a **PREMIUM salusone**



FÓRMATE

Más de 100 Cursos CFC para ampliar tus conocimientos.



CUÍDATE

Nunca dejes de cuidarte, para cuidar mejor.



APRENDE

de manera divertida y práctica.



CUIDA

Utilizando la Evidencia Científica... y además ahorra tiempo en tu trabajo.



Nueva Funcionalidad

Descubre **SalusChat**, la nueva herramienta de **Inteligencia Artificial** que te responderá con evidencias científicas.

Resuelve al instante todas tus preguntas sobre **farmacología, NANDA, NIC, NOC** y mucho más.



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE SEVILLA



Puedes acceder a SalusOne Premiúm a través de:

www.salusone.app

