

# Quantitative & Qualitative Community Nursing Research



**SEAPA**

Sociedad de Enfermería  
Familiar y Comunitaria  
de Asturias



## Enfermería Comunitaria

Volume [ 14 ]

Number [ 1 ]

Abril 2026

Available at: <https://www.seapaonline.org/revista>

JCR Q4

**Quantitative & Qualitative  
Community Nursing Research**

Volume 14, Number 1. Abril 2026

# Índice

## Quantitative & Qualitative Community Nursing Research

Volume 14, Number 1. Abril 2026

Editorial	
« <i>Nuevo comienzo, mismo camino</i> » .....	5
<i>Daniel Castillejo Tornín</i>	
Efectividad y nivel de cobertura de la vacuna recombinante frente a herpes zóster en la población diana: una revisión sistemática de la literatura .....	7
<i>María López-Pérez; Daniel Viejo-Fernández</i>	
Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (estudio SEYRE-FyC) .....	25
<i>Guillermo Vera Vicioso; Sara Pacheco Riquelme; Enrique Cana-Benítez; Elena Sacristán Hernández</i>	
Quality of work life, resilience, gratitude and social support in workers of a city council: a descriptive cross-sectional study .....	45
<i>Carmen Fernández Garrido; Domingo De-Pedro-Jiménez; Juan Vega Escaño; Felice Curcio; Jose Miguel Pérez-Jiménez; Rocío de-Diego Cordero</i>	
Cross-sectional Analysis of the Relationship Between Unwanted Loneliness and Perceived Health in Users of Senior Centers .....	63
<i>Lucia María Oya Mesa, Cristina Sánchez Fernández, José Manuel Alcayde Leyva, Felice Curcio, José Miguel Guzmán García, Domingo de Pedro Jiménez</i>	
Aplicación del termómetro comunitario en la docencia del grado en enfermería: perspectiva del estudiantado .....	87
<i>Miriam Rodríguez-Monforte; Daniel G. Abiétar; Rosa Villafáfila-Farrero; Elena Carrillo-Álvarez; Marta Reyes-Vizcarro; Sofía Berlanga-Fernández</i>	

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: Calle Juan Antonio Álvarez Rabanal  
33011 (Oviedo - Asturias)

Teléfono: 635 208 132

## EQUIPO EDITORIAL

### Entidad editora

**SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)**

### Director de la Revista

**Lucia Fernandez Arce (PhD)**

*Universidad de Oviedo*

### Dirección asociada

**Teresa López Castellanos**

*Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

**Lara Menéndez González**

*Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

### Comité editorial

**Edurne Zabaleta del Olmo (PhD)**

*Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol)*

**Ángel Romero Collado (PhD)**

*Universidad de Girona*

**Rosalía Santesmases Masana (PhD)**

*EUI Sant Pau*

**Carlos Berlanga Macías (PhD)**

*Universidad de Castilla-La Mancha*

**Olga López-Dicastillo (PhD)**

*Universidad Pública de Navarra*

**Carmen Pérez Fuentes (PhD)**

*Universidad de Almería*

**Naia Hernantes Colias (PhD)**

*Universidad del País Vasco*

**Maria Duaso (PhD)**

*King's College London*

**Santiago Martínez Isasi (PhD)**

*Universidad de Santiago de Compostela*

**Daniel Fernández García (PhD)**

*Universidad de León*

**Ana I. Cobo Cuenca (PhD)**

*Universidad de Castilla-La Mancha*

**Juan M. Carmona Torres (PhD)**

*Universidad de Castilla-La Mancha*

**Jose A. Laredo Aguilera (PhD)**

*Universidad de Castilla La-Mancha*

**Marcus Heumann (MsC)**

*Bielefeld University*

**Alberto Lana Pérez (PhD)**

*Universidad de Oviedo*

**Jose A. Zafra Agea (PhD)**

*Facultad de Ciencias de la Salud de Manresa*

**Mei Fu (PhD)**

*University of Missouri-Kansas City*

**María del Mar Fernández Álvarez (PhD)**

*Universidad de Oviedo*

**Cristina Papin Cano (PhD)**

*Servicio de Salud del Principado de Asturias*

**Robert Kerrison (PhD)**

*University of Surrey*

**Xana González Méndez**

*Servicio de Salud del Principado de Asturias*

**Enrique Castro Sánchez (PhD)**

*University of West London*

**Graciela Fernández García**

*Universidad de Oviedo*

**Mary Luz Jaimes Valencia (PhD)**

*Universidad Autónoma de Bucaramanga*

**Lorena Martínez Delgado (PhD)**

*Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales*

**Dora Stella Melo Hurtado (MSc)**

*Pontificia Universidad Javeriana*

**Breanna Hetland (PhD)**

*University of Nebraska*

**Diego J. Villalba Soria**

*FAECAP*

**Vanesa Cantón Habas (PhD)**

*Universidad de Córdoba*

**Lorena Gutierrez Puertas (PhD)**

*Universidad de Almería*

**Phill Della (PhD)**

*Curtin University Distinguished Emeritus Professor*

**Ana Palmar Santos (PhD)**

*Universidad Autónoma de Madrid*

## «Nuevo comienzo, mismo camino»

---



**Daniel Castillejo Tornín**

*Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.  
Servicio de Salud del Principado de Asturias. CS Pola de Siero.  
Presidente de SEAPA*

Hace ahora 30 años, comenzaba su camino la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias. Han sido años de lucha, de esfuerzo y de numerosas idas y venidas de tanta y tanta gente que, como yo ahora, han luchado y representado a esta entidad y las enfermeras que en esta se ven reflejadas.

A medida que escribo estas líneas me planteo qué podría contar o cómo podría presentarme y creo que no existe nada en mí que no se encuentre en cada una de las enfermeras que hemos tomado este mismo camino de una u otra manera. Ciertamente, todo camino es difícil, y más en sus principios.

Es innegable que la responsabilidad que ahora recojo como presidente de la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias es algo nuevo para mí, algo desconocido y que, dadas las circunstancias, resulta ser efectivamente algo de una dificultad inmensa. No obstante, en mi reflexión pienso sobre estos comienzos, sobre lo difícil de empezar y mantenerse en un camino y el esfuerzo de aquellos que han hecho posible que SEAPA esté aquí después de 30 bonitos y duros años.

Y es que el inicio de este camino no tiene nada que ver con el tramo que ahora recorreremos. Un 1996 en el que nuestro papel como enfermeras era algo totalmente distinto a todo lo que hoy se presenta. Cuando el atisbo de las reivindicaciones que se veían entonces en un horizonte como necesarias para cambiar nuestra profesión son hoy un minúsculo punto de lo que ya exigimos.

Los comienzos suponen momentos diferentes para cada uno, para algunos será ese año 1996 y para otros será el reconocimiento de una categoría profesional que ahora ya se vislumbra, por fin, en nuestra comunidad y cada vez más en todo nuestro país. Si bien es cierto, seguimos con datos tan desoladores como que únicamente el 13% de las enfermeras especialistas ejerce en su puesto, aún con un déficit de más de 100.000 enfermeras en el territorio nacional (1).

Estos caminos son en muchas ocasiones engañosos. Parecen fáciles cuando echamos la vista atrás, parece que el esfuerzo no ha sido tan inmenso y que la gente que lo ha recorrido no ha tenido tanta repercusión. No nos equivoquemos. Si algo debemos tener claro es que todo esto que

ahora celebramos por fin, nuestro reconocimiento, no cae del cielo.

Son años de tiempo personal, de salud mental y de infinitos disgustos de personas, de enfermeras, a las que de muy humilde manera reconozco en estas líneas y agradezco infinitamente su dedicación. Es digno reconocer que hay momentos donde las dificultades fueron mayores que ahora, donde la lucha consistía en que, tras haber realizado un EIR o haber dedicado una vida a esta especialidad, no se reconociese esto de ninguna manera.

Bendito problema ahora preocuparnos por cómo funcionará la bolsa de la especialidad o por dónde coger esa deseada plaza, pensarán algunos con toda la razón.

Creo importante traer aquí el conocido poema de Machado. Decía que se hace camino al andar, cierto. Pero más importante y menos valorado es lo que le sigue a esto: "Al volver la vista atrás se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar". Y ahora, después de 30 años y un reconocimiento que llega tarde, pero llega, ¿qué? Pues ahora, más que nunca es nuestro momento. El de las enfermeras en general y el de las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en particular. El momento de liderar, de guiar y de cuidar de nuestro sistema de salud desde prismas integrales y adecuados a estos nuevos tiempos que se presentan.

Desde SEAPA tenemos clara una cuestión, y es que el trabajo no ha hecho más que empezar. No debemos entender este punto de inflexión como un momento de pausa y calma, si no más bien como ese tramo del camino en el que después de una inmensa pendiente, de esas que solemos conocer bien en nuestra tierra, llega la ansiada llanura. Es cuestión de coger aire, de no olvidar el camino recorrido y de seguir centrando nuestros esfuerzos por fin en algo más allá que esa ansiada categoría profesional. Investigar, formar y reconocer. Creo que estos podrían ser los tres pilares en los que debe basarse esta nueva etapa de SEAPA.

Debemos potenciar lo que tenemos, esas enfermeras tremendamente formadas que ya han roto el techo de cristal de una vez por todas. Somos especialistas que ejercen su labor en la Atención Primaria (que nos necesita más que nunca), doctoras que enseñan e investigan en la Universidad de Oviedo, gestoras en el SESPA, desarrollamos programas en la Consejería de Salud y un sinfín más de situaciones que ponen en valor una mínima parte de todo lo que podemos y debemos hacer pese a quienes le pese.

Avancemos, y que el camino que recorreremos sea camino, por lo menos, durante otros 30 años más.

## Referencias

1. Nieto García E, Lombardo FC, Rivera Álvarez A, García Martínez P. La Enfermera Familiar y Comunitaria: pieza clave para la sostenibilidad y liderazgo de la Atención Primaria en España [Internet]. Faecap.es; 2026 [citado 2026 Abr 29]. Disponible en: <https://faecap.es/resources/files/informeEnfermeria2026.pdf>.

# Efectividad y nivel de cobertura de la vacuna recombinante frente a herpes zóster en la población diana: una revisión sistemática de la literatura

María López-Pérez<sup>1\*</sup>; Daniel Viejo-Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera interna residente (EIR) de enfermería familiar y comunitaria (EFyC) en el centro de salud de Arteixo, A Coruña (España). ORCID: 0009-0007-2174-4788.

<sup>2</sup>Enfermero especialista en Enfermería familiar y comunitaria en el Servicio Gallego de Salud, centro de salud de Arteixo. Arteixo, A Coruña (España). ORCID: 0000-0003-4077-2198.

\*Autor de correspondencia: [dani\\_viejo\\_fernandez@hotmail.com](mailto:dani_viejo_fernandez@hotmail.com)

Manuscrito recibido: 30/09/2024

Manuscrito aceptado: 17/04/2025

## Cómo citar este documento

López-Pérez, M., & Viejo-Fernández, D. (2026). Efectividad y nivel de cobertura de la vacuna recombinante frente a herpes zóster en la población diana: una revisión sistemática de la literatura. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1): 7-23.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Fuentes de financiación

Los autores declaran que no han recibido ningún tipo de ayuda económica.

## Contribución de autoría

Las personas que figuran como autores han participado en todas y cada una de las fases descritas en las directrices CRediT: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización y redacción.

# Original

## Resumen

**Objetivo.** Sintetizar toda la evidencia disponible sobre la efectividad y la cobertura vacunal obtenida en la población diana de los sistemas de salud que han iniciado campañas de vacunación con la vacuna recombinante frente a herpes zóster.

**Metodología.** Revisión sistemática mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos sobre ciencias de la salud: Cochrane, PubMed, SCOPUS, Lilacs, IBECs, Scielo, ENFISPO y Dialnet. Posteriormente se realizó una lectura crítica de los estudios empleando las guías Critical Appraisal Skills Programme, valorando calidad y nivel de evidencia con los Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**Resultados.** La revisión identificó 190 artículos entre las fuentes indicadas e incluyó 17 artí-

culos con los criterios de elegibilidad establecidos. Dichos estudios muestran una efectividad del 84,5% (R=83,5-85,5) y una cobertura vacunal del 29% (R=3,6-69), siendo la referida del 25% (R=16,6-32) y la registrada del 29,9% (R=3,6-69).

**Discusión.** Comprender la efectividad vacunal es crucial para conocer las diferencias entre los resultados reales y los de ensayos clínicos. La efectividad observada fue óptima y consistente, con una cobertura vacunal por debajo de los objetivos deseables en población diana y que podría deberse a la reciente introducción de la vacuna y la escasa información facilitada.

**Conclusiones.** La efectividad fue buena y estable, independientemente de la edad, el sexo, la raza/etnia y la región geográfica. Por su parte, la cobertura vacunal fue inferior al objetivo deseable, debiendo considerar las características asistenciales y los determinantes sociosanitarios que influyen en el nivel de cobertura vacunal para tratar de incrementarlo.

## Palabras clave

vacuna contra el herpes zóster; vacuna recombinante; efectividad de la vacuna; cobertura de vacunación.

# Effectiveness and coverage level of the recombinant vaccine against herpes zoster in the target population: a systematic review of the literature

## Abstract

**Introduction.** To synthesize all available evidence on the effectiveness and vaccination coverage obtained in the target population of health systems that have initiated vaccination campaigns with the recombinant vaccine against herpes zoster.

**Method.** Systematic review by means of a bibliographic search in the health sciences databases: Cochrane, PubMed, SCOPUS, Lilacs, IBECs, Scielo, ENFISPO and Dialnet. A critical reading of the studies was subsequently carried out using the Critical Appraisal Skills Programme guidelines, assessing quality and level of evidence with the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group and Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**Results.** The review identified 190 articles among the indicated sources and included 17 articles with the established eligibility criteria.

These studies show an effectiveness of 84.5% (R=83.5-85.5) and a vaccination coverage of 29% (R=3.6-69), with the reported one being 25% (R=16.6-32) and the recorded one being 29.9% (R=3.6-69).

**Discussion.** Understanding vaccine effectiveness is crucial to understanding the differences between real results and those of clinical trials. The observed effectiveness was optimal and consistent, with vaccination coverage below the desirable objectives in the target population, which could be due to the recent introduction of the vaccine and the limited information provided.

**Conclusions.** The effectiveness was good and stable, regardless of age, sex, race-ethnicity and geographic region. Vaccination coverage was lower than the desired target, and it was necessary to consider the healthcare characteristics and socio-health determinants that influence the level of vaccination coverage in order to try to increase.

## Key words

shingles vaccine, recombinant vaccine, effectiveness vaccine; vaccination coverage

## 1. Introducción

El virus varicela zóster (VVZ) es un alfa-herpes virus que causa dos enfermedades en los humanos<sup>1</sup>: varicela durante la infección primaria y herpes zóster (HZ) durante la reactivación vírica, ya que el virus persiste de forma latente en los ganglios raquídeos espinales o los pares craneales<sup>1-2</sup>. De este modo, el HZ es una infección secundaria del VVZ que se produce cuando la inmunidad celular específica desciende por debajo del umbral que impide mantener latente el virus, mientras que la inmunidad humoral del sistema inmunológico continúa estando presente<sup>1-3</sup>.

El HZ se caracteriza por la presencia de un exantema vesicular unilateral limitado a un dermatoma y que suele acompañarse de una sensación de quemazón, picor y/o dolor sobre el territorio cutáneo en el que aparecen vesículas a lo largo de una metámera<sup>1,2</sup>. La mayoría de los casos tienen unas lesiones cutáneas claras y no precisan pruebas microbiológicas<sup>2,4</sup>, pero en presentaciones complejas o atípicas hay que realizar una confirmación microbiológica: lesiones hemorrágicas sin vesículas, neuritis aguda pre-erupciones, manifestaciones oculares, meningitis, mielitis, necrosis, coagulopatías, síndromes de Ramsay Hunt o Guillain Barré, etc<sup>1-4</sup>. El HZ puede tener complicaciones de tipo neurológico, oftálmico, cutáneo o visceral, siendo la neuralgia postherpética (NPH) la complicación más frecuente e importante porque ocasiona un dolor intenso que aparece o persiste pasados los 3 meses del inicio del exantema y es el principal responsable de carga de enfermedad y disminución de la calidad de vida<sup>1-4</sup>.

El tratamiento del HZ suele consistir en analgésicos y antivirales vía oral o intravenosa, pero no siempre son necesarios porque puede resolverse en  $\pm 7$  días aplicando sobre las lesiones antisépticos para evitar las sobreinfecciones y compresas húmedas-frías para aliviar el dolor<sup>1-4</sup>.

El tratamiento analgésico agudo con dolor ligero-moderado incluye fármacos del primer escalón y con dolor moderado-severo incluye fármacos del segundo-tercer escalón, recurriendo en dolores crónicos persistentes a coadyuvantes antiepilépticos o antidepresivos<sup>1,2,4</sup>. El tratamiento antiviral debe instaurarse en las primeras 72 horas tras la aparición del exantema en los pacientes con  $\geq 50$  años, dolor moderado-severo, inmunocompetentes, rash severo o afectación facial u ocular<sup>1-4</sup>. De este modo, disminuyen el tiempo de curación del rash y el dolor, aunque no hay evidencia de que disminuyan la incidencia de NPH ni de otras complicaciones<sup>2,4</sup>.

El HZ supone un problema de salud pública que la vigilancia epidemiológica española estima en  $\pm 60.000$  enfermos al año, desarrollando un  $\pm 15\%$  NPH y precisando un  $\pm 5\%$  hospitalización<sup>2-4</sup>. Las características epidemiológicas de esta enfermedad varían poco en el mundo occidental porque la incidencia es similar entre países y siempre aumenta conforme incrementa la edad, siendo más frecuente en mujeres, enfermos crónicos o inmunocompetentes<sup>1-4</sup>. La inmunidad frente al VVZ se refuerza periódicamente con la exposición al virus salvaje y/o a las reactivaciones silenciosas del virus latente que no ocasionan un cuadro clínico de HZ, pero como consecuencia de los descensos de la inmunidad celular un 25-30% de los infectados por VVZ desarrollarán HZ y un 1,7-5% padecerán varios episodios a lo largo de su vida<sup>1,3,4</sup>. El incremento de personas con edades avanzadas y afecciones o tratamientos que deprimen la inmunidad celular explica gran parte del aumento observado en la incidencia del HZ, estimando que el 70% de los casos aparecen con  $\geq 40$  años, que el 50-60% de los hospitalizados tienen  $\geq 60$  años y que 1 de cada 2 de los nonagenarios padecerán HZ en algún momento<sup>1-4</sup>. Posiblemente el resto del incremento se deba a que la vacunación sistemática infantil contra la varicela ha disminuido la circulación del

VVZ y como consecuencia se ha reducido la exposición a la infección con el implícito descenso del efecto Booster sobre la inmunidad celular<sup>1,2,4</sup>.

En la actualidad, la infección por el VVZ es bien conocida y disponemos de vacunas con capacidad para modificar favorablemente la historia natural de esta enfermedad<sup>1-5</sup>. La vacuna contra la varicela previene la infección primaria del VVZ y la vacuna contra el HZ previene la reactivación endógena del VVZ latente en los ganglios sensoriales de las raíces dorsales o craneales de personas previamente infectadas por el virus<sup>1,2</sup>.

La vacuna atenuada de la varicela fue desarrollada en Japón durante los años setenta, introduciéndose una década después en Europa para inmunodeprimidos en remisión<sup>1</sup>. En la actualidad, en nuestro país está autorizada para la vacunación sistémica infantil y en aquellos adultos que no tengan registros ni hayan padecido esta enfermedad<sup>1,3-5</sup>, disponiendo de 3 vacunas atenuadas aprobadas por las agencias reguladoras: Varilix<sup>®</sup> y Varivax<sup>®</sup> (monocomponentes) o Proquad<sup>®</sup> (combinada: incluye vacuna triple vírica)<sup>1,5</sup>. La vacunación sistémica requiere 2 dosis (1<sup>a</sup> entre 12-15 meses y 2<sup>a</sup> entre 3-6 años), vacunando posteriormente los no vacunados con  $\geq 10-12$  años que no hayan pasado la enfermedad con 2 dosis administradas con un intervalo de 4-8 semanas entre dosis<sup>1,5</sup>. La vacunación sistémica ha demostrado tener un impacto poblacional importante para reducir la incidencia de enfermedad, los ingresos hospitalarios y las muertes por complicaciones<sup>1,2,4</sup>.

La vacuna del HZ es la primera que no se administra para prevenir de una infección, sino para reducir la probabilidad de reactivación de una infección que esta latente<sup>1,2,4,5</sup>. La vacuna atenuada del herpes zóster fue desarrollada por Estados Unidos en 2006 e introducida en Europa en 2013<sup>1,4</sup> para prevenir la enfermedad y

sus complicaciones, desarrollando posteriormente una vacuna recombinante que fue autorizada en 2018<sup>1-5</sup>. De este modo, existen 2 vacunas aprobadas por agencias reguladoras: la vacuna atenuada Zostavax<sup>®</sup> (ZVL) precisa 1 dosis y la vacuna recombinante Shingrix<sup>®</sup> (RZV) precisa 2 dosis que se administran con un intervalo recomendado de 2-6 meses<sup>1,2,4</sup>. En la actualidad, en nuestro país desde el año 2023 se administra la RZV para la vacunación sistémica de personas que desde entonces han cumplido 65 u 80 años, así como personas con  $\geq 50$  años en tratamiento inmunomodulador o inmunosupresor y con  $\geq 18$  años en grupos de alto riesgo<sup>2-5</sup>: trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos (TAPH), trasplantes de órganos sólidos (TOS), tratamiento anti-JAK (TJAK), tratamiento antirretroviral (VIH), hemopatías malignas (HM), o tumores sólidos en tratamiento quimioterápico (TSTQ), herpes zoster de repetición (HZRep).

La vacunación sistémica ha demostrado ser una estrategia eficaz para prevenir el HZ, observando que RZV es más eficaz que ZVL, que su eficacia no disminuye con el tiempo ni la edad y que su administración es más segura en los grupos de riesgo<sup>2-5</sup>. Además, aunque han observado que RZV es más reactógena que ZVL no se han detectado diferencias relevantes en cuanto a efectos adversos graves entre ambas<sup>2-5</sup>. Por estos motivos, actualmente RZV se utiliza más que ZVL en países desarrollados.

## 1.1 Justificación

Teniendo en cuenta lo expuesto, se realizó una búsqueda preliminar que no encontró revisiones sistemáticas que aborasen la efectividad y cobertura vacunal obtenida en la población diana de los sistemas de salud con campañas de vacunación con RZV. Considerando pertinente recuperar toda la información disponible sobre dicho tema y facilitar el acceso a la evidencia publicada en base a esta pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad y cobertura vacunal obtenida en la población diana real de los sistemas de salud que han iniciado campañas de vacunación contra el HZ con RZV?

## 1.2 Objetivos

El objetivo principal es conocer la efectividad y la cobertura vacunal obtenida en la población diana de los sistemas de salud que han iniciado campañas de vacunación contra el HZ con RZV.

El objetivo secundario es analizar toda la evidencia disponible sobre características asistenciales (captaciones perdidas y tiempo transcurrido entre dosis) y determinantes sociosanitarios (edad, sexo, ingresos, consultas, comorbilidades y vacunación-gripe) que facilitan o limitan el acceso a la vacunación.

## 2. Metodología

### 2.1 Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura científica para recopilar toda la información sobre la efectividad y el nivel de cobertura vacunal con RZV siguiendo directrices PRISMA6.

### 2.2 Fuentes de información y control terminológico

La búsqueda bibliográfica se realizó identificando los documentos que responden al objetivo de esta revisión sistemática en las principales bases de datos sobre ciencias de la salud: Cochrane, PubMed,

SCOPUS, Lilacs, IBECs, Scielo, ENFISPO y Dialnet. El proceso de búsqueda se ajustó al formato "PICO" (Tabla 1).

Los términos relacionados con el estudio y empleados como palabras clave fueron seleccionados después de consultar su tesoro en los descriptores en ciencias de la salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH). Las palabras clave seleccionadas fueron "cobertura de vacunación" y "vacuna contra el herpes zóster", empleando el término español o inglés en función del idioma de la base de datos:

- Cobertura de vacunación / Vaccination coverage: (IU: D000073887)
- Vacuna contra el Herpes Zóster / Herpes zoster Vaccine (IU: D053061)

### 2.3 Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en todas las bases de datos mencionadas desde su creación hasta el 03/07/2024, para recuperar la mayor evidencia científica posible. Se incluyeron todos los estudios que analizaban la efectividad y/o la cobertura vacunal obtenida en campañas de vacunación con RZV. La estrategia de búsqueda llevada a cabo fue la siguiente: "cobertura de vacunación" Y "vacuna contra el herpes zóster" o "vaccination coverage" AND "herpes zoster vaccine". En las bases de datos en las que los descriptores no estaban presentes se realizó búsqueda con texto libre, utilizando el operador booleano AND para poder enlazar los términos de la búsqueda bibliográfica.

**TABLA 1.** Proceso de búsqueda se ajustó al formato "PICO"

P	I	C	O
Población vacunada contra herpes zóster	Inmunización con la vacuna recombinante contra a herpes	Población no vacunada contra el herpes zóster	Efectividad de la vacuna Nivel de cobertura vacunal - Oportunidades perdidas - Tiempo entre dosis válidas - Determinantes sociosanitarios

## 2.4 Criterios de inclusión

Estudios relacionados con la cuestión planteada, publicados en cualquier idioma hasta el 03/07/2024, realizados en humanos con  $\geq 18$  años y en cualquier nivel asistencial.

## 2.5 Criterios de exclusión

Estudios realizados con la vacuna ZVL, con información incompleta o con poblaciones simuladas en base a modelos matemáticos; así como estudios cualitativos, casos clínicos, artículos de opinión, cartas al editor y notas institucionales.

## 2.6 Análisis de la calidad metodológica

Para realizar una lectura e interpretación crítica de los estudios se emplearon las guías del Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe), aceptando trabajos con una puntuación superior a 5 puntos. A continuación, los estudios se valoraron en base a su calidad y nivel de evidencia con los procedimientos Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group (GRADE) y Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

## 2.7 Proceso de extracción y síntesis de los datos

La búsqueda sistemática, selección de referencias, inclusión de artículos y extracción de datos ha sido realizada por la misma persona. A partir de la evidencia seleccionada se recopiló la calidad metodológica de los estudios y se sintetizaron las principales características de las poblacio-

nes estudiadas. Después se realizó síntesis descriptiva de los principales hallazgos en base a los objetivos: efectividad vacunal (%), cobertura vacunal (%), captación perdida (% personas/n.º consultas), tiempo transcurrido entre dosis validas (n.º meses), edad (n.º años), sexo (hombre/mujer), ingresos (nivel socioeconómico), consultas (n.º consultas/año), comorbilidad (%  $\geq 1$  comorbilidad), gripe (% vacunados).

## 3. Resultados

Esta revisión sistemática identificó 190 artículos entre las fuentes especificadas, con el control terminológico y la estrategia de búsqueda detallada en la metodología. De los resultados iniciales se excluyeron 107 estudios, 46 a partir del título-resumen y 61 por estar duplicados, obteniendo 83 artículos potencialmente válidos. Con los criterios de selección especificados se eliminaron 60 estudios y después de realizar una valoración profunda se eliminaron otros 6 estudios. De este modo, finalmente se incluyeron 17 artículos<sup>7-23</sup> sobre la efectividad y/o la cobertura vacunal en población diana de los sistemas de salud con campañas de vacunación contra el HZ con RZV, analizándose en 2 estudios<sup>9-10</sup> la efectividad y en 17 estudios<sup>7-23</sup> el nivel de cobertura

La Imagen 1 muestra el proceso de selección de estudios mediante diagrama de flujo. La Tabla 2 recoge las características y calidad metodológica de los estudios incluidos. La Tabla 3 realiza una síntesis descriptiva de las variables estudiadas, indicando: media ( $\bar{x}$ ), rango (R), porcentaje (%), odds ratio (OR) y probabilidad estadística (p).

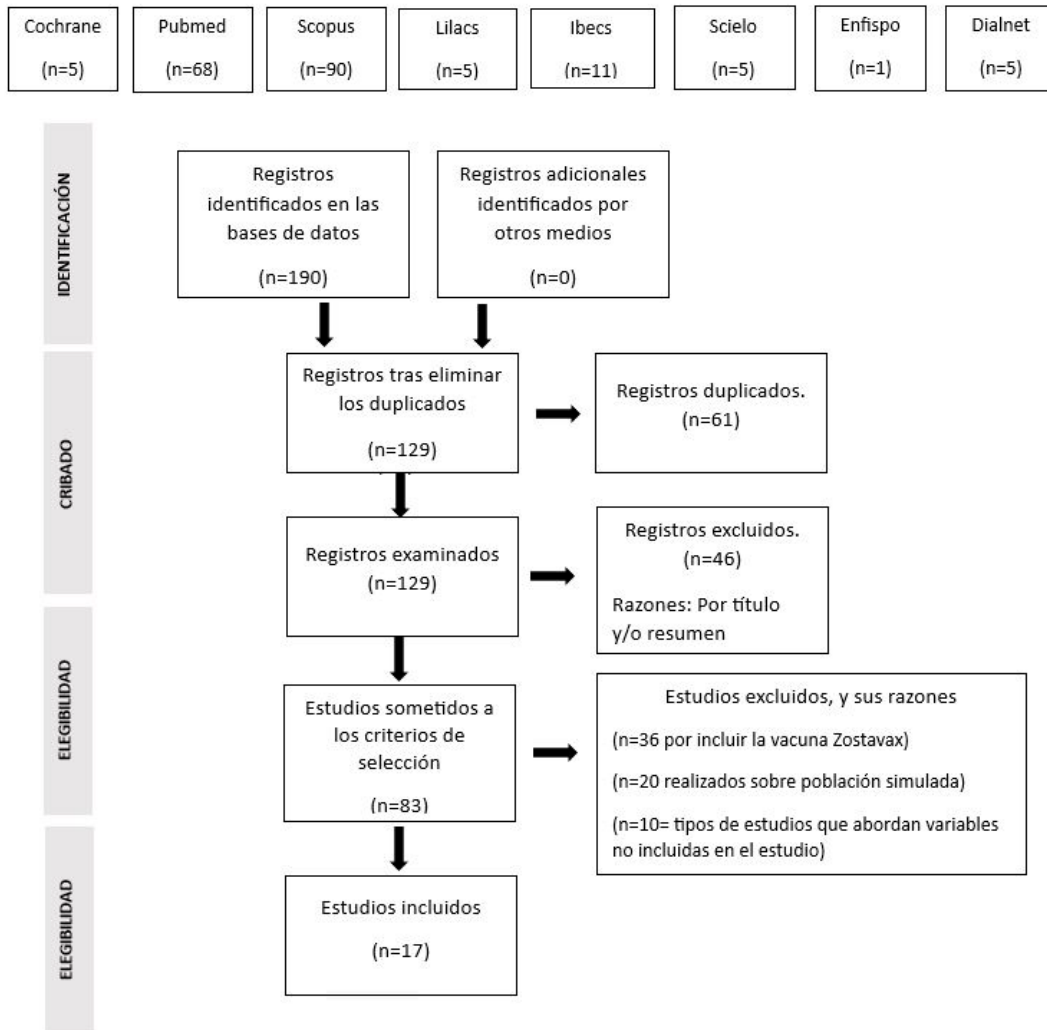


Imagen 1. Diagrama de flujo con los estudios incluidos y excluidos

TABLA 2. Proceso de búsqueda se ajustó al formato "PICO"

Referencia	Año	País	Objetivo	Diseño	Muestra	CASPe	Evidencia
Lu et al <sup>7</sup>	2021	CHINA	Determinar la brecha entre la voluntad y la aceptación de la vacunación	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en 13 ZBS urbanas/rurales	n=1.672 50-69 años	6	2C / 2-
Rome et al <sup>8</sup>	2021	EEUU	Determinar si administrar Gripe + RZV ↓ adherencia en siguiente campaña Gripe	Estudio observacional descriptivo analítico, con cohorte retrospectiva que revisa bases de datos clínicas de asegurados Medicare	n=89.237 ≥50 años	7	1C / 2-
Sun et al <sup>9</sup>	2021	EEUU	Evaluar la efectividad de la RZV en la práctica general y sin inmunodeprimidas	Estudio observacional descriptivo analítico, con cohorte retrospectiva que revisa bases de datos clínicas de usuarios OptumLabs	n=4.769.919 ≥50 años	9	1C / 2+
Sun et al <sup>10</sup>	2021	EEUU	Evaluar la efectividad de la RZV en la práctica general y sin inmunodeprimidas	Estudio observacional descriptivo analítico, con cohorte retrospectiva que revisa historias clínicas en 1 Hospital + 13 SAP	n=78.356 ≥50 años	9	1C / 2+
Leung et al <sup>11</sup>	2022	EEUU	Estimar cobertura de RZV y examinar brotes originados en pacientes con IMID	Estudio observacional descriptivo analítico, con cohorte retrospectiva que revisa bases de datos clínicas de asegurados Medicare	N=216.199 ≥50 años	9	1C / 2-

Referencia	Año	País	Objetivo	Diseño	Muestra	CASPe	Evidencia
<b>Leung et al<sup>12</sup></b>	2022	EEUU	Estimar cobertura de RZV y examinar las dosis validas u oportunidades perdidas	Estudio observacional descriptivo básico, con revisión retrospectiva de bases de datos de asegurados IQVIA y MarketScan	n=1.895.787 50-64 años	9	2C / 3
<b>Ricks et al<sup>13</sup></b>	2022	AUS-TRALIA	Estimar cobertura de RZV e identificar posibles barreras para la vacunación	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta telemática, realizado por Lucid y Dynata (externos)	n=744 ≥65 años	8	2C / 2-
<b>Di Giuseppe et al<sup>14</sup></b>	2023	ITALIA	Explorar el conocimiento sobre la enfermedad del HZ y la voluntad de recibir RZV	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en SAP de 1 Área Sanitaria	n=515 ≥50 años	7	2C / 2-
<b>Krasselt et al<sup>15</sup></b>	2023	ALEMANIA	Determinar tasa vacunal de Gripe, neumococo y RZV en pacientes con AIIRD	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en una clínica de 1 Hospital	n=222 ≥18 años	8	2C / 2+
<b>San-Tan et al<sup>16</sup></b>	2023	REINO UNIDO	Estudiar cobertura de RZV y los factores asociados con su aceptación o rechazo	Estudio observacional descriptivo analítico, con revisión retrospectiva de los registros electrónico de la base de datos QResearch	N=690.783 ≥65 años	8	2C / 2+
<b>Tsiligianni et al<sup>17</sup></b>	2023	GRECIA	Estudiar cobertura de RZV y los factores asociados con su aceptación o rechazo	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en 23 SAP del país	n=852 ≥50 años	6	2C / 2-
<b>Avramidis et al<sup>18</sup></b>	2024	GRECIA	Documentar cobertura RZV y predictores/actitudes para su aceptación o rechazo	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en 4 farmacias de una ZBS	n=395 ≥60 años	7	2C / 2-
<b>Ceccarelli et al<sup>19</sup></b>	2024	ITALIA	Evaluar cobertura RZV tras la campaña vacunal y el impacto de una "puesta al día"	Estudio observacional descriptivo analítico, con captación activa con sms/ llamada, realizado en 4 SAP de una ZBS	n=1.039 55-58 años	8	2C / 2-
<b>Gilmour<sup>20</sup></b>	2024	CANADA	Examinar cobertura de RZV y los factores asociados con su aceptación o rechazo	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado con la encuesta nacional	N=37.188 ≥65 años	9	2C / 2+
<b>Kpze-houen et al<sup>21</sup></b>	2024	AUS-TRALIA	Examinar cobertura de RZV y determinantes vacunales en pacientes cardíacos	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta presencial, realizado en un servicio de 1 Hospital	n=104 ≥18 años	6	2C / 2-
<b>Rowley et al<sup>22</sup></b>	2024	REINO UNIDO	Conocer cobertura RZV tras la campaña vacunal con la utilización de invitaciones	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta telemática, realizado en 1 SAP de una ZBS	n=143 70-79 años	6	2C / 2-
<b>Salussolia et al<sup>23</sup></b>	2024	ITALIA	Describir cobertura de RZV y determinantes asociados con la aceptación o rechazo	Estudio observacional descriptivo analítico, con entrevista y encuesta telemática, realizado por Dynata (externo)	n=1.810 ≥50 años	7	2C / 2-

AÑO: fecha de publicación. PAÍS: donde se realizó el estudio. DISEÑO: diseño metodológico del estudio. MUESTRA: número y edad de los pacientes incluidos en el estudio. CASPe: puntuación en la lectura crítica. EVIDENCIA: valoraron de la calidad y el nivel de evidencia con GRADE y SIGN. IMID: enfermedad inflamatoria inmunomediada. BRFS: base de datos del sistema de vigilancia factores de riesgo del comportamiento. CDC: centro para el control y la prevención de enfermedades de la agencia nacional de salud pública de Estados Unidos. AIIRD: enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes.

**Tabla 3.** Síntesis descriptiva de las variables estudiadas (1 de 2)

Referencia	Efectividad	Cobertura	Características asistenciales		Determinantes sociosanitarios					
			Captación	Tiempo	Edad	Sexo	Ingresos	Consultas	Comorbilidad	Gripe
Lu et al <sup>7</sup>	x	16,6% (referida)	x	x	edad/ cobertura: p>0,05 50-59: OR=1,6 60-69: OR=1,0	x	ingresos/ cobertura: p>0,05 ↑↑: OR=1,00 ⇌: OR=0,54 ↓↓: OR=0,58	x	x	Gripe: 10,8%
Rome et al <sup>8</sup>	x	52,1% (registrada)	x	x	edad/ cobertura: p>0,05 x̄=72 años R=67-77 años	♂=41,7% ♀=58,3%	x	0-3: 23%/ p=0,126 4-7: 31%/ p=0,007 8-11: 20%/ p=0,053 ≥12: 26%/ p=0,081	≥1 Comorbi- lidad: 85,7%	Gripe: 86%
Sun et al <sup>9</sup>	85,5% (83,5-87,3)	3,6% (registrada)	x	x	x̄=65 años R=56-73 años	♂: 47,7% ♀: 52,2%	x	x̄=6/año R=2-11/año	x	x
Sun et al <sup>10</sup>	83,5% (74,9-89,0)	15,1% (registrada)	x	x	x̄=61 años R=54-69 años	♂: 48,5% ♀: 51,5%	x	x̄=4/año R=1-8/año	x	x
Leung et al <sup>11</sup>	x	66,1% (registrada)	25% 11.907	x̄=99 días	x	x	x	x	x	x
Leung et al <sup>12</sup>	x	69% (registrada)	91% (210.731)	x̄ 90 días	x̄=59 años	♂: 43,5% ♀: 56,5%	x	x	x	x
Ricks et al <sup>13</sup>	x	32,0% (referida)	x	x	↑edad=↑ cobertura R=65-84 años OR=4,1/ p<0,01	OR=0,98/ p=0,90 ♂: 60,2% ♀: 39,8%	x	x	x	↑gripe=↑c- obertura Gripe: 74,8% OR=4,41/ p<0,01
Di Giuseppe et al <sup>14</sup>	x	26,6% (referida)	x	x	↑edad=↑ cobertura x̄=68,2 años R=50-95 años <64: OR=0,44/ p=0,003	p=0,334 ♂: 48% ♀: 52%	x	x	↑comorbi- lidad=↑c- obertura ≥1 Comorbi- lidad: 35,9% OR=1,69/ p=0,037	↑gripe=↑c- obertura Gripe: 62,3% OR=2,85/ p<0,003
Krasselt et al <sup>15</sup>	x	13,3% (registrada)	x	x	↑edad=↑ cobertura x̄=62,9 años R=49-77 años ≥60: OR=2,55/ p=0,016	OR=0,81/ p=0,69 ♂: 31,1% ♀: 68,9%	x	x	x	↑gripe=↑c- obertura Gripe: 68,5% OR=1,21/ p=0,77

EFFECTIVIDAD: % de efectividad vacunal. COBERTURA: % de cobertura vacunal alcanzado. CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES: captación (% vacunados 1RZV que no han recibido 2RZV / n.º consultas desaprovechadas para finalizar vacunación durante el periodo recomendado) y tiempo (n.º meses transcurrido entre la administración de las dosis validas). DETERMINANTES SOCIOSANITARIOS: edad (años), sexo (hombre/mujer), ingresos (nivel económico), consultas (n.º consultas/año), comorbilidad (% ≥1 comorbilidad), gripe (% vacunados contra la gripe).

**Tabla 3.** Síntesis descriptiva de las variables estudiadas (2 de 2)

Referencia	Efectividad	Cobertura	Características asistenciales		Determinantes sociosanitarios					
			Captación	Tiempo	Edad	Sexo	Ingresos	Consultas	Comorbilidad	Gripe
San-Tan et al <sup>16</sup>	x	53,4% (registrada)	x	x	$\bar{x}$ =77,2 años	$\sigma$ : 47,1% $\varphi$ : 52,9%	Ingresos=1cobertura $\uparrow$ :36,4%/OR=1,00 $\square$ :27,7%/OR=0,91 $\approx$ :17,8%/OR=0,83 $\square$ :11,4%/OR=0,77 $\downarrow$ :6,5%/OR=0,67	x	1comorbilidad=1cobertura $\geq$ 1Comorbilidad: 68% - 0: 31%/OR:1,00/ p<0,05 - 1: 40,7%/OR:1,2 - 2: 21,1%/OR:1,27 - $\geq$ 3: 7,2%/OR:1,25	Gripe: 83,3%
Tsiligianni et al <sup>17</sup>	x	11,0% (registrada)	x	x	1edad=1cobertura $\bar{x}$ =60 años <65: OR=24,05/ p<0,001	OR=0,89/ p=0,60 $\sigma$ : 39% $\varphi$ : 61%	x	x	1comorbilidad=1cobertura $\geq$ 1Comorbilidad: 52% - 1: OR:1,08/p=0,74 - 2: OR:1,09/p=0,76	Gripe: 55%
Avramidis et al <sup>18</sup>	x	8,3% (registrada)	x	x	1edad=1cobertura $\bar{x}$ =51,2 años R=19-96 años OR=1,05/ p=0,04	OR=1,2/ p=0,70 $\sigma$ : 41,5% $\varphi$ : 58,5%	x	x	1comorbilidad=1cobertura $\geq$ 1Comorbilidad: 35% OR=9,32/p=0,008	Gripe: 48%
Ceccarelli et al <sup>19</sup>	x	13,5% (registrada)	x	x	x	$\sigma$ : 46% $\varphi$ : 54%	x	x	X	x
Gilmour <sup>20</sup>	x	36,3% (registrada)	x	x	1edad=1cobertura p<0,05	OR=1,10/ p<0,05 $\sigma$ : 46% $\varphi$ : 54%	1ingresos=1cobertura $\uparrow$ :50%/OR=2,90/ p<0,05 $\square$ :43%/OR:2,20/ p<0,05 $\approx$ :37,8%/OR:2,0/ p<0,05 $\square$ :30,5%/OR:1,5/ p<0,05 $\downarrow$ :20,3%/OR:1,0 p>0,05	x	1comorbilidad=1cobertura $\geq$ 2Comorbilidad: 35% OR=1,00/p>0,05	1gripe=1cobertura <1 año: OR=5,2/ p<0,05 1-2 años: OR=2,4/ p<0,05 $\geq$ 2 años: OR=1,5/ p<0,05
Kpohouen et al <sup>21</sup>	x	5,8% (registrada)	x	x	edad/cobertura: p=0,46 $\bar{x}$ =57 años $\geq$ 65: OR=1,78/ p>0,05	OR=2,70/ p=0,12 $\sigma$ : 74% $\varphi$ : 26%	x	x	1comorbilidad=1cobertura $\geq$ 1Comorbilidad: 81% OR=1,52/p=0,608	Gripe: 45,2%
Rowley et al <sup>22</sup>	x	62% (registrada)	x	x	x	x	ingreso/cobertura: p=0,91 $\uparrow$ :11%/OR=0,60 $\square$ :22%/OR=0,57 $\approx$ :19%/OR=0,64 $\square$ :27%/OR=0,67 $\downarrow$ :21%/OR=0,57	x	x	x
Salussolia et al <sup>23</sup>	x	9,6% (registrada)	x	x	x	OR=-1,7/ p>0,05 $\sigma$ : 56,5% $\varphi$ : 43,5%	x	x	$\geq$ 1Comorbilidad: 63%	x

EFFECTIVIDAD: % de efectividad vacunal. COBERTURA: % de cobertura vacunal alcanzado. CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES: captación (% vacunados 1RZV que no han recibido 2RZV / n.º consultas desaprovechadas para finalizar vacunación durante el periodo recomendado) y tiempo (n.º meses transcurrido entre la administración de las dosis validas). DETERMINANTES SOCIOSANITARIOS: edad (años), sexo (hombre/mujer), ingresos (nivel económico), consultas (n.º consultas/año), comorbilidad (%  $\geq$ 1 comorbilidad), gripe (% vacunados contra la gripe).

Los 17 estudios incluidos son observacionales, 13 descriptivos<sup>7,12-23</sup> y 4 de cohortes<sup>8-11</sup>. Dichos estudios muestran una efectividad global del 84,5% (R=83,5-85,5)<sup>9,10</sup> y una cobertura vacunal global del 29% (R=3,6-69)<sup>7-23</sup>, con una cobertura referida del 25% (R=16,6-32)<sup>7,13,14</sup> y una cobertura registrada del 29,9% (R=3,6-69)<sup>8,9-12,15-23</sup>.

Las captaciones perdidas indican el volumen de vacunados con 1 dosis RZV que no recibieron 2 dosis RZV y de consultas desaprovechadas para finalizar la vacunación en el periodo recomendado, observando un volumen de vacunación incompleta global del 58% (R=25-91)<sup>11,12</sup> y 111.319 (R=11.907-210.731)<sup>11,12</sup> consultas desaprovechadas. Por su parte, el tiempo transcurrido entre las dosis validas administradas en los que finalizan vacunación es de 3,15 meses (R=3-3,3)<sup>11,12</sup>.

Los estudios suman 7.784.965 personas<sup>7-23</sup>, el 48% hombres y 52% mujeres<sup>8-10,12-21,23</sup>, una edad  $\bar{x}$  63,35 años (R=51,2-77,2)<sup>8-10,12,14-18,21</sup>, un nivel de ingresos alto en el 32,4% (R=11-50)<sup>16,20,22</sup>, una frecuentación  $\bar{x}$  5 consultas/año (R=4-6)<sup>9,10</sup>,  $\geq 1$  comorbilidad en el 56,2% (R=30,3-85,7)<sup>8,14,16-18,20,21,23</sup> y vacuna gripal del 59,3% (R=10,8-86,0)<sup>7,8,13-18,20,21</sup>.

En 10 estudios no se analizaron relaciones entre nivel de cobertura y edad<sup>9-12,16,19,22,23</sup> ni apreciaron asociaciones significativas<sup>7,8</sup>, observando en 4 estudios mayor cobertura conforme aumentó la edad<sup>13,15,18,21</sup> y en 3 estudios conforme disminuyó la edad<sup>14,17,20</sup>. En 16 estudios no se analizaron relaciones entre nivel de cobertura y sexo<sup>7-12,16,19,22</sup> ni apreciaron asociaciones significativas<sup>13-15,17,18,21,23</sup>, observando en sólo 1 estudio un nivel de cobertura vacunal significativamente mayor en población de sexo femenino<sup>20</sup>. En 15 estudios no se analizaron relaciones entre nivel de cobertura e ingresos<sup>8-15,17-19,21,23</sup> ni

apreciaron asociaciones significativas<sup>7,22</sup>, observando en 2 estudios mayor nivel de cobertura vacunal conforme la población incrementaba el nivel económico<sup>16,20</sup>. En ninguno de los 17 estudios incluidos se analizó la relación entre nivel de cobertura y consultas sanitarias<sup>7,9-23</sup> ni se apreciaron asociaciones significativas con relevancia<sup>8</sup>. En 14 estudios no se analizaron relaciones entre nivel de cobertura y comorbilidad<sup>7-13,15,19,22,23</sup> ni apreciaron asociaciones significativas<sup>17,20,21</sup>, observando en 3 estudios un mayor nivel de cobertura vacunal conforme la población tenía más comorbilidad<sup>14,16,18</sup>. En 14 estudios no se analizaron relaciones entre nivel de cobertura y vacunación de la gripe<sup>8-12,16-19,21-23</sup> ni apreciaron asociaciones significativas<sup>15</sup>, observando en 3 estudios un nivel de cobertura significativamente mayor en población vacunada de gripe<sup>13,14,20</sup>.

## 4. Discusión

Esta revisión ha permitido estudiar la efectividad y la cobertura vacunal obtenida en la población diana de las campañas de vacunación contra HZ con RZV. Los 17 estudios revisados se han realizado en 7 países desarrollados con unas características socio sanitarias diversas. Por lo tanto, estos hallazgos deben entenderse con su contexto.

Comprender la efectividad de RZV es crucial para conocer las posibles diferencias con respecto a los resultados obtenidos en los ensayos clínicos. La eficacia observada en entornos reales ha sido buena y similar en los estudios incluidos que la evaluaban<sup>9,10</sup>, manteniéndose estable entre sexos, razas/etnias y regiones geográficas<sup>9,10</sup>. Además, los análisis de sensibilidad mostraron una efectividad similar con RZV en individuos con o sin antecedentes de ZVL previa durante los 5 años posteriores a la fecha índice, una evidencia tranquilizadora para administrar RZV en personas

vacunadas con ZVL<sup>9</sup>. No obstante, aunque la efectividad es buena hay que interpretar estos resultados con cautela porque solo 2 estudios analizaron este aspecto y es necesaria más evidencia.

Los planes nacionales de vacunación de los países occidentales que han iniciado la vacunación con RZV han fijado un objetivo de cobertura vacunal deseable del  $\pm 50\%$  en la población diana, pero los resultados observados estuvieron muy por debajo<sup>7-23</sup>. Este bajo nivel de cobertura vacunal podría deberse a la reciente introducción de la vacuna RZV y a la escasa información facilitada a la población diana, pero también a los diferentes esfuerzos de promoción de la salud que cada sistema sanitario realiza en base a la rentabilidad estimada. Los estudios revisados reflejan un  $\pm 29\%$  de cobertura vacunal global<sup>7-23</sup>, observando un reporte del estado vacunal en base a la información referida (25%)<sup>7,13,14</sup> inferior al reporte mediante información registrada (30%)<sup>8,9-12,15-23</sup>, probablemente debido al sesgo de memoria. No obstante, debemos señalar que las fuentes de información tienen unas poblaciones con características socioeconómicas dispares que pueden justificar el amplio rango de cobertura (4%-69%) observado<sup>7-23</sup>.

Las captaciones perdidas reflejan el volumen de vacunados con 1 RZV que no han recibido 2 RZV y el número de consultas desaprovechadas para finalizar la vacunación en el periodo indicado, observando que la mayoría (58%) de las personas que inician vacunación no la finalizan y un elevado volumen de consultas de captación para la finalización desaprovechadas<sup>11,12</sup>. El rango observado en los trabajos que estudiaron las captaciones perdidas es amplio (25%-91%) y debe interpretarse con precaución, aunque dicha discrepancia parece lógica porque el estudio con menos captaciones perdidas incluyó personas con IMID<sup>11</sup> y el estudio con más captaciones perdidas a población

general<sup>12</sup>. El tiempo transcurrido entre las dosis validas administradas en los que finalizan la vacunación es similar ( $\pm 3$  meses) y se incluye dentro del periodo de inmunización indicado<sup>11,12</sup>.

Las variables sociosanitarias analizadas no se asociaron de una forma consistente y estadísticamente significativa con la efectividad. Aunque un estudio ha sugerido que RZV podría tener menor efectividad en el grupo de  $\geq 80$  años<sup>9</sup>, otro estudio posterior respalda una efectividad comparable en todos los grupos de edad como han reportado los ensayos clínicos primarios<sup>9</sup>. La inmunosenescencia podría explicar la disminución de la efectividad con la edad<sup>9</sup>, aunque la protección continuaba siendo buena (80%), siendo preciso disponer de mayor evidencia para consolidar dicha apreciación y conocer la eficacia de la vacuna en la práctica general.

La mayoría de las variables sociosanitarias se asociaron con la cobertura vacunal<sup>7,23</sup>. La edad de la población no mostró una asociación consistente con la cobertura<sup>7,8,21</sup>, observando que incrementó al disminuir<sup>14,17,20</sup> o aumentar<sup>13,15,18</sup> la edad de la muestra, probablemente debido a una mayor predisposición por disponer de mayor información o a un mayor número de contactos sanitarios por las comorbilidades, respectivamente. En la mayoría de los estudios se vacunan más las mujeres<sup>8-10,12,14-20</sup> y en un estudio la diferencia de vacunación entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa<sup>20</sup>, pero en tres estudios se han vacunado mucho más los hombres que las mujeres<sup>13,21,23</sup>, limitando la posibilidad de afirmar que el sexo juegue un papel relevante en cuanto a la cobertura vacunal obtenida hasta que dispongamos de un mayor nivel de evidencia. Las personas con menores ingresos tuvieron una menor cobertura vacunal<sup>7,16,20,24</sup>, observando también mayor volumen de rechazos registrados en no vacunados<sup>16</sup>, siendo crucial evaluar en profundidad los

motivos que originan estas diferencias para disminuir las desigualdades con campañas de información y concienciación dirigidas. Las consultas anuales realizadas por los participantes no han influido en la cobertura<sup>8</sup>, pero tener  $\geq 1$  comorbilidad incrementó la vacunación de los participantes<sup>14,16,17,18,20,21</sup>, pudiendo deberse a una mayor sensibilización o una orientación de los profesionales. Por último, haber recibido la vacuna contra la gripe estacional se asoció de forma consistente con una mayor cobertura<sup>13,14,15,20</sup>, con un gradiente positivo para el número de antigripales recibidas y negativo para los años transcurrido desde la vacunación<sup>20</sup>.

#### 4.1 Limitaciones del estudio

Esta revisión trató de identificar y utilizar todas las publicaciones sobre la efectividad y/o cobertura obtenida con RZV, pero es posible que se hayan omitido publicaciones. En particular, es posible que se hayan pasado por alto investigaciones no indexadas en las bases de datos electrónicas científicas empleadas para realizar la búsqueda (literatura gris). Además, como la búsqueda sólo identificó investigaciones publicadas, el sesgo de publicación ha podido influir en los resultados obtenidos en esta revisión. Por último, la heterogeneidad de los diseños limitó la revisión a una síntesis descriptiva e impidió realizar una síntesis cuantitativa con metaanálisis.

#### 4.2 Fortalezas del estudio

Esta revisión intentó limitar el sesgo de publicación no limitando resultados por idioma ni tiempo y utilizando las principales bases de datos. Los criterios de selección fueron cuidadosamente definidos

para evitar el posible sesgo de selección y aplicados de forma estricta cuando se inició el estudio para reducir la heterogeneidad. A pesar del alcance relativamente amplio, la revisión realizó una lectura crítica, clasificó la calidad de la evidencia y graduó la fuerza de recomendación de todos los estudios incluidos.

#### 4.3 Futuras líneas de investigación

En nuestro medio son necesarios estudios de investigación que evalúen la efectividad y la cobertura vacunal obtenido con RZV, evaluando las características asistenciales y los determinantes sociosanitarios que influyen en la vacunación. De este modo, consideramos que esta revisión es el punto de partida previo a la realización de un trabajo de campo.

### 5. Conclusiones

Esta revisión recopiló la evidencia disponible sobre efectividad y cobertura vacunal obtenida en la población diana de países que iniciaron campañas de vacunación con RZV. Los estudios que analizaron la efectividad vacunal mostraron buenos resultados, observando que la eficacia vacunal aplicada en entornos reales se mantuvo estable independientemente de la edad, el sexo, las razas/etnias y las regiones geográficas. No obstante, son necesarios más estudios en esta línea para generar más evidencia. Finalmente, todos los estudios mostraron una cobertura vacunal inferior al objetivo deseable para población diana, debiendo considerar que características asistenciales y determinantes sociosanitarios influyen en la cobertura vacunal para incrementarla.

## 6. Bibliografía

1. Salleras L, Salleras M. Vacunación frente al herpes zóster. *Vacunas*. 2014;15(1):146-69. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1576-9887\(14\)70075-5](https://doi.org/10.1016/S1576-9887(14)70075-5)
2. Gómez Marco JJ, Vañó Garrido-Arroquia A, Fidalgo López A, Herpes zóster: prevención, diagnóstico y tratamiento. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2023;30(7):337-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.01.003>
3. Molero JM, Ortega J, Montoro I, McCormick N. Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención. *Vacunas*. 2024;25(2):254-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2023.12.005>
4. Molero-García JM, Moreno-Guillén S, Rodríguez-Artalejo F, Ruíz-Galiana J, Cantón R, De Lucas-Ramos P, et al. Status of Herpes Zoster and Herpes Zoster Vaccines in 2023: A position paper. *Rev Esp Quimioter*. 2023;36(3):223-35. Disponible en: <https://doi.org/10.37201/req/004.2023>
5. Gómez-Marco JJ, Martín-Martín S, Aldaz-Herce P, Javierre-Miranda AP, Sánchez-Hernández C. Vacunación frente al virus del herpes zóster. *Atención Primaria*. 2023;55(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102710>
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
7. Lu X, Lu J, Zhang L, Mei K, Guan B, Lu Y. Gap between willingness and behavior in the vaccination against influenza, pneumonia, and herpes zoster among Chinese aged 50-69 years. *Expert review of vaccines*. 2021;20(9):1147-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1954910>
8. Rome BN, Feldman WB, Fischer MA, Desai RJ, Avorn J. Influenza Vaccine Uptake in the Year After Concurrent vs Separate Influenza and Zoster Immunization. *JAMA New Open*. 2021;4(11):1-13. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.35362>
9. Sun Y, Kim E, Kong CL, Arnold BF, Porco TC, Acharya NR. Effectiveness of the Recombinant Zoster Vaccine in Adults Aged 50 and Older in the United States: A Claims-Based Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(6):949-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab121>
10. Sun Y, Jackson K, Dalmon CA, Shapiro BL, Nie S, Wong C, et al. Effectiveness of the recombinant zoster vaccine among Kaiser Permanente Hawaii enrollees aged 50 and older: A retrospective cohort study. *Vaccine*. 2021;39(29):3974-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.05.056>

11. Leung J, Anderson TC, Dooling K, Xie F, Curtis JR. Recombinant Zoster Vaccine Uptake and Risk of Flares Among Older Adults with Immune-Mediated Inflammatory Diseases in the US. *Arthritis Rheumatol.* 2022;74(11):1833-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/art.42261>
12. Leung J, Gray EB, Anderson TC, Sharkey SM, Dooling K. Recombinant zoster vaccine (RZV) second-dose series completion in adults aged 50-64 years in the United States. *Vaccine.* 2022;40(50):7187-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.065>
13. Ricks T, Trent MJ, MacIntyre CR. Predictors of herpes zoster vaccination among Australian adults aged 65 and over. *Vaccine.* 2022;40(50):7182-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.10.064>
14. Di Giuseppe G, Pelullo CP, Napoli A, Napolitano F. Willingness to receive Herpes Zoster vaccination among adults and older people: A cross sectional study in Italy. *Vaccine.* 2023;41(48):7244-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.10.049>
15. Krasselt M, Wagner UIF, Seifert O. Influenza, Pneumococcal and Herpes Zoster Vaccination Rates in Patients with Autoimmune Inflammatory Rheumatic Diseases. *Vaccines.* 2023;11(4):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines11040760>
16. San-Tan P, Patone M, Clift AK, Dambha-Miller H, Saatci D, Ranger TA, et al. Factors influencing influenza, pneumococcal and shingles vaccine uptake and refusal in older adults: a population-based cross-sectional study in England. *BMJ Open.* 2023;13:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058705>
17. Tsiligianni I, Bouloukaki I, Papazisis G, Paganas A, Chatzimanolis E, Kalatharas M, et al. Vaccination coverage and predictors of influenza, pneumococcal, herpes zoster, tetanus, measles, and hepatitis B vaccine uptake among adults in Greece. *Public Health.* 2023;224(1):195-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.09.002>
18. Avramidis I, Pagkozidis I, Domeyer PRJ, Papazisis G, Tirodimos I, Dardavesis T, et al. Exploring Perceptions and Practices Regarding Adult Vaccination against Seasonal Influenza, Tetanus, Pneumococcal Disease, Herpes Zoster and COVID-19: A Mixed-Methods Study in Greece, *Vaccines.* 2024;12(1):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines12010080>
19. Ceccarelli A, Tamarri F, Angelini R, Bakken E, Concari I, Giannoccaro E, et al. Herpes Zoster Vaccine Uptake and Active Campaign Impact, a Multicenter Retrospective Study in Italy. *Vaccines.* 2024;12(1):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines12010051>
20. Gilmour H. Factors associated with shingles and pneumococcal vaccination among older Canadians. *Health Rep.* 2024;35(1):14-24. Disponible en: <https://doi.org/10.25318/82-003-x202400100002-eng>

21. Kpozehouen EB, Macintyre CR, Tan TC. Determinants of uptake of influenza, zoster and pneumococcal vaccines in patients with cardiovascular diseases. *Vaccine*. 2024;42(15):3404-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.04.031>
22. Rowley F, Cottrell S, Howard C, Meredith N, Song J, Barrasa A, et al. Use of invitations and reminders are associated with higher levels of Herpes zoster (shingles) vaccination uptake. A cross-sectional survey of general practices in Wales, and ecological analysis of uptake data 2022. *Vaccine*. 2024;42(7):1682-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.02.034>
23. Salussolia A, Capodici A, Scognamiglio F, La Fauci G, Soldà G, Montalti M, et al. Herpes zoster (HZ) vaccine coverage and confidence in Italy: a Nationwide cross-sectional study, the OBVIOUS project. *BMC Infect Dis*. 2024;24(1):438. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-024-09344-7>



# Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (estudio SEYRE-FyC)

Vera-Vicioso, Guillermo<sup>1</sup> (RN); Pacheco-Riquelme, Sara<sup>2</sup> (RN, MsC); Cana-Benítez, Enrique<sup>3</sup> (RN); Sacristán-Hernández, Elena<sup>4</sup> (RN).

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Grupo de investigación C-08 MAEPAP de IBIMA-Plataforma BIONAND: Multimorbilidad, adherencia, evaluación económica y cuidados paliativos en Atención Primaria. Doctorando en Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.

<sup>2</sup> Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud (UA). Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Institut Català de la Salut. Centre d'Atenció Primària Berguedà (Barcelona).

<sup>3</sup> Servicio Andaluz de Salud. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este, UGC La Línea Levante. Grupo CARTEIA (EM33), Instituto de Investigación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz.

<sup>4</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicio Galego de Saúde. Vigo.

\*Autor de correspondencia: [veraefyc@gmail.com](mailto:veraefyc@gmail.com)

Manuscrito recibido: 17/04/2025 Manuscrito aceptado: 17/12/2025

## Cómo citar este documento

Vera-Vicioso G, Pacheco-Riquelme S, Cana-Benítez E, Sacristán-Hernández E. Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (estudio SEYRE-FyC). *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1): 25-43.

**Declaración de conflictos de intereses.** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**Financiación.** Estas investigaciones han sido realizadas sin ninguna fuente de financiación.

**Agradecimientos.** Agradecimientos por la difusión del formulario a la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) y a sus sociedades científicas federadas, a las socias de la Asociación EIR y a todas las compañeras que han participado en compartir el cuestionario por redes sociales y grupos de mensajería.

**Contribuciones de autoría.** Contribución de autoría según directrices CRediT: **Vera Vicioso, Guillermo:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Visualización. Redacción (borrador original). Redacción (revisión y edición). **Pacheco Riquelme, Sara:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Administración del proyecto. Recursos. Supervisión. Visualización. Redacción (borrador original). Redacción (revisión y edición). **Cana Benítez, Enrique:** Conceptualización. Curación de datos. Investigación. Análisis formal. Metodología. Validación. Redacción (revisión y edición). **Sacristán Hernández, Elena:** Conceptualización.

# Original

## Resumen

**Fundamentos:** Este estudio SEYRE-FyC busca analizar la situación de las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), evaluando la satisfacción de las residentes con su formación, las oportunidades laborales postresidencia y las posibles diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA).

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal con encuestas a enfermeras especialistas y residentes de EFyC. La muestra fue de 955 participantes, obtenida mediante muestreo por conveniencia entre el 26 de julio y el 9 de septiembre de 2024, utilizando redes sociales y apoyo de sociedades científicas para la difusión. El análisis descriptivo se completó mediante correlaciones de variables usando la prueba de Spearman y U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Los participantes señalaron mayor satisfacción con la formación teórica que con la gestión organizativa de sus Unidades Docentes (UD). El "índice de fidelización" varió ampliamente entre CCAA, siendo particularmente bajo en Andalucía y Canarias. La correlación entre la recomendación de la CCAA y la existencia de contratos postresidencia fue débil pero positiva.

**Conclusiones:** A pesar del aumento en la formación de especialistas EFyC, persisten carencias en la retención laboral y la implementación de esta especialidad en Atención Primaria. El estudio sugiere que las CCAA deberían reforzar sus estrategias para la retención de especialistas, y destaca la necesidad de políticas más robustas para integrar eficazmente a las enfermeras EFyC en el sistema sanitario español.

## Palabras clave

Enfermería Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Residentes de Enfermería; Contratación de Personal de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Política Sanitaria; Gestión de Recursos de Personal en Salud.

# Situación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud (Estudio SEYRE-FYC)

## Abstract

**Background:** This SEYRE-FyC study aims to analyse the situation of specialist nurses in Family and Community Nursing (EFyC) in the Spanish National Health System (SNS), assessing the satisfaction of residents with their training, post-residency job opportunities and possible differences in each region.

**Methods:** A cross-sectional observational study was carried out with surveys filled by EFyC specialist nurses and residents. The sample was 955 participants, obtained by convenience sampling between 26 July and 9 September 2024, using social networks and the scientific societies' support for dissemination. Descriptive analysis was completed through correlations of variables using Spearman's and Mann-Whitney U tests.

**Results:** Participants reported higher satisfaction with clinical training than with organisational management of their Teaching Units (UD). The 'loyalty index' varied widely between regions, being particularly low in Andalusia and the Canary Islands. The correlation between recommending the region and the existence of contracts after residence was weak but positive.

**Conclusions:** Despite the increase in trained EFyC specialists, there are still shortcomings in job retention and implementation of this speciality in primary care. The study suggests that the health services should reinforce their strategies for specialist retention, and highlights the need for more robust policies to effectively integrate EFyC nurses into the Spanish National Healthcare System.

## Key words

Community Health Nursing; Primary Health Care; Internship and Residency; Personnel Selection; Quality of Health Care; Health Policy; Crew Resource Management, Healthcare.

## Introducción

Desde comienzos del siglo XXI se cuenta con evidencia suficiente que vincula la adecuación de la formación de las enfermeras a los puestos asistenciales que ocupan con menores tasas de mortalidad y eventos adversos, tanto a nivel hospitalario(1)(2) como en la continuidad de cuidados al alta en la comunidad (3). Sin embargo, esta tarea aparentemente sencilla y armada con sentido común y evidencia científica, está resultando muy compleja de ejecutar.

Ya en 1974 en la 27ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se mencionaba, «para satisfacer la necesidad creciente de asistencia primaria en los países desarrollados», la necesidad de formar «a todos los grupos, en especial a las enfermeras, para funciones más amplias y en el diagnóstico y tratamiento»(4). Solo cuatro años antes de la Declaración de Alma Ata celebrada en la Unión Soviética en 1978, donde se consolidaba la defensa de la Atención Primaria (AP) como herramienta de transformación sanitaria, social, económica y educativa para conseguir comunidades con niveles óptimos de salud y bienestar(5). Esto requería, y así lo señalaban en aquella Conferencia de la OMS, el compromiso de los gobiernos para ofrecer estructuras administrativas y de gestión que permitieran planificar y poner en práctica esa AP (5, p. 34), así como priorizar «la utilización plena de los recursos humanos definiendo para cada una de las categorías del personal de salud la función técnica, las competencias y las actitudes necesarias con arreglo a las tareas que le incumben a fin de lograr una AP de salud eficaz y creando equipos formados por agentes de salud de la comunidad, enfermeras, parteras y médicos»(5, pp-30-31).

En el año 1987 se aprueba en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero es-

pecialista(6). Este texto legal reordena las especialidades enfermeras hasta entonces reguladas y menciona por primera vez la especialidad de *Enfermería Comunitaria*, especialidad que no llegaría a desarrollarse(7). Dieciocho años después, en 2005, se publica el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, texto legal que reconoce y ordena la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) junto con las otras seis especialidades hasta hoy reconocidas por ley.(8) En ese momento la especialidad contaba ya con un reconocimiento en cuanto a forma legal, pero no se le había dotado de contenido científico, hasta que en el año 2010 a través de la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de EFyC, en cuyo cuerpo se reconoce que en España los cambios surgidos en la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS) tras la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986 y el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud fueron vistos como una oportunidad para «apostar por un modelo sanitario más avanzado» vinculando la especialidad de EFyC como «un elemento esencial de la AP»(9).

En mayo del año 2011 se incorporaron las primeras 132 residentes de EFyC al SNS en las recién convertidas Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria (UDMAFyC). Se ponía en marcha entonces un sistema que permitía a enfermeras de todo el SNS acceder en condiciones de igualdad a una formación especializada y reglada para dar unos cuidados óptimos en el contexto de la AP(10).

Entre 2011 y 2022 se han convocado 4277 plazas de residentes de EFyC. Estas enfermeras que consiguieron una de esas plazas, en 2024 serían ya especialistas. Si le añadimos las 13835 especialistas que han obtenido el título de EFyC por la vía excepcional(11) resuelta entre 2023 y 2024 acreditando al menos 4 años de experiencia en

AP hasta el 22 de septiembre de 2010(8), la cifra asciende a más de 17800 enfermeras con el título de especialista. Para conocer el número exacto de especialistas en activo sería preciso conocer el número de plazas rechazadas o que no terminan la residencia como aptos, y conocer también el número de especialistas por vía excepcional que ya se han jubilado. Es complejo acceder a estos datos, pero las cifras mencionadas pueden servir de aproximación al alza.

Desde la Unión Europea se elaboró un informe sobre Recomendaciones para adaptar la AP a las necesidades actuales de la población española, enmarcado en el programa EU4Health (EU4H). En este documento se recomendaba a España «potenciar la figura de la enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria» en AP e implementar medidas orientadas a mejorar los flujos y eficiencia del trabajo de todos los agentes del sistema(12). Además, desde el año 2010 se empieza a hablar de la posibilidad de mejorar la eficiencia de la AP en el momento en que las enfermeras son resolutivas o finalistas, realizando tareas que históricamente eran competencia reconocida exclusivamente al médico(13).

Dentro del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad, encajado en el Área de Calidad Asistencial, se desarrolla el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria(14). Este Plan se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 15 de diciembre de 2021. Todas las Comunidades Autónomas (CCAA) aprobaron su contenido. Sin embargo, en la mayoría de territorios del Estado la situación laboral y administrativa de las especialistas en EFyC dista mucho de la acordada en ese documento(15) en los objetivos 2 y 5.

El Objetivo 2, centrado en los recursos humanos, la atracción, retención y estabilización del talento para garantizar la accesibilidad

y continuidad de las EFyC en la AP, plantea entre sus acciones la «promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en AP y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto», realizando contratos de al menos 2 años de duración en un área de salud tras acabar la residencia de EFyC. También, enmarcado en este objetivo, se detalla como indicador de resultado que «el 80% de las plazas vacantes estén cubiertas por contratos interinos» y no por contratos de corta duración. El Objetivo 5, orientado a consolidar el rol de las EFyC en AP, establece entre sus acciones que el 100% de las CCAA actualizasen su normativa para la contratación prioritaria de enfermeras especialistas en EFyC en AP, poniendo como límite para su cumplimiento el primer semestre de 2023.

### Antecedentes y experiencias previas:

En octubre del año 2023 desde la Asociación EIR (AEIR) se emitieron los resultados brutos de un estudio sobre la situación de especialistas y residentes de enfermería (SEYRE) en el SNS(16). Con una n=624 entre especialistas y residentes, de los cuales 428 eran de EFyC, este estudio mostró una fotografía tanto de las condiciones formativas y laborales durante la residencia, como del nivel de reconocimiento de las especialidades por cada comunidad autónoma (CA) o el nivel de satisfacción de las profesionales encuestadas. En abril de 2024 se proyectó como ponencia en el XXX Congreso Nacional de la Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica(17) un estudio SEYRE específico para especialistas y residentes de la especialidad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica que contaba con una n=82. Además, en 2024 la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) publicó en un documento de consenso sobre la implantación de la especialidad(11), en

el que se encuentran algunas diferencias con respecto a los datos del estudio SEYRE realizado en 2023.

De estas experiencias previas sobre el grado de implantación de la especialidad de EFyC se deriva que pueden existir indicios de que los indicadores del Plan de Acción de AP y sus líneas estratégicas no se están cumpliendo. Para comprobar esto, se plantea el presente estudio sobre la Situación de Especialistas y Residentes de EFyC (SEYRE-FyC).

Este estudio SEYRE-FyC tiene como objetivo principal realizar una fotografía que permita conocer la situación general de la especialidad en el conjunto del SNS y en los distintos servicios de salud que lo componen. Se plantean como objetivos secundarios conocer la satisfacción de las residentes conforme al funcionamiento de las Unidades Docentes (UUDD) y a la propuesta formativa de la residencia; conocer la situación de las especialistas en EFyC, con especial interés en la contratación tras acabar la residencia; y explorar las diferencias de los datos obtenidos entre CCAA y calcular las posibles correlaciones.

## Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal descriptivo mediante una encuesta realizada a enfermeras especialistas y residentes de la especialidad de EFyC. La encuesta se elaboró acorde a la iniciativa CHERRIES(18) (Anexo 1). Las variables incluidas en el cuestionario se encuentran esquematizadas en la tabla 1.

La recogida de datos se extendió desde el 26 de julio de 2024 hasta el 9 de septiembre de 2024. La población de estudio fue alcanzada de manera telemática a través de los medios de difusión propios de la Asociación EIR (AEIR). Estos incluyeron el correo electrónico a través del registro de socias, el uso de redes sociales de

AEIR, así como la difusión informal entre iguales por grupos de mensajería instantánea. También se contó con el apoyo de la Federación de Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) y las sociedades científicas que forman parte de ella para su difusión.

**Tabla 1.** Variables incluidas en el cuestionario SEYRE

Generales	
a.	Situación
b.	Año de inicio de residencia
c.	Tiempo trabajado antes de especialidad
d.	CA en la que se cursa la residencia
e.	CA en la que se encuentra actualmente
Formación EIR	
f.	Retribución por hora de guardia
g.	Sueldo neto total
h.	Autorización de UD a actividades formativas externas
i.	Financiación de UD a actividades formativas externas
j.	Calidad formativa de la UD
k.	Gestión y organización de la UD
l.	Media de horas de guardia al mes
m.	Valoración de cantidad de horas de guardia
n.	Flexibilidad para escoger guardias
o.	Autorización para guardias nocturnas y generación de saliente
p.	Consideración del residente como personal en formación durante las guardias
q.	Valoración de la calidad de las rotaciones
r.	Distribución de las guardias acorde a los intereses formativos
s.	Servicios de guardias mejor valorados
Especialidad	
t.	Motivación para escoger la vía EIR
u.	Recomendación de UD
v.	Recomendación de CA
w.	Recomendación de la especialidad EFyC
x.	Contratos de fidelización en su UD
y.	Contratación tras la residencia
z.	Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa
aa.	Seguridad en práctica clínica tras especializarse
ab.	Satisfacción con puesto de especialista centrado en competencias comunitarias y no asistenciales
ac.	Ámbito de la EFyC en el que sería más competente
ad.	Percepción del conocimiento de la población sobre la EFyC

CA: Comunidad Autónoma. EFyC: Enfermería Familiar y Comunitaria. UD: Unidad Docente.

La técnica para obtener la muestra fue mediante muestreo por conveniencia. No se encontraron estudios similares previos para realizar un cálculo muestral preciso y asumible. Cualquier persona con acceso al cuestionario podía responder si introducía un correo electrónico. Este correo no se almacenaría después, se solicitó para reducir el riesgo de doble respuesta. No se realizó cálculo de tamaño muestral.

Es probable que exista sesgo de selección debido a la no aleatorización en la técnica de muestreo aplicada; para limitar el impacto de este sesgo se trató de garantizar que se alcanzara al mayor número posible de sujetos realizando difusión por diferentes medios en diferentes momentos temporales.

El sesgo de primacía se abordó apostando por elaborar la mayoría de las preguntas en formato likert. El sesgo de aquiescencia se intentó mitigar realizando preguntas breves, directas y no dirigidas.

Para calcular la capacidad de retener enfermeras especialistas se ha elaborado un "índice de fidelización". Matemáticamente consiste en la suma de las respuestas positivas a la pregunta sobre si se ofrecen contratos a quienes se acaban de especializar, entendiendo por respuestas positivas tanto quienes respondieron "contrato de larga duración" como "contrato de corta duración", dividido entre la n total de respuestas a ese ítem en cada ca. Este valor se calculó por cada CA con el fin de compararlas.

Índice de fidelización=

$$\frac{\text{Nº respuestas que afirman ofrecerse contratos en su CA}}{\text{Total de respuestas por cada CA}}$$

Se exploró la correlación entre las variables  $v$  (Recomendación de CA) y  $x$  (contratos de fidelización en su UD);  $w$  (Recomendación de la especialidad FyC) y  $x$  (contratos de fidelización en su UD);  $w$  (Recomendación de la especialidad FyC) y  $z$  (Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa);  $i$  (Fi-

nanciación de UD a actividades formativas externas) y  $u$  (Recomendación de UD).

El análisis estadístico utilizado para la correlación de las variables a estudio fue la prueba de correlación de rangos de Spearman, dado que todas las variables analizadas eran de naturaleza ordinal. Para todos los análisis la hipótesis nula significa que no hay correlación entre las variables ( $\rho=0$ ), y la hipótesis alternativa significa que sí existe correlación ( $\rho\neq 0$ ).

En los casos en los que el análisis estadístico incluía variables dicotómicas (variables  $i$  y  $x$ ), se realizó adicionalmente la prueba de U de Mann-Whitney para buscar diferencias significativas entre las dos distribuciones.

## Resultados

Respondieron a la encuesta un total de 955 enfermeras, de las cuales 324 (33.93%) eran residentes, 567 (59.37%) especialistas vía EIR, 58 (6.07%) especialistas vía excepcional, y 6 (0.36%) especialistas de EFyC realizando la residencia de otra especialidad.

Respecto a los especialistas vía EIR, la distribución a lo largo del tiempo en cuanto al inicio de la residencia se reflejó en la figura 1. El 74'89% de la muestra realizó la residencia entre 2020 y 2024. La concentración de la muestra en este periodo de tiempo resulta coherente con el aumento de plazas EIR de EFyC convocadas del año 2019 (339) al 2020 (540).

En cuanto a la experiencia laboral previa al inicio de la residencia el grupo mayoritario fue el que trabajó entre 2 y 5 años ( $n=207$ ; 23.07%), seguido de quienes trabajaron menos de 6 meses ( $n=151$ ; 16.83%) y entre 1 y 2 años ( $n=143$ ; 15.94%). Solo 84 personas (9,36%) no trabajaron antes de empezar la residencia. En contraposición, 107 personas (11.92%) trabajaron entre 5 y 10 años, y 68 (7,58%) trabajaron más de 10 años.

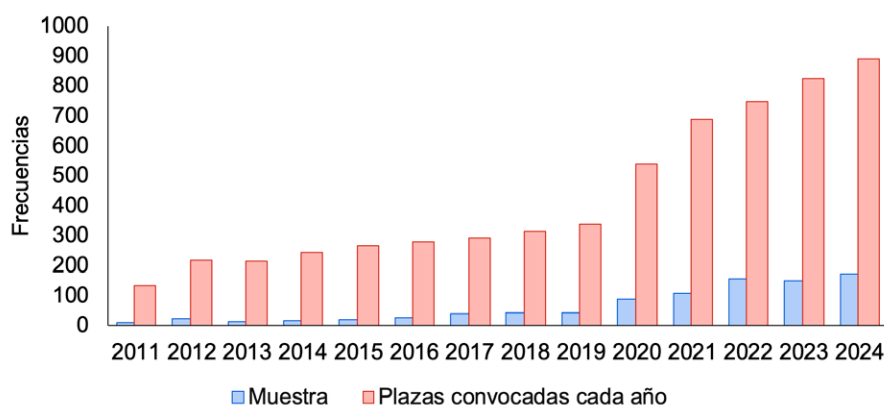


Figure 1. Año de inicio de residencia.

Según el territorio en el que se encontraban los especialistas y residentes en el momento de responder la encuesta, la distribución fue la siguiente: Andalucía 112; Aragón 65; Asturias 70; Islas Canarias 42; Cantabria 18; Castilla-La Mancha 70; Castilla y León 137; Cataluña 67; Comunidad de Madrid 67; Comunidad Valenciana 64; Extremadura 21; Galicia 89; Islas Baleares 14; La Rioja 4; Murcia 54; Navarra 12; País Vasco 49.

La distribución por territorio en el que se realizó la residencia fue: Andalucía 102; Aragón 48; Asturias 55; Islas Canarias 42; Cantabria 10; Castilla-La Mancha 68; Castilla y León 136; Cataluña 107; Comunidad de Madrid 75; Comunidad Valenciana 44; Extremadura 29; Galicia 67; Islas Baleares 11; La Rioja 2; Murcia 47; Navarra 12; País Vasco 37.

Considerando solo a los especialistas vía EIR (n=567) el balance por territorios, calculado mediante la diferencia entre la n de especialistas que actualmente se encuentran en una CA y la n de especialistas que realizaron la residencia en esa CA, puede verse en la tabla 2.

Con el fin de realizar una interpretación lo más rigurosa posible de los resultados, las autoras consensuaron que solo deben ser considerados para análisis los resultados por CCAA cuando la muestra de

ese territorio fuese superior a 20. De este modo, no fueron incluidos en análisis de resultados los territorios de Cantabria, Islas Baleares, La Rioja y Navarra, por muestra inferior a 20, además de Ceuta y Melilla por ausencia de respuestas.

### Valoración de las UDD y CCAA

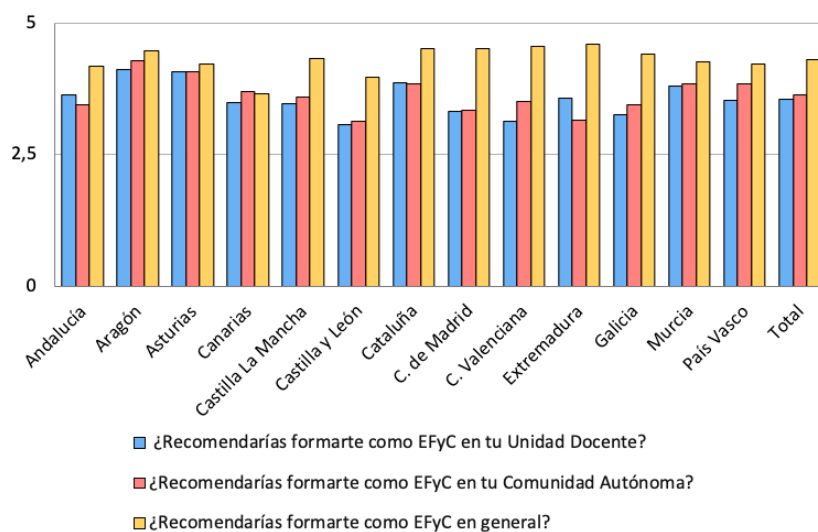
En todas las CCAA se valora más positivamente la calidad formativa que la capacidad de gestión y organización de las UDD. Se preguntó si se recomienda realizar la residencia de EFyC en tres niveles distintos: en su misma Unidad Docente (UD), en su misma CA, y por último, en cualquier parte del SNS. A excepción de 4 CCAA, todas las respuestas medidas con una escala Likert (1-5) fueron en aumento: se recomienda realizar la especialidad en su misma UD, pero más en su CA, y más en cualquier parte del SNS. En cuanto a las excepciones, tanto en Andalucía como en Extremadura lo que menos se recomienda es realizar la residencia en esas CCAA; en Cataluña no hay diferencias en la recomendación entre UD y CA; y por último, en Canarias se recomienda realizar la residencia en esta CA por encima de la recomendación de su UD y de realizarla en cualquier otro lugar de España. Esta tendencia puede apreciarse en la figura 2.

En la tabla 3 se muestran los resultados de las variables relacionadas con el funcio-

**Tabla 2.** Balance de especialistas que se especializaron en una CA frente a los que actualmente se encuentran allí.

Comunidad Autónoma	n actual	Balance	n que realizó la residencia en esa CA
Andalucía	64	5	59
Aragón	40	14	26
Asturias	59	15	44
Canarias	33	-3	36
Cantabria	8	4	4
Castilla La Mancha	39	-3	42
Castilla y León	80	-7	87
Cataluña	25	-47	72
Comunidad de Madrid	31	-16	47
Comunidad Valenciana	44	16	28
Extremadura	10	-9	19
Galicia	64	19	45
Islas Baleares	10	2	8
La Rioja	3	2	1
Murcia	33	5	28
Navarra	7	1	6
País Vasco	17	2	15
<b>Total:</b>	<b>567</b>	<b>0</b>	<b>567</b>

CA: Comunidad Autónoma



**Figura 2.** Niveles de recomendación de realizar la residencia de EFyC en su Unidad Docente, en su Comunidad Autónoma, y en cualquier lugar del país.

namiento de las UD. Todas las variables fueron expresadas en formato Likert, excepto la "Financiación de UD a actividades formativas externas", en la que se codificó como 0=no; 1=sí, pero con condiciones; 2=sí, generalmente. En cuanto a la financiación de actividades externas, el promedio es de 0.334, destacando Cataluña con el valor más alto (1.000). La calidad formativa de la UD muestra una media nacional de 3.341, con Asturias siendo la mejor valorada (4.000), y las Islas Canarias (2.750), la Comunidad Valenciana (2.824) y la Comunidad de Madrid (2.821) con las valoraciones más bajas.

La capacidad de gestión y organización de la UD obtiene una media nacional de 2.974, con Aragón (3.647) y Asturias (3.636) como las mejor evaluadas en este ámbito. En cuanto a la percepción de realizar de-

masiadas horas de guardia hay una clara percepción de sobrecarga en la Comunidad de Madrid (4.571) y Canarias (4.000). La consideración del residente como personal en formación parece respetarse más en el País Vasco (3.375), al contrario que en las Islas Canarias (1.875). La valoración de la calidad de las rotaciones tiene la media nacional más alta de entre las expuestas (3.520), siendo Asturias la comunidad mejor evaluada (4.000). Finalmente, la distribución de las guardias acorde a los intereses formativos presenta mejores resultados en Aragón (3.588) y Andalucía (3.366). Cabe mencionar que no se han incluido los datos de Cantabria, Islas Baleares, La Rioja y Navarra en el análisis, ya que sus muestras no alcanzan el mínimo de 20; sin embargo, sus resultados obtenidos se muestran en la tabla para referencia.

**Tabla 3.** Variables relacionadas con la valoración de las Unidades Docentes, las guardias, y la calidad formativa a lo largo de la residencia

Comunidad Autónoma	**Financiación de UD a actividades formativas externas	Calidad formativa de la UD	Gestión y organización de la UD	Valoración de cantidad de horas de guardias	Consideración del residente como personal en formación durante las guardias	Valoración de la calidad de las rotaciones	Distribución de las guardias acorde a los intereses formativos
Andalucía	0,375	3,119	2,714	3,286	2,905	3,286	3,366
Aragón	0,176	3,875	3,647	2,941	3,118	3,824	3,588
Asturias	0,273	4,000	3,636	3,818	3,273	4,000	3,000
Canarias	0,375	2,750	2,250	4,000	1,875	3,125	2,714
Cantabria*	0,000	3,250	3,500	3,250	3,000	3,750	3,250
Castilla La Mancha	0,292	3,360	2,960	2,320	3,040	3,625	3,040
Castilla y León	0,245	3,200	3,120	2,714	3,320	3,160	3,100
Cataluña	1,000	3,417	2,944	2,861	2,694	3,417	3,028
Comunidad de Madrid	0,071	2,821	2,536	4,571	3,037	3,393	2,464
Comunidad Valenciana	0,294	2,824	2,588	3,294	3,000	2,941	2,706
Extremadura	0,091	3,182	2,818	3,273	2,727	3,273	3,000
Galicia	0,182	3,000	2,500	2,636	2,682	3,364	2,636
Islas Baleares*	0,500	4,000	3,750	3,250	3,250	4,000	3,750
La Rioja*	0,000	4,000	3,000	1,000	3,000	4,000	5,000
Murcia	0,714	3,381	3,048	3,095	3,048	3,524	3,190
Navarra*	0,250	3,250	3,000	2,500	2,750	3,250	3,000
País Vasco	0,833	3,375	2,542	3,083	3,375	3,917	3,208
<b>Media total:</b>	<b>0,334</b>	<b>3,341</b>	<b>2,974</b>	<b>3,053</b>	<b>2,947</b>	<b>3,520</b>	<b>3,179</b>

UD: Unidad Docente. \*Comunidad Autónoma no incluida en los análisis estadísticos al tener una n<20. Se deben interpretar con precaución sus datos en esta tabla. \*\*Datos codificados como 0=No; 1=Sí, pero con condiciones; 2=Sí generalmente.

Las unidades y servicios donde se realizan guardias que según las residentes y especialistas más aportan a nivel formativo en la residencia se pueden ver en la figura 3. En cuanto al ámbito de actuación de las EFyC, las especialistas creen que donde mejor pueden ejercer sus competencias es como Enfermera del Equipo de AP con cupo y función asistencial (figura 4).

El índice de fidelización (IF) se calculó para cada CA. La tabla 4 muestra el IF ordenado de menor a mayor. Al evaluar las asociaciones estadísticas, se obtuvieron los coeficientes de correlación de Spearman ( $\rho$ ) y las significancias ( $p$ -valor) de las correlaciones expuestas en la Tabla 5.

Tabla 4. Índice de fidelización de especialistas por Comunidades Autónomas.	
Comunidad Autónoma	Índice de fidelización (IF)
Andalucía	0,019
Canarias	0,090
Extremadura	0,133
Murcia	0,265
Castilla y León	0,333
Galicia	0,358
Castilla La Mancha	0,378
Comunidad Valenciana	0,465
Comunidad de Madrid	0,472
Aragón	0,558
Cataluña	0,654
País Vasco	0,676
Asturias	0,679
IF Estatal	0,358

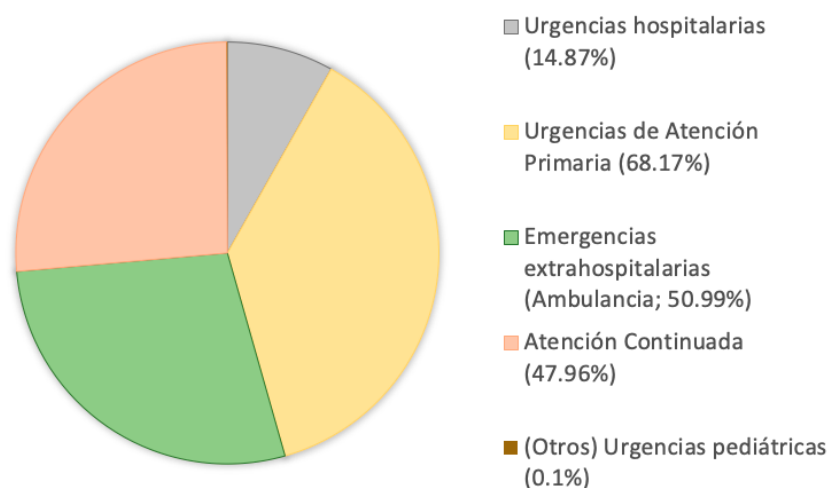


Figura 3. Unidades y servicios donde se realizan guardias referidos como más interesantes a nivel formativo durante la residencia.

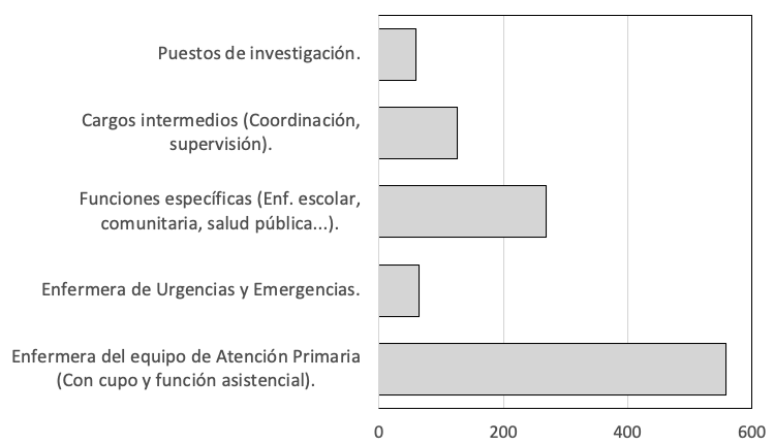


Figura 4. Ámbito de actuación donde mejor refieren las especialistas y residentes que pueden ejercer sus competencias como EFyC.

Tabla 5. Análisis estadísticos y correlaciones entre variables

	Correlación de Spearman ( $\rho$ )	Significancia estadística de Spearman ( $p$ -valor)	Valor Z (Z)	Significancia estadística de U de Mann-Whitney ( $p$ -valor)
<b>v</b> (Recomendación de CA)				
<b>x</b> (contratos de fidelización en su UD)	0,099	0,003	-2,939	0,003
<b>w</b> (Recomendación de la especialidad FyC)				
<b>x</b> (contratos de fidelización en su UD)	0,084	0,012		
<b>w</b> (Recomendación de la especialidad FyC)				
<b>z</b> (Consideración de hacer el EIR como negativo para puntuaciones en bolsa)	0,168	0,000		
<b>i</b> (Financiación de UD a actividades formativas externas)				
<b>u</b> (Recomendación de UD)	0,182	0,001	-3,218	0,001

CA: Comunidad Autónoma. UD: Unidad Docente. FyC: Familiar y Comunitaria.

En general, se encontraron correlaciones positivas, pero débiles ( $\rho$  de Spearman cercanas a 0), aunque estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ). Sin embargo, al aplicar el test de U de Mann-Whitney, sí que se encontraron diferencias significativas en la recomendación de la CA al dividir la muestra entre los que refirieron que sí se ofrecieron contratos y los que no ( $Z = -2.939$ ;  $p = 0,003$ ). De igual manera sucede en la recomendación de UD al dividir la muestra entre los que refirieron que sí se financiaban las actividades externas y los que no ( $Z = -3.218$ ;  $p = 0,001$ ).

## Discusión/Conclusiones

### Resultados clave

La mayoría de las encuestadas valoró positivamente la formación en sus UDD, aunque señalaron deficiencias en la organización y gestión de las mismas. El índice de fidelización fue bajo en todos los territorios estudiados, con una media en el SNS de 0.35, aunque destacan Andalucía (0.019) y Canarias (0.09) por tener las cifras más bajas en cuanto a la capacidad de sus

servicios de salud para retener especialistas cuando acaban la residencia. Se encontraron correlaciones débiles, aunque positivas, entre la recomendación de realizar la residencia en su CA y la posibilidad de ser contratadas, y entre la financiación de actividades formativas externas a la UD y la recomendación de esa UD. El área donde especialistas y residentes se consideran mejor preparadas para ejercer las competencias de EFyC fue como enfermera del Equipo Básico de AP, seguido de lejos por puestos con funciones específicas como enfermera escolar, gestora de casos o enfermera con funciones exclusivamente comunitarias.

### Interpretación global de resultados

Realizar la residencia de EFyC es una apuesta decidida por mejorar la calidad de los cuidados que se ofrecen. Prueba de ello es que la mayoría de las enfermeras que realizan el EIR habían trabajado antes de la residencia (91'16%), y que de manera general las especialistas recomiendan hacer el EIR, incluso sin importar la UD de destino.

El índice de fidelización (IF) refleja uno de los asuntos de mayor relevancia y que más debate genera cuando se habla de las especialidades de enfermería en política sanitaria y gestión de los recursos humanos. Este índice debe interpretarse como la existencia de mecanismos que permitan retener a las especialistas; no significa que todas las respuestas positivas sean contratos ofertados a la especialista que responde. El IF no valora si las especialistas fueron contratadas en un puesto acorde a sus funciones y competencias. No se preguntó si el especialista había recibido alguna oferta laboral en su CA al acabar la residencia. Para poder realizar un IF óptimo se preciaría realizar esta pregunta a nivel individual contando con métodos de difusión y alcance más potentes que los recursos disponibles en este estudio.

Aun así hay territorios donde estas cifras son especialmente llamativas, como Andalucía (IF=0.019) o Canarias (IF=0.09), donde la fuga de talento y la incapacidad de retener especialistas es casi total. Estos datos resultan alarmantes y ponen en serio peligro la continuidad de muchas UDMAFyCs, ya que en el plan de estudios de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, actualizado en julio de 2024, se recoge que en la composición de los equipos de AP, es requisito indispensable para mantener la acreditación de las UD la existencia de al menos dos enfermeras especialistas en EFyC(19).

La correlación entre recomendar una CA y tener constancia de haberse ofrecido contratos al acabar la residencia es débil, aunque positiva. Sin embargo, sí que se observaron diferencias significativas en la distribución de puntuación de recomendación entre los que sí refieren contratación y los que no. Esto podría sugerir que, aunque parece que no es el factor clave dada la débil correlación, sí podríamos considerar que las medidas de fidelización está relacionada con una mayor probabilidad de recomendar esa CA.

De igual manera sucede a la hora de recomendar una UD y si éstas financian actividades formativas externas a sus residentes. También se encontraron diferencias significativas en la distribución del nivel de recomendación de las UD si dividimos la muestra entre las que sí pueden financiar y las que no. La recomendación de la UD es significativamente mejor en la muestra que refiere que su UD puede financiar actividades externas.

Las correlaciones entre recomendar hacer la residencia y si hacerla se considera negativo para la bolsa de empleo como generalista, y entre recomendar hacer la residencia y la constancia de que se ofrecen contratos para retener a las especialistas en ese territorio son también positivas, aunque débiles. Conociendo esto, puede resultar de interés para implementar estrategias de mejora desarrollar más estudios que profundicen en estas variables, así como explorar otras que doten de mayor precisión a los resultados que se deriven de ellos.

### Validez externa

Existen limitaciones asociadas al tamaño de la muestra, especialmente en territorios donde la n obtenida fue pequeña, como en La Rioja (4), Navarra (12) o Islas Baleares (14). Aunque de manera global la muestra de especialistas vía EIR obtenida corresponde al 13.4% del total (basándonos en el total de las plazas convocadas), hay algunos territorios como Ceuta y Melilla de los que no se ha obtenido ninguna respuesta. Si nos basamos en los datos del Ministerio de Universidades sobre los títulos de EFyC expedidos vía residencia hasta agosto de 2023 (3114), y aplicando a las egresadas en 2024 el porcentaje de la diferencia entre esa cifra y el número de plazas ofertadas hasta entonces (3529), resulta que el 11.75% de las plazas convocadas para los años comprendidos entre 2011 y 2021 o no finalizaron la residencia, o fueron plazas desiertas. Aplicando este porcenta-

je a las 748 plazas que se convocaron para la promoción 2022-2024, habrían terminado la residencia 661 enfermeras. Atendiendo a estos datos podemos aproximar que en España existen 3775 especialistas vía EIR, y la muestra obtenida ascendería a representar del 13.4% al 15.2% de la población de estudio.

Aunque la muestra global es lo suficientemente amplia como para extraer conclusiones a nivel estatal, la distribución de dicha muestra no es homogénea en todas las CCAA. En algunas de estas regiones el tamaño muestral resulta insuficiente para permitir una generalización robusta de los resultados obtenidos en ese territorio. Esto limita la capacidad de inferir conclusiones aplicables en estas CCAA, donde los resultados y las conclusiones obtenidas deben ser interpretados con cautela.

Por otro lado, la reproductibilidad de los resultados podría verse alterada debido a la imprecisión de algunas preguntas. Por ejemplo, el índice de fidelización surge de preguntar a residentes y especialistas si en la CA en la que se encontraban, en el momento de responder, se ofrecían contratos a las especialistas que recién acababan la residencia. La pregunta no se realizó de otro modo -preguntando, por ejemplo, si a quien responde se le ofreció contrato al acabar- porque el interés de esta cuestión era conocer si desde las CCAA se estaban llevando a cabo estrategias para retener el talento formado, aunque tuvieran poco alcance individual.

Si bien es cierto que se intentó evitar el sesgo de selección haciendo una difusión del cuestionario lo más abierta posible tanto por redes sociales como a través asociaciones, el motivo de este estudio hace inevitable un sesgo de autoselección o sesgo del voluntario, y, por consiguiente, respuestas con una inclinación más crítica(20).

Para evitar el sesgo de información sólo se tuvieron en cuenta las respuestas sobre

el funcionamiento de las UDD a los residentes, evitando que el efecto de la memoria retrospectiva y la situación actual de los especialistas egresados pueda hacer que las respuestas de éstos supongan un factor de confusión. También se procuró que las preguntas fueran lo menos dirigidas posibles, si bien no podemos evitar el conflicto de intereses que es que los diseñadores y responsables de este estudio son especialistas egresados o residentes actuales de la especialidad. Por esto, aunque se ha buscado la mayor neutralidad a la hora de tratar los datos, existe un sesgo del investigador que no puede ser ignorado.

## Conclusiones

Este estudio se centra en muchas de las preguntas que se plantean en torno a la calidad formativa de la residencia y la situación profesional de los especialistas. Sin embargo, es necesario continuar realizando estos análisis abordando otras perspectivas y profundizando en las aquí planteadas, tanto para evaluar el grado de implantación de la especialidad como para ahondar en las diferentes estrategias de fidelización de los especialistas. Por ejemplo, sería de interés elaborar un mapa fiable y actualizado del estado de las bolsas de especialistas en el SNS, ya que existen bolsas de especialistas formalmente creadas, pero que no funcionan, o desde las que solo se ofrecen contratos para determinados puestos, en lugar de hacerlo para todo el área competencial de la AP, dando lugar a un aprovechamiento de recursos humanos lejos de ser óptimo. En este sentido, la existencia de una bolsa no implica que esa bolsa funcione, ni tampoco que lo haga de un modo lógico.

Con el fin de mejorar la calidad de los cuidados y optimizar los distintos perfiles profesionales, sería de gran interés implementar medidas transformadoras para que las especialistas que se han formado en ellos puedan ejercer en sus áreas com-

petenciales propias. Hasta ahora estas medidas se han reflejado como recomendaciones expuestas y consensuadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (CISNS), pero los resultados que se desprenden de este estudio demuestran que son insuficientes para hacer de la EFyC una realidad en AP. Es preciso una política que fomente una

ordenación profesional coherente con los perfiles profesionales de los que dispone el sistema sanitario, perfiles como el de las EFyC, para el que cada año se convocan más plazas que el anterior, pero cuya implementación es todavía una gran asignatura pendiente en la mayoría de servicios de salud del país.

## Referencias bibliográficas

1. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA. 24 de septiembre de 2003;290(12):1617-23.
2. Segovia Pérez C, Navalpotro Pascual S. Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos. Enferm Clínica. 1 de marzo de 2005;15(2):103-5.
3. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. LDI Issue Brief. 2004;9(6):1-4.
4. Nursing WEC on CH, Organization WH. Enfermería y salud de la comunidad : informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 30 de julio al 5 de agosto de 1974] [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1974 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/38874>
5. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978: Alma-Ata U, Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. Atención primaria de salud : informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1978 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39244>
6. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 992/1987 ago 1, 1987 p. 23642-4. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/07/03/992>
7. Oltra Rodríguez E. Especialidades enfermeras: el día después. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 1 de abril de 2009;7(2):293-307.
8. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 450/2005 may 6, 2005 p. 15480-6. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450>
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Sec. 3, Orden SAS/1729/2010 jun 29, 2010 p. 57217-50. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>

10. Molas Puigvila M, Brugés Brugués A, Garcia Gutiérrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. *Aten Primaria*. 1 de mayo de 2011;43(5):220-1.
11. FAECAP [Internet]. 2024 [citado 3 de noviembre de 2024]. Presentación de la hoja de ruta de FAECAP para la implantación real de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en el Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://faecap.es/presentacion-de-la-hoja-de-ruta-de-faecap-para-la-implantacion-real-de-la-especialidad-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria-en-el-ministerio-de-sanidad/>
12. UeproSalud 2021-2027: una visión para una Unión Europea más sana - Comisión Europea [Internet]. 2024 [citado 7 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_es](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_es)
13. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit Siglo XXI*. 1 de septiembre de 2010;8(1):89-100.
14. Ministerio de Sanidad - Áreas - Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. [citado 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>
15. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad - Áreas - Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>
16. Cana Benítez E, Doña López FM, Vera Vicioso G. Avance resultados estudio SEYRE (Situación de las Especialistas y Residentes de Enfermería). Asociación EIR (AEIR). Octubre de 2023: Málaga. Disponible en: <https://aeir.es/gallery/Avance%20resultados%20SEYRE.pdf>.
17. Ceballos Mateos, S., Cana Benítez E., Vera Vicioso G. Estudio SEYRE-Geriatría y Gerontología. En Albacete. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2024.
18. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2019;51(9):586-9.
19. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria [Internet]. Sec. 3, Orden PJC/798/2024 jul 30, 2024 p. 97152-210. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798>
20. Kaźmierczak I, Zajenkowska A, Rogoza R, Jonason PK, Ścigała D. Self-selection biases in psychological studies: Personality and affective disorders are prevalent among participants. *PLOS ONE*. 8 de marzo de 2023;18(3):e0281046.

## Material complementario

I. Estructura del formulario. 33 preguntas. Una primera sección con 7 preguntas de características del respondente y 26 sobre su situación y valoración laboral, profesional y/o formativa.

Preguntas		Respuestas
<b>Bloque de filiación</b>		
1	Correo electrónico	Correo electrónico
2	Doy mi consentimiento para la elaboración de informes y divulgar los resultados de cara a visibilizar la especialidad y las condiciones formativas y laborales.	Sí, consiento
3	Actualmente, ¿Cuál es tu situación respecto a la especialidad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Residente EIR</li> <li>Especialista vía EIR</li> <li>Especialista vía Excepcional</li> <li>Especialista haciendo otro EIR</li> </ul>
4	¿En qué año iniciaste tu residencia?	Rango de fechas entre 2011 - 2024
5	¿Trabajaste antes de especializarte? Si es así, ¿Cuánto tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No trabajé antes del EIR</li> <li>Menos de 6 meses</li> <li>6 meses - 1 año</li> <li>1 año - 2 años</li> <li>2 años - 5 años</li> <li>5 años - 10 años</li> <li>Más de 10 años</li> </ul>
6	¿En qué Comunidad Autónoma hiciste la residencia?	Comunidades Autónomas
7	¿En qué Comunidad Autónoma te encuentras? (Si eres residente actualmente, indica la CCAA donde estés cursando la residencia)	Comunidades Autónomas
8	¿En qué provincia te encuentras actualmente?	Provincias
<b>Bloque de formación <sup>eir</sup></b>		
9	¿Cuánto cobras en bruto por hora de guardia un día laborable?	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 9 €</li> <li>9 - 10 €</li> <li>11 - 12 €</li> <li>13 - 14 €</li> <li>15 - 16 €</li> </ul>
10	De media, ¿Cuál es tu sueldo total neto? (Sueldo base + guardias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 1000 €</li> <li>1000 - 1200 €</li> <li>1201 - 1400 €</li> <li>1401 - 1600 €</li> <li>1601 - 1800 €</li> <li>1801 - 2000 €</li> <li>Más de 2000 €</li> </ul>

→

Preguntas	Respuestas
<b>Bloque de formación EIR</b>	
11 ¿Tu UD te autoriza la asistencia a actividades formativas externas (cursos, congresos, talleres, jornadas...) en días laborables?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, generalmente.</li> <li>• Sí, pero existen condiciones (Revisión del programa científico o formativo, presencialidad, etc.)</li> <li>• No.</li> </ul>
12 ¿Tu UD puede financiarte la asistencia a actividades formativas externas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, generalmente.</li> <li>• Sí, pero existen condiciones (Presentación de comunicación, defensa de la misma, presencialidad, etc.)</li> <li>• No.</li> </ul>
13 ¿Cómo valoras a tu UD en cuanto a calidad formativa?	Escala likert 1 (Muy negativo) - 5 (Muy positivo)
14 ¿Cómo valoras a tu UD en cuanto a capacidad de gestión y organización?	Escala likert 1 (Muy negativo) - 5 (Muy positivo)
15 De media, ¿Cuántas horas de guardia sueles hacer al mes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 12 horas</li> <li>• 12 - 24 horas</li> <li>• 25 - 48 horas</li> <li>• 49 - 72 horas</li> <li>• 73 - 96 horas</li> <li>• 97 - 120 horas</li> <li>• &gt; 120 horas</li> </ul>
16 ¿Consideras que haces demasiadas horas de guardia?	Escala likert 1 (En absoluto) - 5 (Totalmente de acuerdo)
17 ¿Consideras que se te ofrece flexibilidad para elegir las guardias según tus preferencias?	Escala likert 1 (Totalmente inflexibles) - 5 (Totalmente flexibles)
18 ¿Tu UD te permite hacer guardias nocturnas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, y generan saliente.</li> <li>• Sí, pero NO generan saliente</li> <li>• No.</li> </ul>
19 ¿Sientes que durante las guardias se te tiene en cuenta como personal en formación?	Escala likert 1 (Se me trata como personal estructural) - 5 (Se me trata como personal en formación)
20 ¿Consideras que, en general, las rotaciones de tu Unidad Docente son de calidad?	Escala likert 1 (Calidad pésima) - 5 (Calidad excelente)
21 ¿Consideras que tu UD distribuye acorde a tus intereses formativos los diferentes servicios donde realizas guardias?	Escala likert 1 (Distribución pésima) - 5 (Distribución excelente)
22 ¿Qué servicios donde se realizan guardias consideras más interesantes para tu formación? (Marca 2 como máximo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgencias hospitalarias.</li> <li>• Urgencias de Atención Primaria.</li> <li>• Emergencias extrahospitalarias (Ambulancia).</li> <li>• Atención Continuada. (Actividades programadas en AP. Consultas, Programas, Grupos...).</li> <li>• Respuesta abierta</li> </ul>

Preguntas	Respuestas
<b>Bloque de especialidad</b>	
23 ¿Cuál fue tu principal motivación para prepararte el EIR y especializarte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir formación para dar unos cuidados óptimos en Atención Primaria.</li> <li>• Recibir formación para dar unos cuidados óptimos en Urgencias y Emergencias.</li> <li>• Facilitar mi inserción laboral en el ámbito de la especialidad.</li> <li>• Garantizarme dos años de trabajo.</li> <li>• Acceder al Doctorado.</li> <li>• Respuesta abierta</li> </ul>
24 ¿Recomendarías formarte como EFyC en tu Unidad Docente?	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)
25 ¿Recomendarías formarte como EFyC en tu Comunidad Autónoma?	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)
26 ¿Recomendarías formarte como EFyC en general?	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)
27 Al acabar la residencia en tu comunidad autónoma, ¿actualmente se ofrecen contratos a quienes se acaban de especializar para retener a los especialistas que forman?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, con contratos de corta duración.</li> <li>• Sí, con contratos de larga duración.</li> <li>• No.</li> </ul>
28 Tras la residencia, ¿has trabajado en el ámbito de la EFyC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, con contrato de especialista.</li> <li>• Sí, con contrato de generalista.</li> <li>• No, y estoy buscándolo actualmente.</li> <li>• No, pero no estoy buscándolo actualmente.</li> </ul>
29 ¿Consideras que hacer el EIR es negativo en cuanto a puntuación de la bolsa generalista frente a enfermeros que no hagan el EIR?	Escala likert 1 (Totalmente negativo) - 5 (Totalmente positivo)
30 ¿Te sientes más seguro en tu actividad clínica desde que eres especialista?	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)
31 ¿Estarías satisfecho con un puesto de especialista en el que sólo se desarrollen parte de tus competencias? <i>Ejemplo: Contrato de EFyC donde sólo se hagan actividades comunitarias, funciones de salud pública, consultas de atención compartida de la demanda...</i>	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)
32 ¿En qué ámbito de la EFyC crees que desarrollarías mejor tus competencias?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera del equipo de Atención Primaria (Con cupo y función asistencial).</li> <li>• Enfermera de Urgencias y Emergencias.</li> <li>• Enfermera con funciones específicas (Enf. escolar, comunitaria, salud pública, gestión de casos...).</li> <li>• Cargos intermedios (Coordinación, supervisión).</li> <li>• Puestos de investigación.</li> </ul>
33 ¿Consideras que la población general conoce la especialidad de EFyC?	Escala likert 1 (No, absoluto) - 5 (Sí, totalmente)



# Quality of work life, resilience, gratitude and social support in workers of a city council: a descriptive cross-sectional study

Carmen Fernández Garrido<sup>1</sup> (RN, OHN); Domingo De-Pedro-Jiménez<sup>2</sup> (RN, OHN, PhD)\*; Juan Vega Escaño<sup>3</sup> (RN, OHN, PhD); Felice Curcio<sup>4</sup> (RN, PhD); Jose Miguel Pérez-Jiménez<sup>5</sup> (RN, PhD); Rocío de-Diego Cordero<sup>6</sup> (RN, OHN, PhD).

<sup>1</sup>Occupational Health Service, Subdirectorate General for Occupational Risk Prevention, Granada Town Council, Granada, Spain. Email: [carmenfdezgarrido@gmail.com](mailto:carmenfdezgarrido@gmail.com)

<sup>2</sup>Research Group CEST 971075 "Emotional Competencies, Health and Well-being at Work", Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain | Email: [domdeped@ucm.es](mailto:domdeped@ucm.es) | ORCID: 0000-0002-3681-3682

<sup>3</sup>Research Group PAIDI-CTS 1054 "Interventions and Health Care", Spanish Red Cross Nursing School, University of Seville, Seville, Spain | Email: [juanvegadue@gmail.com](mailto:juanvegadue@gmail.com) | ORCID: 0000-0002-6399-8571

<sup>4</sup>Faculty of Medicine and Surgery, University of Sassari (UNISS), Sassari, Italy | Email: [felice.curcio@aouss.it](mailto:felice.curcio@aouss.it) | ORCID: 0000-0001-5759-1065

<sup>5</sup>Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, Seville, Spain | Email: [jpjimenez@us.es](mailto:jpjimenez@us.es) | ORCID: 0000-0002-5648-9365

<sup>6</sup>Research Group PAIDI-CTS 969 "Innovation in HealthCare and Social Determinants of Health", Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, Seville, Spain | Email: [rdediego2@us.es](mailto:rdediego2@us.es) | ORCID: 0000-0002-3453-003X

\* **Corresponding** : [domdeped@ucm.es](mailto:domdeped@ucm.es)

Manuscrito recibido: 12/09/2025 | Manuscrito aceptado: 17/12/2025

**Cómo citar este documento:** Fernández Garrido C, De-Pedro-Jiménez D, Vega Escaño J, Curcio F, Pérez-Jiménez JM, de-Diego Cordero R. Quality of work life, resilience, gratitude and social support in workers of a city council: a descriptive cross-sectional study. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1): 45-62.

**Conflicto de intereses:** The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article. **Fuentes de financiación:** This study did not receive any financial support. **Contribución de autoría:** CFG, DPJ, JVE and RDC contributed to the design and conception of the study; CFG was responsible for data collection and DPJ analysed the data. DPJ, FC and JPJ interpreted the data. CFG and DPJ drafted the manuscript. JVE, RDC, FC and JPJ critically revised it. All authors approved the final version and submission to the journal.

# Original

## Abstract

**Objectives:** The quality of work life influences the well-being, productivity, and satisfaction of workers. The aim of this study was to analyse the associations between resilience, gratitude, social support, sociodemographic, occupational, and health factors with quality of work life among municipal employees.

**Methods:** A cross-sectional descriptive analysis was conducted on 374 municipal employees between June and November 2023. Sociodemographic, health, and lifestyle variables, occupational factors, the gratitude questionnaire, and scales of resilience, social support, and quality of work life were collected. A sequential multiple linear

regression was performed to assess the associations of the collected variables with the quality of work life. The study was approved by the Bioethics Committee of Granada (record number 5/23).

**Results:** Significant relationships were found between quality of work life and perceived health, experience, resilience, gratitude, social support, and levels of stress and job satisfaction.

**Conclusions:** Resilience, gratitude, social support, lower stress, and higher job satisfaction are positively associated with better quality of work life. Occupational health nursing plays a key role in improving well-being in the work environment, using tools such as social support, gratitude, and recognition.

## Key words

Occupational health, social support, psychological resilience, quality of life, gratitude (free term), occupational health nursing.

# Calidad de vida laboral, resiliencia, gratitud y apoyo social en los trabajadores de un ayuntamiento: un estudio descriptivo transversal

## Resumen

**Objetivos:** La calidad de vida laboral influye en el bienestar, la productividad y la satisfacción de los trabajadores. Nuestro objetivo fue analizar las asociaciones entre resiliencia, gratitud, apoyo social y factores sociodemográficos, ocupacionales y de salud y la calidad de vida laboral de empleados de un ayuntamiento.

**Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo transversal con 374 empleados municipales entre junio y noviembre de 2023. Se recopilaron variables sociodemográficas, de salud y estilo de vida, factores ocupacionales, el cuestiona-

rio de gratitud y escalas de resiliencia, apoyo social y calidad de vida laboral. Se realizó una regresión lineal múltiple secuencial para evaluar la asociación de las variables recopiladas en la calidad de vida laboral. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Granada (número de registro 5/23).

**Resultados:** Se encontraron relaciones significativas entre la calidad de vida laboral y la salud percibida, la experiencia, la resiliencia, la gratitud, el apoyo social y los niveles de estrés y satisfacción laboral.

## Palabras clave

Salud laboral, apoyo social, resiliencia psicológica, calidad de vida, gratitud (término libre), enfermería del trabajo.

## Introduction

Quality of Work Life (QoWL) promotes health, positive attitudes within the organization, and optimal working and personal conditions (1). It refers to the part of overall quality of life that is affected by work, that is, the framework in which a worker evaluates how work influences their life.

There are six key factors related to QoWL: job and professional satisfaction, general well-being, work-related stress, control at work, work-life balance, and working conditions (2).

In current occupational psychology, identifying the relationships between job characteristics and psychological well-being is essential. Over the past two decades, positive psychology has investigated human strengths and virtues, establishing itself as a science that studies positive experiences, positive individual traits, and institutions that foster these aspects. This discipline has influenced areas such as education, healthcare, and economics, and interventions based on positive psychology have shown positive effects on mental health and well-being. Recently, these interventions have also been incorporated into the field of occupational health (3,4).

In this regard, the concept of gratitude is one of the most studied concepts in recent years. Di Fabio et al. present it as a multidimensional construct and cite McCullough et al. to define it as "a tendency to recognize and respond with grateful emotion to the roles of other people in positive experiences." (5). Thus, research on gratitude in work environments has been growing, and a correlation between workplace gratitude and job satisfaction has been evidenced (6).

On the other hand, resilience in the workplace refers to the ability of some workers to recover from adverse situations, functioning as a positive compensatory factor against stress, burnout, and emo-

tional overload. This resilience is complemented by workers' resources to face adversity, such as emotional and personal support (7,8).

Work-life balance is a key factor that influences QoWL and is positively related to job satisfaction (9). Employees who achieve a good balance experience less stress, perceive better health, and are more motivated, which translates into greater job satisfaction and a higher commitment to the organization. In this way, companies that promote work-life balance policies, such as flexible schedules and organizational support, tend to improve employee satisfaction and commitment, which is reflected in higher talent retention and productivity.

Similarly, working conditions have a direct and significant impact on QoWL. Control over work is a determining factor. Employees who have greater autonomy to organize their tasks and manage their schedules tend to experience a significant improvement in their overall well-being. This autonomy not only reduces stress levels but also promotes greater job satisfaction, as they feel more empowered to make decisions that directly affect their performance and productivity (10).

These factors positively impact QoWL as they create a healthier and more effective work environment (10). When working conditions are adequate, the work environment is perceived as a place of growth, motivation, and well-being, which improves both personal and work quality of life.

Within this context, occupational health and community nurses occupy a strategic position to promote QoWL by integrating health promotion, risk prevention and psychosocial care in the workplace. As the professionals who most frequently and closely interact with workers, they play a crucial role in early identification of psychosocial risks, work-related stress and imbalance between job demands and

personal resources, and in implementing evidence-based interventions aimed at improving well-being, participation and working conditions. International frameworks highlight occupational health nursing as a key discipline in workplace health management, with responsibilities that include health surveillance, counselling, education for healthy lifestyles and advocacy for safer and more participatory work environments, all of which contribute to better QoWL and working conditions. In addition, nursing-led programmes that incorporate elements of positive psychology, such as resilience training, stress management and gratitude or recognition-based strategies, have been associated with improvements in professional quality of life, general well-being and work engagement among health professionals, suggesting that similar approaches may be beneficial for other occupational groups (11-13).

Given the multifactorial nature of Quality of Work Life (QoWL) and the importance of assessing its level, we aimed to analyse the associations of resilience, gratitude, social support, and other sociodemographic, occupational, health, and lifestyle factors with QoWL among municipal employees.

## Methods

### Design, population and sample

A descriptive cross-sectional analysis, following the STROBE statement, was carried out on 374 workers of a city council between June and November 2023.

- *Sample size*

For an estimate of 531,850 workers in Spanish municipalities (14) and a maximized proportion of 50%, the sampling error amounted to 5.06% (95% confidence level). This percentage is within the minimum recommended error rate (between 3 and 8%).

### Variables and measurements

The following variables and categories were collected:

- **Sociodemographic:** Sex (male, female), age (quantitative), marital status (married, divorced, domestic partner, partner without legal relationship, legally separated, single and widowed) and educational level (primary education, secondary education, intermediate vocational training, higher vocational training, Baccalaureate and University).
- **Health and lifestyle habits:** leisure-time physical activity (I do not do, occasional, several times a month and several times a week), sedentary lifestyle outside work (quantitative, in minutes), perceived health (very bad, bad, fair, good and very good) and BMI (quantitative).
- **Labor:** Job group (none, social-health care, administration, legal and technical assistance, administrative management, manual operators, music band and law enforcement), type of workday (shift, continuous morning, variable, reduced, flexible, morning and afternoon, continuous afternoon, split and 24-hour), sedentary work (quantitative, in minutes), total experience (quantitative, in months), experience in the current position (quantitative, in months), occupational-time physical activity (sitting, walking with some weight, standing, making great efforts), absenteeism in the last year (no absenteeism, 1 to 30 days, more than 31 days), flexible working hours (yes, no), level of job stress (very stressful, quite stressful, moderate, almost none and none) and level of job satisfaction (not at all satisfactory, almost none, moderate, quite satisfactory and very satisfactory).

- **Scales and questionnaires:** Resilience Scale (RS-14), Gratitude Questionnaire (GQ-6), Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (Duke-UNC), and Work-Re-

lated Quality of Life Questionnaire (WRQoL QNR v23), all in their Spanish versions.

### Ethical and Legal Considerations

This research received favorable approval from the Bioethics Committee of Granada on May 30, 2023, under record number 5/23, and was conducted in accordance with the latest version of the Declaration of Helsinki and Laws 14/2007 and 41/2002.

The collected data were processed in accordance with the General Data Protection Regulation (GDPR) of the European Union and Organic Law 3/2018, of December 5, on the Protection of Personal Data and guarantee of digital rights (LOPDGDD).

### Statistical Analysis

Qualitative variables were summarized using frequencies and percentages, while quantitative variables were summarized using the mean and standard deviation or median and interquartile range. For univariate analysis between categorical variables, the Chi-squared test or Fisher's exact test was used.

Between dichotomous and quantitative variables, the Mann-Whitney U test was applied due to the non-normality of the sample, or the independent samples t-test was used otherwise. To study the univariate relationship between QoWL and the other variables, one-way ANOVA tests, Kruskal-Wallis test with post-hoc analysis, and Spearman's Rho correlation were used.

To assess normality, the Kolmogorov-Smirnov test was used.

### Sequential Hierarchical Multiple Linear Regression Analysis

A sequential or hierarchical multiple linear regression was performed following a theoretically-driven, evidence-based framework. The sequential entry of variable blocks followed an ecological model reflecting the hierarchical organization of factors influencing QoWL: Block 1 (Primary Occupational Outcome) Job Satisfaction, the strongest univariate predictor ( $\rho = 0.743$ ,  $p < 0.001$ ); Blocks 2-4 (Positive Psychology Psychosocial Factors) Resilience, Gratitude, and Social Support, representing evidence-based interventions; Block 5 (Occupational Stressors) Job Stress, complementing and contextualizing positive psychology constructs; and Block 6 (Sociodemographic Moderators) Marital Status. This hierarchical arrangement showed progressive improvement in explained variance from  $R^2$  adjusted = 0.199 to  $R^2$  adjusted = 0.680 ( $F(17,334) = 44.9$ ,  $p < 0.001$ ).

### Variable selection and elimination criteria

All variables that reached statistical significance ( $p < 0.05$ ) in univariate analysis (Table 2) were initially included in the multivariable model. Variables not contributing meaningfully to explained variance ( $\Delta$  adjusted  $R^2 < 0.01$ )—occupational physical activity and schedule flexibility—were removed. Subsequently, variables failing to reach significance in the omnibus ANOVA test ( $p > 0.10$ )—job experience, educational level, perceived health, and type of work shift—were eliminated. The final parsimonious model retained six variables: resilience ( $\beta = 0.171$ ,  $p = 0.002$ ), gratitude ( $\beta = 0.329$ ,  $p = 0.009$ ), social support ( $\beta = 0.224$ ,  $p = 0.001$ ), job stress (omnibus ANOVA  $p < 0.001$ ), job satisfaction (omnibus ANOVA  $p < 0.001$ ), and marital status (omnibus ANOVA  $p = 0.004$ ), explaining 68.0% of QoWL variance.

## Sensitivity Analyses

Sensitivity analyses were performed for variables with >5% missing values (educational level, occupational group, absenteeism, occupational and non-occupational sedentary behavior) by comparing models with and without missing cases. Results demonstrated robust model stability with no substantial changes in statistical significance or parameter estimates. One extreme outlier (ID 330, standardized residual >3 SD) was removed prior to final analysis.

## Assumptions Testing

All regression assumptions were formally tested: Durbin-Watson autocorrelation test (DW = 2.01,  $p = 0.944$ ; no autocorrelation); linear relationships confirmed; homogeneity of variance assessed visually and through Goldfeld-Quandt test ( $p = 0.152$ ); multicollinearity ruled out (all VIF <1,25, tolerance >0.80); influential cases absent per Cook's distance and leverage analyses; residual normality confirmed (Shapiro-Wilk:  $W = 0.997$ ,  $p = 0.700$ ; Kolmogorov-Smirnov:  $p = 0.619$ ).

The data were analysed using SPSS version 26 (IBM Corp., 2019) and Jamovi version 2.4.11 (The Jamovi Project, 2023).

## Results

Table 1 shows the descriptive analysis by gender. Women have a higher percentage of university education (88.65%,  $p < 0.001$ ), higher percentages in socio-health and administrative positions than men, and lower percentages in manual positions or in security forces ( $p < 0.001$ ). They are less likely to engage in leisure-time physical activity (15.4% versus 2.6%,  $p < 0.001$ ), more likely to perform their work mainly seated (91.1%,  $p < 0.001$ ), and more likely to work primarily in the morning (82.6%,  $p < 0.001$ ). Women also perceive worse health (higher percentages in the very poor, poor, and fair categories,  $p = 0.009$ ), have lower levels of resilience ( $p = 0.019$ ), and higher levels of gratitude ( $p = 0.031$ ).

The analysis of the relationship between QoWL and the other variables can be found in Table 2. Very significant relationships ( $p < 0.001$ ) are obtained with perceived health, job experience, resilience, gratitude, social support, and levels of job stress and satisfaction. Relationships are also observed with marital status ( $p = 0.041$ ), educational level ( $p = 0.035$ ), occupational-time physical activity ( $p = 0.039$ ), and both schedule flexibility and type of work shift ( $p = 0.024$  in both cases).

**Table 1.** Descriptive analysis according to sex (N=374)

Variable	Categorías	Men		Women		p value
		n	%	n	%	
<b>Marital status</b> (H=156. M=214)	Married	105	67.3%	125	58.4%	0.248
	Divorced	12	7.7%	25	11.7%	
	Domestic partner	6	3.8%	6	2.8%	
	Partner without legal relationship	17	10.9%	25	11.7%	
	Legally separated	2	1.3%	1	0.5%	
	Single	14	9.0%	28	13.1%	
	Widowed	0	0.0%	4	1.9%	

→

Variable	Categorías	Men		Women		p value
		n	%	n	%	
<b>Educational level</b> (H=147. M=193)	Primary education	1	0.7%	1	0.5%	<0.001
	Secondary education	11	7.5%	0	0.0%	
	Intermediate vocational training	13	8.8%	5	2.6%	
	Higher vocational training	12	8.2%	6	3.1%	
	Baccalaurate	20	13.6%	10	5.2%	
	University	90	61.2%	171	88.6%	
<b>Job group</b> (H=145. M=197)	None	6	4.1%	12	6.1%	<0.001
	Social-health care	10	6.9%	28	14.2%	
	Administration	70	48.3%	126	64.0%	
	Legal and technical assistance	8	5.5%	11	5.6%	
	Administrative management	10	6.9%	12	6.1%	
	Manual operators	13	9.0%	4	2.0%	
	Music band	1	0.7%	0	0.0%	
	Law enforcement	27	18.6%	4	2.0%	
	<b>Job satisfaction</b> (H=155. M=207)	Not at all satisfactory	2	1.3%	8	
Almost none satisfactory		14	9.0%	15	7.2%	
Moderate satisfactory		46	29.7%	68	32.9%	
Quite satisfactory		57	36.8%	80	38.6%	
Very satisfactory		36	23.2%	36	17.4%	
<b>Leisure-time physical activity</b> (H=156. M=214)	I do not do	4	2.6%	33	15.4%	<0.001
	Occasional	37	23.7%	48	22.4%	
	Several times a month	26	16.7%	41	19.2%	
	Several times a week	89	57.1%	92	43%	
<b>Level of job stress</b> (H=156. M=212)	Very stressful	16	10.3%	29	13.7%	0.785
	Quite stressful	38	24.4%	46	21.7%	
	Moderate stressful	81	51.9%	98	46.2%	
	Almost none stressful	18	11.5%	32	15.1%	
	None stressful	3	1.9%	7	3.3%	
<b>Perceived health</b> (H=157. M=213)	Very bad	0	0%	1	0.5%	0.009
	Bad	2	1.3%	6	2.8%	
	Fair	23	14.6%	54	25.4%	
	Good	102	65%	120	56.3%	
	Very good	30	19.1%	32	15%	

Variable	Categories	Men		Women		p value
		n	%	n	%	
<b>Occupational-health physical activity</b> (H=156. M=213)	Sitting	102	65.4%	194	91.1%	<0.001
	Walking with some weight	24	15.4%	12	5.6%	
	Standing	7	4.5%	6	2.8%	
	Making great efforts	23	14.7%	1	0.5%	
<b>Flexible working hours</b> (H=157. M=213)	Yes	78	49.7%	137	64.3%	0.005
	No	79	50.3%	76	35.7%	
<b>Type of work day</b> (H=156. M=213)	Shift	44	28.2%	10	4.7%	<0.001
	Continuous morning	80	51.3%	176	82.6%	
	Variable	17	10.9%	7	3.3%	
	Reduced	1	0.6%	7	3.3%	
	Flexible	2	1.3%	5	2.3%	
	Morning and afternoon	6	3.8%	3	1.4%	
	Continuous afternoon	5	3.2%	4	1.9%	
	Split	0	0%	1	0.5%	
<b>Absenteeism</b> (H=138. M=187)	No absenteeism	73	52.9%	104	55.6%	0.402
	1 to 30 days	45	32.6%	65	34.8%	
	More than 31 days	20	14.5%	18	9.6%	
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	
<b>Resilience (H=157. M=215)</b>		76.3	11.4	74	10.8	0.019
<b>Age (H=155. M=211)</b>		52	6.8	50	7.8	0.413
<b>Total work experience (H=155. M=208)</b>		278	106	250	122	0.024
		<b>Med</b>	<b>IQR</b>	<b>Med</b>	<b>IQR</b>	
<b>Sedentary work time (minutes) (H=145. M=204)</b>		480	300	540	150	<0.001
<b>Sedentary leisure time (min.)(H=147. M=203)</b>		300	220	250	180	0.545
<b>Job experience (H=156. M=210)</b>		132	161	96	162	0.006
<b>Social Support (H=157. M=215)</b>		44	44	44	44	0.949
<b>BMI (H=154. M=210)</b>		26	4.03	23	4.4	<0.001
<b>Gratitude (H=157. M=215)</b>		32	6.25	34	7	0.031
<b>QoWL (H=157. M=215)</b>		86	23.3	86	22	0.842

Own elaboration

Table 2. Relationship between QoWL and other variables		
	$\chi^2/\text{Rho}$	p value
Age	-0.062	0.236
Marital status	12.8	0.046
Educational level	13.4	0.02
BMI	0.063	0.231
Leisure-time physical activity	0.079	0.128
Perceived health	0.354	<0.001
Absenteeism	2.46	0.482
Occupational-time physical activity	10	0.019
Sedentary work time (minutes)	-0.028	0.599
Sedentary leisure time (minutes)	-0.048	0.366
Schedule flexibility	5.48	0.019
Type of work shift	16	0.042
Job group	9.48	0.148
Job experience	-0.195	<0.001
Total work experience	-0.115	0.028
Resilience	0.46	<0.001
Gratitude	0.307	<0.001
Social support	0.384	<0.001
Job stress	0.432	<0.001
Job satisfaction	0.743	<0.001

Own elaboration

The final parsimonious model retained six variables: resilience ( $\beta = 0.171$ ,  $p = 0.002$ ), gratitude ( $\beta = 0.329$ ,  $p = 0.009$ ), social support ( $\beta = 0.224$ ,  $p = 0.001$ ), job stress (omnibus ANOVA  $p < 0.001$ , all categories significant vs. reference), job satisfaction (omnibus ANOVA  $p < 0.001$ , all categories), and marital status (omnibus ANOVA  $p = 0.004$ ), explaining 68.0% of QoWL variance ( $F(17,334) = 44.9$ ,  $p < 0.001$ ). Table 3 presents complete coefficient information including standardized betas, standard errors, 95% confidence intervals, and variance inflation factors.

## Discussion

We aimed to analyse the associations of resilience, gratitude, social support, and other sociodemographic, occupational, health, and lifestyle factors with QoWL among municipal employees.

We found that job satisfaction showed the strongest association with QoWL, followed by stress levels, social support, resilience, and gratitude. We also found a relationship with certain marital status categories.

Among women, a higher percentage of university education (88.65%,  $p < 0.001$ ) stands out, which is also reflected in the OCDE's "Education at a Glance 2023" report. This may be due to factors such as

**Table 3.** Sequential multiple linear regression analysis

Predictor	95% CI					
	Estimator	EE	Inf.	Sup.	t	p
<b>Constant</b> <sup>a</sup>	21.115	48.857	115.044	30.726	4.322	<.001
<b>Resilience</b>	0.171	0.0542	0.0648	0.278	3.163	0.002
<b>Gratitude</b>	0.329	0.1255	0.0818	0.575	2.619	0.009
<b>Social Support</b>	0.224	0.0696	0.0866	0.361	3.210	0.001
<b>Job stress</b>						
<b>Quite stressful - Very stressful</b>	2.143	18.400	-14.769	5.762	1.164	0.245
<b>Moderate stressful - Very stressful</b>	5.787	17.345	23.755	9.199	3.337	<.001
<b>Almost none stressful - Very stressful</b>	7.601	21.016	34.671	11.735	3.617	<.001
<b>None stressful - Very stressful</b>	12.815	34.330	60.622	19.568	3.733	<.001
<b>Job satisfaction</b>						
<b>Almost none satisfactory - Not at all satisfactory</b>	6.392	36.415	-0.7714	13.555	1.755	0.08
<b>Moderate satisfactory - Not at all satisfactory</b>	18.932	33.043	124.317	25.431	5.729	<.001
<b>Quite satisfactory - Not at all satisfactory</b>	30.409	33.707	237.787	37.040	9.022	<.001
<b>Very satisfactory - Not at all satisfactory</b>	37.258	35.539	302.667	44.248	10.483	<.001
<b>Marital status</b>						
<b>Divorced - Married</b>	-1.197	16.877	-45.164	2.123	-0.709	0.479
<b>Domestic partner - Married</b>	-0.35	27.931	-58.445	5.144	-0.125	0.9
<b>Partner without legal relationship - Married</b>	-3.439	16.064	-65.988	-0.279	-2.141	0.033
<b>Legally separated - Married</b>	-19.569	54.946	-303.775	-8.761	-3.561	<.001
<b>Single - Married</b>	-3.561	16.485	-68.037	-0.318	-2.160	0.031
<b>Widowed - Married</b>	1.840	67.644	-114.666	15.146	0.272	0.786

<sup>a</sup> Represents the reference level. Own elaboration

greater access to education, changes in social and cultural norms, and new inclusive educational policies (15).

In the distribution of employment by gender, we observe higher percentages of women in socio-health and administrative positions and lower percentages in manual jobs and in law enforcement and security forces. This distribution aligns with the data from the Active Population Survey of the National Statistics Institute. Regarding law enforcement and security forces in local administration, it is worth noting the high masculinization of this group, as highlighted by Galvez Muñoz in 2017 in his analysis of the mechanisms and barriers

to access and promotion for women and men in the Andalusian local police forces (16). This could be due to historical, social, and cultural factors such as gender stereotypes, physical access requirements, work culture, lack of role models, and occupational segregation. The combination of these factors has resulted in a majority presence of men in fire departments and local police forces. In recent decades, efforts have been made to reduce this gap and promote greater inclusion of women in these fields. For example, the Granada City Council's 2019 awareness campaign "porque me lo pide el cuerpo" aimed to reduce the high masculinization of these bodies in Granada's local administration.

Work life in Spain is mainly sedentary, according to the 2017 National Health Survey (ENSE2017) (17). The proportion of men and women who report spending most of their main activity sitting is very similar. In this regard, we found that women primarily perform their work activities sitting, which could be explained by the positions they occupy (socio-health and administrative roles); additionally, they mainly work morning shifts. This could be due to the jobs that, as mentioned earlier, women hold in greater proportion, and it may also be due to the choice of this work shift for family reconciliation reasons, as it allows better compatibility between work and personal and family responsibilities (18).

Regarding leisure-time physical activity, we found lower percentages among women, which confirms the trend observed by the WHO that women generally tend to be less physically active than men in Europe (19). The lower percentage of women engaging in leisure-time physical activity compared to men may be influenced by cultural and social factors that assign women a predominant role in home and family care. This role assignment leads to women traditionally taking on the majority of domestic tasks, reducing their leisure time and exercise, as confirmed by the main results of the time use surveys from the National Statistics Institute and the latest survey from the Center for Sociological Research (CIS) in November 2023 (20,21). These surveys show that women spend more time than men on household chores and childcare, thus having less free time. Similarly, the 2021 time use survey conducted by the Valencian Community also highlights how gender roles affect time management, workload, and activity distribution, impacting women's personal availability and quality of life (22).

Regarding health perception, Megan Willerth et al. (2020) concluded a study that female gender roles are associated with poor self-rated health, which supports our

finding that women perceive their health to be worse than men in the studied population (23). Additionally, according to the 2020 European Health Survey in Spain (24), men tend to report better health status compared to women, which supports our similar finding. This perception may be influenced by a combination of biological, psychological, socioeconomic, and cultural factors.

Also related to gender differences, we found that women had significantly lower levels of resilience and higher levels of gratitude than men. Our results align with those of Agnieszka and collaborators (25), which highlight the underlying transculturality, where gender roles explain much of the results: women's greater sensitivity, emotionally speaking, is related to empathy, and therefore to being more grateful. However, in men, empathy (and compassion) could be interpreted as emotional weakness, potentially threatening their masculinity. Regarding resilience, men show greater personal competencies to cope with difficulties, as well as higher tolerance for failure, perhaps due to a perception of life as a challenge, and higher levels of optimism. In contrast, women seem to need external support, mainly from family, to be resilient (26). In both genders, the ability to be flexible, open to new experiences, and face challenges positively is related to higher levels of gratitude (25). However, in our opinion, the social evolution of women in society should also be considered. Women now have higher educational levels (in our sample, women have more university degrees) and greater access to jobs that allow them to be economically independent or contribute equally to the family unit, which could be influencing their levels of gratitude. And it is precisely this, along with the traditional roles of women as caregivers of the family unit, that could be undermining their level of resilience. These aspects deserve longitudinal studies to assess generational evolution in this regard and require complex multidimensional and multifactorial approaches.

As expected, we found significant relationships between QoWL and work-related variables such as experience, stress levels, job satisfaction, type of workday, or schedule flexibility. Since our work life occupies a large part of the day, we also found a weak association with perceived health ( $\rho = 0.354, p < 0.001$ ). This modest correlation reflects the multifactorial nature of health, where work factors are just one of many contributors to perceived health status. The relationship between quality of life and work variables is enhanced when considering well-established factors such as work stress or job satisfaction, with a strong association for the latter variable ( $\rho=0.74, p<0.001$ ) (27).

Although the study found a relationship between QoWL and physical activity at work, educational level, and marital status, the strength of the association was very low, and the pairwise relationships were lost in the post-hoc analysis. When relating QoWL with gratitude, the strength of the association was weak (0.307,  $p<0.001$ ), somewhat higher but still weak with social support (0.384,  $p<0.001$ ), and moderate with resilience (0.46,  $p<0.001$ ).

Although gratitude shows a weak to moderate association with well-being ( $\rho = 0.307, p < 0.001$ ), evidence-based interventions in this area have demonstrated beneficial effects, such as keeping a journal, sending a thank-you letter, or visiting the recipient (28). Therefore, despite the modest statistical strength, gratitude represents a modifiable psychosocial factor that occupational health nurses can target in workplace interventions. Social and workplace support show moderate associations with worker well-being ( $\rho = 0.384, p < 0.001$ ). While this correlation is modest in strength, social support remains a modifiable psychosocial resource that can be targeted through occupational health nursing interventions. The importance of social support in our sample may be further influenced by the civil servant nature

of the working population, which provides a sense of job security in our environment, and by the characteristics of our culture, where personal and family support is very important. These aspects should also be considered in future studies.

Regarding the relationship between QoWL and resilience, the association between the latter and positive cognition in terms of job satisfaction has been proven (19), as we also demonstrated through our main result of the multivariate analysis. Employees with high levels of resilience have high levels of self-efficacy, and therefore the negative impact of criticism, negative feedback, and even repeated failure is lower (19), which implies a more favorable work climate and thus a higher QoWL. It is a climate of appreciation, gratitude, and facilitation that mediates the relationship between resilience as a trait and resilient behavior at work (19), an environment that exists in our context due to the characteristics of civil servant employability, the family environment, and the tolerance and well-being provided by the employer.

As we mentioned regarding satisfaction, the sequential or hierarchical linear regression explained 68% of the variability and highlighted that this variable shows the strongest association, followed by stress, social support, resilience, and gratitude (in this order) with QoWL in our sample.

Some significant associations were also found, although with less strength, in categories related to marital status, indicating that separated or single individuals report lower QoWL than married individuals. Although marital status is a variable commonly included within the sociodemographic variables of studies, there are not many studies that specifically analyse the relationship between QoWL and marital status. Studies that analyse the relationship between marital status and job satisfaction, a variable clearly related to quality of life, are more common, although with variable

results among authors where the sociocultural environment plays an important role (29). Marital status, as an emotional state, present in gratitude, resilience, and social support, should be specifically valued in studies due to its intimate interrelation (30).

Being or feeling grateful, being able to adapt and recover from adverse situations, seeking or having social support, being subjected to stress, and feeling job satisfaction are interrelated variables connected to the perceived level of QoWL. Occupational health services should pay attention to all of these to ensure a positive influence on workers' health levels.

Occupational health and community nurses are in a strategic position to design and coordinate workplace programmes that combine health education, early identification of psychosocial risks and tailored support for workers exposed to high demands or low perceived QoWL. Several workplace interventions implemented in diverse occupational settings have shown that multimodal programmes including resilience-building activities, stress-management training, mindfulness-based strategies or organisational changes can improve psychological well-being, reduce perceived stress and enhance work engagement, indicating that similar approaches could be adapted to municipal work environments. Positive psychology and gratitude-based programmes, including brief recognition exercises, peer-support initiatives and structured activities to foster appreciation and collegiality, have shown beneficial effects on well-being, resilience and perceived support in different worker populations, which supports their potential value in municipal organisations (13,31).

Our findings also highlight gratitude and social support as modifiable psychosocial resources that can be incorporated

into occupational health nursing interventions aimed at promoting emotional well-being and improving QoWL among municipal staff. The integration of these factors into comprehensive workplace health promotion plans enables nurses to address the complex, multifactorial nature of quality of work life at both individual and organizational levels(10,11).

### Limitations and Strengths

The limitations of our study are primarily related to its design; cross-sectional studies cannot establish causal relationships. Additionally, as highlighted, sociocultural and socioeconomic variables that might be related were not collected.

Furthermore, the study was conducted exclusively in a public-sector municipal organization, where job stability, employment protections, and organizational characteristics differ substantially from private-sector environments. The high level of job security inherent to public employment may favorably influence resilience, gratitude, and social support levels, potentially limiting the generalizability of associations found in this population. Findings should be interpreted cautiously when considering applicability to other occupational settings, particularly private-sector organizations where job precarity, organizational culture, and psychosocial risk profiles may substantially differ. Future research should examine whether the associations identified in this stable public-sector context remain consistent in more heterogeneous employment situations.

On the other hand, to our knowledge, we have not found similar studies that analyse the variables and scales used in a population like ours, with a sufficiently representative sample and a limited margin of error that allows for the validation of the results.

## Conclusion

Resilience, gratitude, social support, lower stress levels, and higher job satisfaction are significantly associated with the quality of work life among municipal employees in a Spanish municipality.

### Applying Research to Occupational Health Practice

Occupational health nurses can implement evidence-based interventions targeting the psychosocial determinants identified in this study. For resilience ( $\beta = 0.171$ ,  $p = 0.002$ ), practical strategies include structured debriefing sessions following critical incidents, mindfulness-based stress reduction workshops, cognitive reframing coaching, and peer mentoring programs. Although gratitude

shows a weak to moderate association ( $\rho = 0.307$ ), cost-effective interventions such as recognition platforms, gratitude journaling, appreciation ceremonies, and manager training programs warrant implementation. Similarly, social support ( $\rho = 0.384$ ) can be enhanced through peer mentoring, team-building activities, support groups, counseling services, and supervisor training in supportive communication. Integration of these individual-level interventions alongside organizational measures—such as improved communication, participatory decision-making, and flexible work arrangements—enables occupational health nurses to address quality of work life at both individual and organizational levels. Regular assessment using validated instruments (RS-14, GQ-6, Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire) ensures program effectiveness and sustainability.

## References

1. Matabanchoy-Tulcán SM, Álvarez-Pabón KM, Riobamba-Jiménez OD. Efectos de la evaluación de desempeño en la calidad de vida laboral del trabajador: Revisión del tema entre 2008-2018. *Univ y Salud* [Internet]. 2019 Apr 16 [cited 2024 Sep 12];21(2):176-87. Available from: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3927/5296>
2. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 Nov [cited 2024 Sep 12];60(3):325-33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17908128/>
3. Sakuraya A, Imamura K, Watanabe K, Asai Y, Ando E, Eguchi H, et al. What Kind of Intervention Is Effective for Improving Subjective Well-Being Among Workers? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychol* [Internet]. 2020 Nov 13 [cited 2025 Dec 12];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33281653/>
4. Martínez-Martínez K, Cruz-Ortiz V, Llorens S, Salanova M, Leiva-Bianchi M. Systematic Review and Meta-Analysis of Positive Psychology Interventions in Workplace Settings. *Soc Sci* 2025, Vol 14, Page 481 [Internet]. 2025 Aug 4 [cited 2025 Dec 12];14(8):481. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-0760/14/8/481/htm>

5. Di Fabio A, Palazzeschi L, Bucci O. Gratitude in organizations: A contribution for healthy organizational contexts. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2025 Dec 12];8(NOV):312642. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02025>
6. Aghababaei N, Akbarilakeh M, Ahmady S, Arbabisarjou A, Ghaempanah Z. Translation and Validation of Iranian Version of the Gratitude at Work Scale (GAWS). *J Relig Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 12];63(5):3778-92. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02101-9>
7. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2024 Sep 12];76:18-27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
8. Robles-bello A. Escala de Resiliencia 14 ítems ( RS-14 ): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español 14-item Resilience Scale ( RS-14 ): Psychometric Properties of the Spanish Version Resumen. 2014 [cited 2024 Sep 12];2:103-13. Available from: <https://hdl.handle.net/10481/98089>
9. Gragnano A, Simbula S, Miglioretti M. Work-life balance: weighing the importance of work-family and work-health balance. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Sep 17];17(3):907. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/907/htm>
10. Marecki Ł. Impact of work-life balance on employee productivity and well-being. *J Manag Financ Sci* [Internet]. 2024 Jul 2 [cited 2024 Sep 17];(50). Available from: <https://doi.org/10.33119/JMFS.2023.50.9>
11. Cohen C, Pignata S, Bezak E, Tie M, Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2023 Jun 1;13(6):e071203. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/13/6/e071203.abstract>
12. Courgenoult C, Pasquet C. [The occupational health nurse, a key player in quality of life in the workplace]. *Rev Infirm* [Internet]. 2024;73(303):43-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2024.07.013>
13. Amaya M, Gómez-Salgado J, Gómez-García AR, Escobar-Segovia K. Global research trends in workplace health promotion, 1983 to 2024: A bibliometric exploration. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2025 Oct;104(41):e44747. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000044747>
14. Ministerio para la transformación digital y de la función pública. Boletín Estadístico del Personal al servicio de las Administraciones Públicas [Internet]. 2022 p. 1-4. Available from: [https://funcionpublica.digital.gob.es/dam/es/portalsefp/funcion-publica/Ultimas-Novedades/2023/NoticiaBEPsAPEnero2023\\_v2.pdf.pdf](https://funcionpublica.digital.gob.es/dam/es/portalsefp/funcion-publica/Ultimas-Novedades/2023/NoticiaBEPsAPEnero2023_v2.pdf.pdf)
15. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Panorama de la educación Indicadores de la OCDE [Internet]. Inee. 2022 [cited 2024 Sep 3]. 100 p. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/panorama-de-la-educacion\\_20795793](https://www.oecd-ilibrary.org/education/panorama-de-la-educacion_20795793)

16. Carrasco Lancho F, Criado Garrido M. La lenta normalización de la presencia de mujeres en los Cuerpos de Seguridad [Internet]. 2003 [cited 2024 Sep 3]. 476 p. Available from: [https://ws199.juntadeandalucia.es/almacen/libros/La\\_lenta\\_Normalizacion/files/assets/basic-html/index.html#1](https://ws199.juntadeandalucia.es/almacen/libros/La_lenta_Normalizacion/files/assets/basic-html/index.html#1)
17. Ministerio de Sanidad C y BS. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Año 2017. Serie informes monográficos 2- Actividad física, descanso y ocio [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2017 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
18. EPA. INEbase / Mercado laboral /Actividad, ocupación y paro /Encuesta de población activa / Últimos datos [Internet]. INE. 2020 [cited 2024 Sep 3]. p. 59-209. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595)
19. Caniëls MCJ, Hatak I, Kuijpers KJC, de Weerd-Nederhof PC. Trait resilience and resilient behavior at work: The mediating role of the learning climate. *Acta Psychol (Amst)* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Aug 30];228. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103654>
20. INE. Productos y Servicios / Publicaciones / Colección Cifras INE [Internet]. Cifras INE. 2020 [cited 2024 Sep 3]. Available from: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259925112519&p=1254735116567&page-name=ProductosYServicios%2FPYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259925112519&p=1254735116567&page-name=ProductosYServicios%2FPYSLayout)
21. CIS. Las mujeres dedican el doble de tiempo al cuidado de los hijos que los hombres [Internet]. Centro de Investigaciones Sociológicas. 2024 [cited 2024 Sep 3]. Available from: <https://www.cis.es/-/las-mujeres-dedican-el-doble-de-tiempo-al-cuidado-de-los-hijos-que-los-hombres>
22. Alcañiz Moscardó M, Gómez Nicolau E, Sanfèlix Albelda J. Cronos generizado. Análisis de los usos del tiempo desde la perspectiva del género. *Mujer y Políticas Públicas* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 3];2(2):70-102. Available from: <https://doi.org/10.31381/mpp.v2i2.5809>
23. Willerth M, Ahmed T, Phillips SP, Pérez-Zepeda MU, Zunzunegui MV, Auais M. The relationship between gender roles and self-rated health: A perspective from an international study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2024 Aug 30];87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103994>
24. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Instituto Nacional de Estadística. 2020.
25. Agnieszka L, Katarzyna T, Sandra B. Empathy, resilience, and gratitude - Does gender make a difference? *An Psicol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 30];36(3):521-32. Available from: <https://doi.org/10.6018/analesps.391541>

26. González-Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL. Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2015 Aug [cited 2024 Aug 30];5(2):1996–2010. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(15\)30019-3](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(15)30019-3)
27. Shan B, Liu X, Gu A, Zhao R. The Effect of Occupational Health Risk Perception on Job Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Aug 30];19(4):2111. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042111>
28. Adair KC, Rodriguez-Homs LG, Masoud S, Mosca PJ, Bryan Sexton J. Gratitude at work: Prospective cohort study of a web-based, single-exposure well-being intervention for health care workers. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2024 Aug 30];22(5):e15562. Available from: <https://doi.org/10.2196/15562>
29. Ouyang YQ, Zhou W Bin, Xiong ZF, Wang R, Redding SR. A Web-based Survey of Marital Quality and Job Satisfaction among Chinese Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 Aug 30];13(3):216–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.07.001>
30. Weitzel EC, Glaesmer H, Hinz A, Zeynalova S, Henger S, Engel C, et al. What Builds Resilience? Sociodemographic and Social Correlates in the Population-Based LIFE-Adult-Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Dec 12];19(15):9601. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159601>
31. Townsley AP, Li-Wang J, Katta R. Healthcare Workers' Well-Being: A Systematic Review of Positive Psychology Interventions. *Cureus* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 9];Jan(15(1)):e34102. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.34102>

# Cross-sectional Analysis of the Relationship Between Unwanted Loneliness and Perceived Health in Users of Senior Centers

Lucía María Oya Mesa<sup>1</sup>, Cristina Sánchez Fernández<sup>2</sup>, José Manuel Alcayde Leyva<sup>3</sup>, Felice Curcio<sup>4</sup>, José Miguel Guzmán García<sup>5</sup>, Domingo de Pedro Jiménez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>University of Cádiz (Algeciras, Spain) – Department of Nursing. [luciaome14@gmail.com](mailto:luciaome14@gmail.com)

<sup>2</sup>University of Cádiz (Cádiz, Spain) – Department of Nursing and Physiotherapy. [cristina.sanchezfernandez@uca.es](mailto:cristina.sanchezfernandez@uca.es)

<sup>3</sup>University of Córdoba (Spain) – Faculty of Medicine and Nursing, Department of Nursing, Pharmacology and Physiotherapy. [n12allej@uco.es](mailto:n12allej@uco.es)

<sup>4</sup>University of Sassari (UNISS), Sassari, Italy – Faculty of Medicine and Surgery. [felice.curcio@aouss.it](mailto:felice.curcio@aouss.it)

<sup>5</sup>University of Córdoba (Spain) – same department as above. [92guzgj@uco.es](mailto:92guzgj@uco.es)

<sup>6</sup>University of Cádiz (Algeciras, Cádiz, Spain) – Faculty of Nursing. [domingo.depedro@mail.uca.es](mailto:domingo.depedro@mail.uca.es)

\*Autor de correspondencia: [n12allej@uco.es](mailto:n12allej@uco.es)

Manuscrito recibido: 16/09/2025

Manuscrito aceptado: 23/11/2025

## Cómo citar este documento

Oya Mesa LM, Sánchez Fernández C, Alcayde Leyva JM, Curcio F, Guzmán García JM, De Pedro Jiménez D. Cross-sectional Analysis of the Relationship Between Unwanted Loneliness and Perceived Health in Users of Senior Centers. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1): 63-86.

# Original

# Análisis transversal de la relación entre la soledad no deseada y la salud percibida en usuarios de centros de mayores

## Resumen

**Introducción:** La soledad no deseada es frecuente entre las personas mayores y tiene efectos negativos sobre su bienestar y su calidad de vida. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de la soledad no deseada y su relación con la percepción de la salud entre las personas mayores de 65 años que acuden a los centros de mayores de la Junta de Andalucía situados en la ciudad de Algeciras, Cádiz, España.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que se utilizó la Escala de Soledad Social Este II junto con otras variables sociodemográficas, económicas, de hábitos y de salud, recopiladas mediante cuestionarios en entrevistas personales en el Centro Residencial de Mayores y el Centro de Participación Activa I. Se realizó un análisis de correlación parcial ajustado por las variables que alcanzaron significación estadística. Se obtuvo la autorización del comité de ética de la Junta de Andalucía (código SICEIA-2024-000074).

**Resultados:** Se recogieron noventa cuestionarios de 21 hombres y 69 mujeres con edades comprendidas entre los 65 y los 95 años. El nivel educativo predominante era el de primaria, y el nivel de ingresos era inferior a 12000 euros al año. La prevalencia de la soledad se situaba por debajo de la media de la comunidad autónoma. La salud percibida mejora a medida que disminuyen los valores de soledad ( $p = 0,004$ ). El análisis de correlación entre la salud percibida y el nivel de soledad ajustado para las variables significativas mostró un valor de tendencia,  $p = 0,068$ .

**Conclusiones:** La prevalencia de la soledad no deseada en la ciudad de Algeciras es inferior a la prevalencia regional. El valor tendencial de significación estadística sugiere que los niveles más altos de soledad se asocian con una peor salud percibida. Es necesario aumentar el tamaño de la muestra y recopilar datos de más centros de usuarios para confirmar esta relación.

## Palabras clave

Soledad, aislamiento social, institucionalización, servicios de salud para ancianos, estado de salud.

## Abstract

**Introduction:** Unwanted loneliness is common among older adults, with negative effects on their well-being and quality of life. We aimed to determine the prevalence of unwanted loneliness and its relationship with perceived health among individuals over 65 years old who use senior centers of the Junta de Andalucía located in the city of Algeciras, Cádiz, Spain.

**Methods:** This is a cross-sectional descriptive study using the Este II Social Loneliness Scale along with other sociodemographic, economic, habit, and health variables, collected through questionnaires in personal interviews at the Residential Center for the Elderly and Active Participation Center I. A partial correlation analysis adjusted for variables that reached significance was performed. Ethical committee approval from the Junta de Andalucía was obtained (code SI-CEIA-2024-000074).

**Results:** Ninety questionnaires were collected from 21 men and 69 women aged between 65 and 95 years. The predominant education level was primary, and the income level was below 12,000 euros per year. The prevalence of loneliness was below the average for the autonomous community. Perceived health improves as loneliness values decrease ( $p=0.004$ ). The correlational analysis between perceived health and adjusted loneliness level for significant variables showed a trend value ( $p=0.068$ ).

**Conclusions:** The prevalence of unwanted loneliness in the city of Algeciras is lower than the regional prevalence. The trend value of statistical significance suggests that higher levels of loneliness are associated with worse perceived health. It is necessary to increase the sample size and collect data from more user centers to confirm this relationship.

## Key words

Loneliness, social isolation, institutionalization, health services for the aged, health status.

## Introduction

The population over 65 years old is growing at a faster rate than other population segments, a trend particularly relevant in Spain, where in June 2023, 20.27% of the population was over 65, surpassing the proportion of those aged 0-14 years (1). The World Health Organization (WHO) estimates that by 2050, the global population over 60 will double to 22% of the total, while those over 80 to 426 million (2).

Unwanted loneliness (UL) is defined as an absence of social contact, belonging, or a sense of isolation that can become painful (3), i.e., a perceived discrepancy between social needs and their availability in the environment (4). Conversely, from an objective point of view, it is defined as a lack of companionship and manifests as social isolation, which can be sought and does not necessarily have to be unpleasant (5).

UL is a major concern among older adults: one in three people over 60 years old worldwide reports feeling lonely frequently (6), and its prevalence among institutionalized patients reached 68.3% in 2021 (7). Institutionalization often triggers anxiety, fear, and a sense of abandonment due to separation from the home environment (8).

The WHO recognizes UL as an important risk factor harming both physical and mental health, making it a public health issue (9).

Neurobiological mechanisms related to aging, UL, and social isolation can activate stress responses that alter vascular resistance, increase blood pressure, reduce immune control, and contribute to cardiovascular disease, obesity, cognitive decline, depression and insomnia (10,11).

Older adults are especially vulnerable due to physical, cognitive, and psychoso-

cial changes such as health deterioration, loss of loved ones, and social role reduction, all of which lower quality of life and can act as indirect predictors of mortality (12,13).

Holt-Lunstad et al., demonstrated that loneliness and social isolation increase mortality risk by 26% and 29%, respectively, levels comparable to those associated with smoking, alcohol consumption, or obesity (14), while also increasing health-care resources use (11).

## Theories and Models Defining Loneliness

There are numerous theories and models that attempt to define loneliness (15,16):

- **Social Cognitive Theory:** This theory proposes that individuals with a greater sense of loneliness are those who maintain a negative perception of themselves and their environment. One of the models involved in this theory is the loneliness discrepancy model by Peplau and Perlman, which considers personal influences, social norms, and values as determinants in the form and interpretation of one's social network. Another model is the Loneliness Model by Jong-Gierveld, which takes into account personality characteristics, socio-demographic variables, and the type and form of cohabitation, influencing the subjective evaluation of the social network.
- **Attribution Theory:** This theory considers two types of causes of loneliness: internal or personal causes and external or situational causes.
- **Interactionist Theory:** This theory establishes two distinct causes associated with loneliness: the lack of a social support network and the absence of a particular emotional bond, leading to emotional loneliness and social loneliness.
- **Psycho-dynamic Theory:** This theory determines loneliness as a state of mind

manifested as a symptom of neurosis belonging to earlier stages of the life cycle.

- **Existential Theory:** This theory has a religious basis and an ontological perspective. In this way, negative feelings are transformed into positive ones related to love, pleasure, and peace. However, this can also lead to confusion as it does not clearly distinguish between the objective and subjective aspects of loneliness.
- **Integrative Model:** This model was proposed by Montero and Sánchez, and it combines two previously mentioned theories: social cognitive theory and existential theory. It defines loneliness as the result of a combination of absences and deficits in interpersonal relationships, an aspect belonging to social cognitive theory, and the finding of a positive and pleasant perspective to experience loneliness, related to existential theory.
- **Emergent Theory:** This theory differentiates between emotional, social, and sexual-romantic loneliness.

### Risk factors

The related risk factors, according to their origin, are external (economic status, retirement, or loss of emotional support, among others), internal (health, personal meaning attributed to relationships, and other intrapersonal factors), and structural (existing barriers that hinder a person's accessibility and the feeling of social isolation, such as the characteristics of the living environment or a change of residence without any prior emotional connection) (17).

According to their characteristics and type, they include:

1. **Sociodemographic risk factors:** These include advanced age, gender (higher prevalence in women), marital status, socioeconomic status (higher prevalence in lower levels), educational level (higher

prevalence with lower educational levels), living arrangements (higher prevalence if living alone), place of residence, and lack of religious affiliation.

2. **Physical and psychological risk factors:** These include intrapersonal elements (such as personality traits, behavior, the meaning of relationships, and how they are understood), multimorbidity and comorbidity, functional and cognitive decline, physical and intellectual disability, and even lower physical activity (due to its preventive and socializing functions).
3. **Social risk factors:** These include the size and quality of social and emotional networks, the degree of social participation, the availability of social resources, and social changes due to aging (such as children leaving the family home, a change of residence, retirement, loss of a driver's license, etc.).
4. **Socio-environmental risk factors:** These include digital communication (not only because it does not facilitate interpersonal contact but also due to the lack of knowledge to use it) and the absence of an adequate transportation network.

### The role of the Senior Centers

Although institutionalization is a risk factor that influences UL, it can also act as a protective factor (18).

In a study conducted by the ONCE Foundation and the AXA Foundation, the aim was to determine at a national level who should address the problem of loneliness. The general view was that public institutions should be responsible for tackling UL, although it was also considered that the family plays a fundamental role in achieving this. Public institutions were ranked first (43%), followed by the individual themselves (23-30%), non-governmental organizations (13-16%), and private institutions (7%) (19).

Due to the significant issue that UL represents for people over 65 years old, its increasing prevalence, and its relationship with health, combined with the lack of recent and updated studies on institutionalized patients and users of public centers to our knowledge, we aimed to determine the prevalence of UL and its relationship with perceived health among individuals over 65 years old who use senior centers. We hypothesize that higher levels of UL will be significantly associated with poor self-perceived health in this population.

## Methods

### Design, Population, and Sample

A cross-sectional descriptive analysis was conducted at the Residential Center for the Elderly (CRPM) and the Active Participation Center for the Elderly (CPAM) of the Junta de Andalucía in the city of Algeciras (Cádiz, Spain).

Ninety questionnaires were collected through voluntary convenience sampling during February and March 2024. For a population over 65 years old residing in Algeciras in 2022 of 20,317 people and an estimated 9% of people living in loneliness, the sampling error was 5.9% (for a confidence level of 95%).

Data collection was conducted by a trained individual who received specific instruction to ensure standardized procedures and maximize data quality.

### Inclusion, Exclusion, and Eligibility Criteria

The inclusion criteria were being 65 years or older, residing in Algeciras, and having no cognitive or communication impairments. Those excluded were individuals without permanent residence in Algeciras, those with comprehension and/or communication difficulties that prevented

active participation, terminally ill patients, or those who had participated in similar studies in the past year.

To be eligible, participants had to meet all inclusion criteria and none of the exclusion criteria.

### Variables and categories

Independent variables

**Sociodemographic:**

- Age (in years).
- Gender (Male, Female).
- Marital status (single, married, widowed, separated, divorced).
- Number of living children.
- Number of family members in the city.
- Number of friends in the city.

**Only for CPAM users:**

- Number of cohabitants in the usual residence.
- Do you live with any animals? (Yes, No)

**Socioeconomic:**

- Educational level (illiterate, primary education, secondary education, high school, basic vocational training, intermediate vocational training, advanced vocational training, university education).
- Annual net personal income (Less than 12,000, 12,000 to 24,000, 24,000 to 40,000, 40,000 to 60,000, 60,000 to 80,000, more than 80,000 euros). This variable

was included at the start of data collection due to the high number of “don’t know” or “no answer” responses in the variable referring to total annual net income (personal and family).

- Annual net income (total, personal and family) (Less than 12,000, 12,000 to 24,000, 24,000 to 40,000, 40,000 to 60,000, 60,000 to 80,000, more than 80,000 euros).

#### Only for CPAM users:

- Architectural barriers that hinder mobility (stairs without ramps, no elevator, narrow doors, slippery surfaces, absence of handrails, non-adapted public transport, loss of driver’s license, no means of transportation, others).

#### Habits and Health:

- Physical activity or exercise (none, occasional, several times a month, several times a week).
- Alcohol consumption in the last 12 months (daily or almost daily, 5-6 days a week, 3-4 days a week, 1-2 days a week, 2-3 days a month, once a month, less than once a month, not in the last 12 months, never or just a sip to try it in life).
- Difficulty seeing (none, some, a lot, cannot see at all).
- Difficulty hearing (none, some, a lot, cannot hear at all).
- Difficulty walking 500 meters without assistance (none, some, a lot, cannot at all).
- Difficulty climbing 12 steps (none, some, a lot, cannot at all).

#### Dependent variables

Perceived health in the last 12 months (very good, good, fair, poor, very poor).

#### Scales

Este II Social Loneliness Scale is a brief scale with good reliability (Cronbach’s  $\alpha=0.72$ ) and confirmed factorial validity, specifically designed for the older Spanish population, with a multidimensional approach. It consists of 15 items, each with three response categories: Always (0), Sometimes (1), and Never (2). The total score ranges is obtained by summing the item scores. The scale is structured into three factors: Perception of Social Support, Use of New Technologies, and Social Participation Index. Based on the total score, three levels of social loneliness are distinguished: Low (0-10 points), Medium (11-20 points), and High (21-30 points) (20).

#### Data collection

Data were obtained through personal interviews, after collecting informed consent (both in paper format), in the residential areas (CRPM) and active participation areas (CPAM). The scale was applied by reading the questions to the user and requiring one of the response categories: always, sometimes, and never (quantified as zero, 1, and 2 points, respectively). Subsequently, the data were digitized into an Excel file. Both the initial collection and digitization were carried out anonymously.

#### Data analysis

Qualitative variables were summarized using frequencies and percentages, while quantitative variables were summarized using the mean and standard deviation or median and interquartile range.

In the univariate analysis between categorical variables, the Chi-square or Fisher's test was used. For categorical and quantitative variables, the one-way ANOVA test was applied. The Spearman's Rho correlation was used between the level of perceived health and other quantitative variables, as well as between the level of loneliness and the difficulty in walking or climbing stairs. A partial correlation analysis was performed between the loneliness scale and perceived health, adjusted for variables that reached significance. The normality of the sample was checked using the Kolmogorov-Smirnov test.

No imputations or analyses of missing data were performed. The results of the variables "difficulty walking" and "difficulty climbing stairs" were unified due to the similarity of responses (if the responses "none" or "some difficulty" did not match in both variables, the latter was adopted) to increase statistical power.

A p-value of  $<0.05$  was considered statistically significant, while values between 0.05 and 0.1 were interpreted as indicative of a trend.

The data were analyzed using SPSS version 26 (IBM Corp., 2019) and Jamovi version 2.4.11 (The Jamovi Project, 2023).

### Ethical and Legal Considerations

This research has received favorable approval from the ethics committee of the Junta de Andalucía (code SICEIA-2024-000074) and has been conducted in accordance with the latest version of the Declaration of Helsinki and laws 14/2007 and 41/2002.

The collected data have been processed in accordance with the General Data Protection Regulation of the European Union (GDPR) and Organic Law 3/2018, of December 5, on the Protection of Personal Data and guarantee of digital rights (LOPDGDD).

## Results

the sample consisted of 21 men and 69 women, with a median age of 73 years for men and 72 for women, and the same age range for both sexes, 65 to 95 years. The predominant educational level was primary education, and the income level was below 12,000 euros per year. Significant differences were found in marital status, with more single and divorced men and more married and widowed women ( $p<0.001$ ). Regarding physical activity, women exercised several times a week more than men, 88.4% compared to 61.9%, with a higher percentage of sedentary men, who reported doing nothing at 23.8%, compared to only 2.9% of women ( $p=0.004$ ).

Regarding alcohol consumption, more women were abstinent, although the percentage of men who had not drunk in the last 12 months was higher ( $p=0.003$ ).

The relational analysis of the Este II Scale questions, in isolation, with gender, showed that women have more people to talk to ( $p=0.015$ ), have more friends or family available ( $p<0.001$ ), use mobile phones more and make more calls ( $p=0.006$  and  $p=0.013$ ). Additionally, they socialize and participate more ( $p<0.001$  and  $p=0.005$ ), although no significant differences were found between men and women regarding the level of loneliness.

It should be noted that no positive responses were recorded for the questions related to architectural limitations.

In the relationship between perceived health and the other analyzed variables, the connection between perceived health and physical activity stood out, with higher percentages of perceived health observed as exercise increased ( $p=0.002$ ).

**Table 1.** Sociodemographic Characteristics, Habits, Limitations, Health Level, and Loneliness Scale by Gender (N=90)

		Men (n=21)	Women (n=69)	p value
		n (%), median (IR), mean (SD)		
<b>Age</b>		73 (65-95)	72 (65-96)	0.48
<b>Marital status</b>	Single	7 (33.3%)	1 (1.4%)	<0.001
	Married	8 (38.1%)	37 (53.6%)	
	Widowed	2 (9.5%)	26 (37.7%)	
	Separated	0 (0%)	2 (2.9%)	
	Divorced	4 (19%)	3 (4.3%)	
<b>Number of living children</b>		2 (0-5)	3 (0-5)	0.016
<b>Number of family members in the city</b>		4.19 (8.24)	10.1 (9.11)	0.009
<b>Number of friends in the city</b>		14 (16.1)	20.2 (13.8)	0.087
<b>Educational level</b>	Illiterate	1 (4.8%)	4 (5.8%)	0.644
	Primary education	13 (61.9%)	42 (60.9%)	
	Secondary education	0 (0%)	4 (5.8%)	
	High school	2 (9.5%)	6 (8.7%)	
	Basic vocational training	0 (0%)	3 (4.3%)	
	Intermediate vocational training	1 (4.8%)	3 (4.3%)	
	Advanced vocational training	0 (0%)	3 (4.3%)	
	University	4 (19%)	4 (5.8%)	
<b>Individual income level (euros) (H=18, M=65)</b>	Less than 12,000	10 (55.6%)	42 (64.6%)	0.25
	12,000 to 24,000	7 (38.9%)	16 (24.6%)	
	24,000 to 40,000	0 (0%)	6 (9.2%)	
	40,000 to 60,000	1 (5.6%)	1 (1.5%)	
	60,000 to 80,000	0 (0%)	0 (0%)	
	More than 80,000	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Physical activity</b>	None	5 (23.8%)	2 (2.9%)	0.004
	Occasional	1 (4.8%)	5 (7.2%)	
	Several times a month	2 (9.5%)	1 (1.4%)	
	Several times a week	13 (61.9%)	61 (88.4%)	
<b>Alcohol consumption</b>	Never	2 (9.5%)	29 (42%)	0.003
	Not in the last 12 months	11 (52.4%)	10 (14.5%)	
	Less than once a month	1 (4.8%)	2 (2.9%)	
	Once a month	0 (0%)	6 (8.7%)	
	2-3 days a month	0 (0%)	3 (4.3%)	
	1-2 days a week	2 (9.5%)	6 (8.7%)	
	3-4 days a week	1 (4.8%)	0 (0%)	
	5-6 days a week	0 (0%)	3 (4.3%)	
	Daily or almost daily	4 (19%)	10 (14.5%)	
<b>Difficulty seeing (H=20, M=69)</b>	None	12 (60%)	41 (59.4%)	1
	Some	8 (40%)	25 (36.2%)	
	A lot	0 (0%)	3 (4.3%)	
	Cannot see at all	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Difficulty hearing</b>	None	15 (71.4%)	45 (65.2%)	0.592
	Some	4 (19%)	20 (29%)	
	A lot	2 (9.5%)	4 (5.8%)	
	Cannot hear at all	0 (0%)	0 (0%)	

→

		Men (n=21)	Women (n=69)	p value
		n (%), median (IR), mean (SD)		
Difficulty walking 500 m without assistance	None	16 (76.2%)	61 (88.4%)	0.173
	Some	0 (0%)	0 (0%)	
	A lot	0 (0%)	0 (0%)	
	Cannot at all	5 (23.8%)	8 (11.6%)	
Difficulty climbing 12 steps	None	14 (66.7%)	57 (82.6%)	0.206
	Some	2 (9.5%)	4 (5.8%)	
	A lot	0 (0%)	0 (0%)	
	Cannot at all	5 (23.8%)	8 (11.6%)	
Perceived health	Very poor	1 (4.8%)	4 (5.8%)	0.166
	Poor	4 (19%)	4 (5.8%)	
	Fair	4 (19%)	17 (24.6%)	
	Good	5 (23.8%)	30 (43.5%)	
	Very good	7 (33.3%)	14 (20.3%)	
<b>Este II Scale</b>				
Do you feel that you have someone to talk to about your daily problems?	Always	11 (52.4%)	57 (82.6%)	0,015
	Sometimes	4 (19%)	5 (7.2%)	
	Never	6 (28.6%)	7 (10.1%)	
Do you believe there are people who care about you?	Always	13 (61.9%)	56 (81.2%)	0,112
	Sometimes	8 (38.1%)	11 (15.9%)	
	Never	0 (0%)	2 (2.9%)	
Do you have friends or family when you need them?	Always	11 (52.4%)	64 (92.8%)	<0,001
	Sometimes	5 (23.8%)	2 (2.9%)	
	Never	5 (23.8%)	3 (4.3%)	
Do you feel ignored?	Always	1 (4.8%)	6 (8.7%)	0,765
	Sometimes	3 (14.3%)	14 (20.3%)	
	Never	17 (81%)	6 (8.7%)	
Do you feel sad?	Always	2 (9.5%)	10 (14.5%)	0,241
	Sometimes	6 (28.6%)	31 (44.9%)	
	Never	13 (61.9%)	28 (40.6%)	
Do you feel lonely?	Always	4 (19%)	9 (13%)	0.312
	Sometimes	1 (4.8%)	12 (17.4%)	
	Never	16 (76.2%)	48 (69.6%)	
And at night, do you feel lonely?	Always	2 (9.5%)	12 (17.4%)	0.489
	Sometimes	1 (4.8%)	8 (11.6%)	
	Never	18 (85.7%)	49 (71%)	
Do you feel loved?	Always	15 (71.4%)	59 (85.5%)	0.257
	Sometimes	4 (19%)	6 (8.7%)	
	Never	2 (9.5%)	4 (5.8%)	
Do you use a mobile phone?	Always	11 (52.4%)	57 (82.6%)	0.006
	Sometimes	5 (23.8%)	9 (13%)	
	Never	5 (23.8%)	3 (4.3%)	
Do you use a computer (tablet, memory games)?	Always	6 (28.6%)	12 (17.4%)	0.46
	Sometimes	4 (19%)	12 (17.4%)	
	Never	11 (52.4%)	45 (65.2%)	
Do you use the Internet?	Always	7 (33.3%)	26 (37.7%)	0.945
	Sometimes	4 (19%)	11 (15.9%)	
	Never	10 (47.6%)	32 (46.4%)	

		Men (n=21)	Women (n=69)	p value
		n (%), median (IR), mean (SD)		
During the week and weekends, do other people call you to go out?	Always	5 (23.8%)	40 (58%)	0.013
	Sometimes	7 (33.3%)	16 (23.2%)	
	Never	9 (42.9%)	13 (18.8%)	
Do you find it easy to make friends?	Always	14 (66.7%)	51 (73.9%)	0.227
	Sometimes	0 (0%)	5 (7.2%)	
	Never	7 (33.3%)	13 (18.8%)	
Do you go to any park, association, or senior center where you interact with other seniors?	Always	9 (42.9%)	58 (84.1%)	<0.001
	Sometimes	2 (9.5%)	4 (5.8%)	
	Never	10 (47.6%)	7 (10.1%)	
Do you like to participate in leisure activities organized in your neighborhood or residence?	Siempre	12 (57.1%)	58 (84.1%)	0.005
	A veces	5 (23.8%)	2 (2.9%)	
	Nunca	4 (19%)	9 (13%)	
Level of Social loneliness	Low	13 (61.9%)	57 (82.6%)	0,113
	Medium	6 (28,6%)	10 (14,5%)	
	High	2 (9,5%)	2 (2,9%)	
Only for CPAM users				
Do you live with any animals?	Yes	1 (16.7%)	13 (21.7%)	1
	No	5 (83.3%)	47 (78.3%)	

Own elaboration

Regarding the level of loneliness, it was observed that perceived health improves as high loneliness values decrease (p=0.004).

**Table 2.** Relationship between perceived health and other categorical variables (N=90).

		Perceived Health					p value
		Very bad (n=5)	Bad (n=8)	Fair (n=21)	Good (n=35)	Very good (n=21)	
Sex	Men	1 (20.0%)	4 (50.0%)	4 (19.0%)	5 (14.3%)	7 (33.3%)	0.166
	Women	4 (80.0%)	4 (50.0%)	17 (81.0%)	30 (85.7%)	14 (66.7%)	
Marital status	Single	0 (0.0%)	1 (12.5%)	3 (14.3%)	2 (5.7%)	2 (9.5%)	0.111
	Married	3 (60.0%)	1 (12.5%)	6 (28.6%)	23 (65.7%)	12 (57.1%)	
	Widowed	1 (20.0%)	5 (62.5%)	8 (38.1%)	8 (22.9%)	6 (28.6%)	
	Separated	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (4.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Divorced	0 (0.0%)	1 (12.5%)	3 (14.3%)	2 (5.7%)	1 (4.8%)	
Educational level	Illiterate	1 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (4.8%)	0.089
	Primary education	1 (20.0%)	5 (62.5%)	12 (57.1%)	27 (77.1%)	10 (47.6%)	
	Secondary education	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	2 (9.5%)	
	High school	1 (20.0%)	1 (12.5%)	3 (14.3%)	1 (2.9%)	2 (9.5%)	
	Basic vocational training	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (9.5%)	
	Intermediate vocational training	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)	3 (14.3%)	
	Advanced vocational training	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	2 (5.7%)	0 (0.0%)	
University	1 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (14.3%)	3 (8.6%)	1 (4.8%)		

→

		Perceived Health										p value
		Very bad (n=5)		Bad (n=8)		Fair (n=21)		Good (n=35)		Very good (n=21)		
<b>Individual income level (euros)</b>	Lees than 12,000	4	(80.0%)	5	(83.3%)	12	(66.7%)	21	(61.8%)	10	(50.0%)	0.281
	12,000 to 24,000	0	(0.0%)	0	(0.0%)	6	(33.3%)	11	(32.4%)	6	(30.0%)	
	24,000 to 40,000	1	(20.0%)	1	(16.7%)	0	(0.0%)	1	(2.9%)	3	(15.0%)	
	40,000 to 60,000	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(2.9%)	1	(5.0%)	
<b>Physical activity</b>	None	2	(40.0%)	3	(37.5%)	1	(4.8%)	0	(0.0%)	1	(4.8%)	0.002
	Occasional	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(14.3%)	2	(5.7%)	1	(4.8%)	
	Several times a month	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(14.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	
	Several times a week	3	(60.0%)	5	(62.5%)	14	(66.7%)	33	(94.3%)	19	(90.5%)	
<b>Alcohol consumption</b>	Never	3	(60.0%)	3	(37.5%)	11	(52.4%)	7	(20.0%)	7	(33.3%)	0.458
	Not in the last 12 months	2	(40.0%)	3	(37.5%)	6	(28.6%)	5	(14.3%)	5	(23.8%)	
	Less tan once a month	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(2.9%)	2	(9.5%)	
	Once a month	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	5	(14.3%)	1	(4.8%)	
	2-3 days a month	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(4.8%)	2	(5.7%)	0	(0.0%)	
	1-2 days a week	0	(0.0%)	1	(12.5%)	1	(4.8%)	3	(8.6%)	3	(14.3%)	
	3-4 days a week	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(4.8%)	
	5-6 days a week	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(4.8%)	2	(5.7%)	0	(0.0%)	
<b>Difficulty seeing</b>	Daily or almost daily	0	(0.0%)	1	(12.5%)	1	(4.8%)	10	(28.6%)	2	(9.5%)	0.078
	None	2	(40.0%)	6	(75.0%)	7	(35.0%)	23	(65.7%)	15	(71.4%)	
	Some	3	(60.0%)	2	(25.0%)	10	(50.0%)	12	(34.3%)	6	(28.6%)	
<b>Difficulty hearing</b>	A lot	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(15.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0.017
	None	5	(100%)	4	(50.0%)	11	(52.4%)	20	(57.1%)	20	(95.2%)	
	Some	0	(0.0%)	3	(37.5%)	9	(42.9%)	11	(31.4%)	1	(4.8%)	
<b>Difficulty walking 500 m without assistance</b>	A lot	0	(0.0%)	1	(12.5%)	1	(4.8%)	4	(11.4%)	0	(0.0%)	0.002
	None	3	(60.0%)	6	(75.0%)	14	(66.7%)	34	(97.1%)	20	(95.2%)	
<b>Difficulty climbing 12 steps</b>	Cannot at all	2	(40.0%)	2	(25.0%)	7	(33.3%)	1	(2.9%)	1	(4.8%)	0.007
	None	3	(60.0%)	6	(75.0%)	12	(57.1%)	30	(85.7%)	20	(95.2%)	
	Some	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(9.5%)	4	(11.4%)	0	(0.0%)	
<b>Live with animals</b>	Cannot at all	2	(40.0%)	2	(25.0%)	7	(33.3%)	1	(2.9%)	1	(4.8%)	0.134
	Yes	1	(33.3%)	2	(50.0%)	0	(0.0%)	8	(25.0%)	3	(20.0%)	
<b>Loneliness level</b>	No	2	(66.7%)	2	(50.0%)	12	(100%)	24	(75.0%)	12	(80.0%)	0.004
	Low	3	(60.0%)	5	(62.5%)	12	(57.1%)	33	(94.3%)	17	(81.0%)	
	Medium	1	(20.0%)	2	(25.0%)	8	(38.1%)	1	(2.9%)	4	(19.0%)	
	High	1	(20.0%)	1	(12.5%)	1	(4.8%)	1	(2.9%)	0	(0.0%)	

Own elaboration

In Table 3, it can be observed how the level of loneliness is related to marital status ( $p=0.001$ ), physical activity (94.3% of those who engaged in physical activities

several times a week had a low level of loneliness,  $p<0.001$ ), and the level of loneliness was higher if they had difficulty walking or climbing stairs ( $p<0.001$ ).

**Table 3.** Relationship Between the Level of Loneliness and Other Categorical Variables (N=90)

		Loneliness level			p value
		Low	Medium	High	
<b>Sex</b>	Men	13 (18.6%)	6 (37.5%)	2 (50.0%)	0.113
	Women	57 (81.4%)	10 (62.5%)	2 (50.0%)	
<b>Marital status</b>	Single	6 (8.6%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0.001
	Married	42 (60.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	
	Widowed	18 (25.7%)	8 (50.0%)	2 (50.0%)	
	Separated	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	
<b>Educational level</b>	Divorced	3 (4.3%)	3 (18.8%)	1 (25.0%)	0.399
	Illiterate	3 (4.3%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	
	Primary education	46 (65.7%)	7 (43.8%)	2 (50.0%)	
	Secondary education	3 (4.3%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	
	High school	4 (5.7%)	3 (18.8%)	1 (25.0%)	
	Basic vocational training	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Intermediate vocational training	3 (4.3%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	
	Advanced vocational training	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<b>Individual income level (euros)</b>	University	5 (7.1%)	2 (12.5%)	1 (25.0%)	0.589
	Less than 12,000	43 (62.3%)	6 (54.5%)	3 (100.0%)	
	12,000 to 24,000	20 (29.0%)	3 (27.3%)	0 (0.0%)	
	24,000 to 40,000	4 (5.8%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	
<b>Physical activity</b>	40,000 to 60,000	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	<0.001
	None	3 (4.3%)	2 (12.5%)	2 (50.0%)	
	Occasional	1 (1.4%)	3 (18.8%)	2 (50.0%)	
	Several times a month	0 (0.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	
<b>Difficulty seeing</b>	Several times a week	66 (94.3%)	8 (50.0%)	0 (0.0%)	0.371
	None	44 (62.9%)	6 (40.0%)	3 (75.0%)	
	Some	24 (34.3%)	8 (53.3%)	1 (25.0%)	
<b>Difficulty hearing</b>	A lot	2 (2.9%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0.298
	None	48 (68.6%)	10 (62.5%)	2 (50.0%)	
	Some	19 (27.1%)	4 (25.0%)	1 (25.0%)	
<b>Difficulty walking 500 m without assistance</b>	A lot	3 (4.3%)	2 (12.5%)	1 (25.0%)	<0.001
	None	68 (97.1%)	8 (50.0%)	1 (25.0%)	
<b>Difficulty climbing 12 steps</b>	Cannot at all	2 (2.9%)	8 (50.0%)	3 (75.0%)	<0.001
	None	63 (90.0%)	8 (50.0%)	0 (0.0%)	
	Some	5 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	
	Cannot at all	2 (2.9%)	8 (50.0%)	3 (75.0%)	

		Loneliness level			p value
		Low	Medium	High	
<b>Alcohol</b>	Never	20 (28.6%)	9 (56.3%)	2 (50.0%)	0.732
	Not in the last 12 months	15 (21.4%)	5 (31.3%)	1 (25.0%)	
	Less than once a month	2 (2.9%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	
	Once a month	6 (8.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	2-3 days a month	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	1-2 days a week	8 (11.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	3-4 days a week	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	5-6 days a week	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Daily or almost daily	12 (17.1%)	1 (6.3%)	1 (25.0%)	

Own elaboration

The correlational analysis between perceived health and other quantitative variables can be seen in Table 4. The relationship between perceived health and loneliness was inverse, meaning that higher loneliness was associated with poorer health. The strength of the relationship was weak (-0.370,  $p < 0.001$ ), but highly significant.

A positive relationship was found between age and the level of loneliness

(0.229,  $p = 0.031$ ) and an inverse relationship between the number of family members, friends, and cohabitants with the level of loneliness. The number of friends showed moderate association strength (-0.507,  $p < 0.001$ ), which was also highly significant.

A positive relationship was also detected between the number of friends and the level of perceived health, although the association strength was weak (0.249,  $p = 0.018$ ).

**Table 4.** Correlational analysis between perceived health and other quantitative variables

	Perceived health	Age	Children	Family members	Friends	Cohabitants	
<b>Age</b>	0.015	-					
	88	-					
	0.891	-					
<b>Children</b>	-0.043	0.086	-				
	88	88	-				
	0.685	0.422	-				
<b>Family members</b>	0.168	0.190	0.290	**	-		
	88	88	88	-			
	0.114	0.073	0.006	-			
<b>Friends</b>	0.249	*	-0.151	0.104	0.369	***	
	88	88	88	88	-		
	0.018	0.155	0.327	<.001	-		
<b>Cohabitants</b>	0.164	-0.227	-0.021	-0.002	0.076	-	
	64	64	64	64	64	-	
	0.188	0.067	0.868	0.987	0.544	-	
<b>Loneliness</b>	-0.370	***	0.229	*	0.050	-0.256	*
	87	87	87	87	87	87	63
	<.001	0.031	0.643	0.016	<.001	0.040	

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Own elaboration

In Table 5, the correlational analysis between the level of loneliness and difficulties in walking and climbing stairs can be seen, to assess the strength of the association. A strong positive expected relationship was

found between the difficulty in walking and climbing stairs (0.972,  $p < 0.001$ ) and a weak to moderate relationship for both walking (0.624,  $p < 0.001$ ) and climbing stairs (0.631,  $p < 0.001$ ).

**Table 5.** Correlational Analysis Between the Level of Loneliness and Difficulty in Walking and Climbing Stairs

	Loneliness		Difficulty walking	
<b>Difficulty walking 500 m without assistance 0.624</b>	0,624	***	–	
	88		–	
	<.001		–	
<b>Difficulty climbing 12 steps</b>	0.631	***	0.972	***
	88		88	
	<.001		<.001	

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

In Table 6, the partial correlation between the quantitative levels of loneliness and perceived health is shown, controlling

for age, marital status, physical activity, number of family members, friends, and difficulty in walking and/or climbing stairs.

**Table 6.** Partial Correlation Analysis Between Loneliness and Perceived Health

	Loneliness	Perceived Health
<b>Loneliness</b>	–	
	–	
<b>Perceived health</b>	-0,202	–
	0.068	–

Note: Controlling for 'Marital Status', 'Physical Activity', 'Number of Family Members', 'Number of Friends', 'Age', and 'Difficulty in Walking and/or Climbing Stairs'

## Discussion

The objective of this study was to determine the prevalence of UL and its relationship with the perceived health of individuals over 65 years old who are users of two senior centers of the Junta de Andalucía located in the city of Algeciras (Cádiz, Spain).

The prevalence in the analyzed centers was lower than the regional average. A trend-level statistical value ( $p=0.068$ )

was reached between loneliness and perceived health, indicating that health deteriorates when the level of loneliness is high.

The data revealed that there are a greater number of single and divorced men compared to the figures for women, with a higher percentage of married or widowed women. However, according to the National Institute of Statistics (INE), different data is observed, as among the Spanish population over 65 years old in 2023, there is a higher number of single women, a high-

er number of married men, and a higher number of divorced or separated women. The only category that matches the data obtained in our research is the marital status of widowhood (21). This fact can be related to the unequal life expectancy between the sexes, with the latest recorded data in 2022 being 80.36 years for males and 85.74 years for females (22).

Regarding alcohol consumption, a higher percentage of women reported never having tried it. As for consumption in the last 12 months, a greater number of women reported having consumed it, although men consumed a higher quantity. This fact fits with the Social Cognitive Theory and the Attribution Theory, due to its cultural and social nature; alcohol consumption in men has always been seen as a sign of masculinity and has been accepted by society. In contrast, women, who in earlier times adopted a social role based on domestic and family responsibilities, found it incompatible with alcohol consumption. Although the current view of women has changed, this social pressure has affected the older female population for years and may be the reason for their lower consumption (23,24).

Regarding physical activity, there is a greater tendency towards sedentary behavior in men. This observation does not correspond with the statements made by other authors. For instance, Font-Jutgla et al., in a systematic review, concluded that older women were more inactive (25). Muñoz and Espinosa also observed lower physical activity in women of this age group due to family dedication and their caregiving role in the domestic sphere, in addition to their low perceived health, which is closely related to poor health status.

Physical activity has also been linked to perceived health, with better perceived health associated with higher levels of physical activity. This can be explained by the Activity Theory, which relates a lower

probability of disability with active individuals and the level of activity with satisfactory feelings, enabling a better coping with the aging process (26).

An inverse relationship between physical activity and loneliness has also been found, with a greater feeling of loneliness in people who do not engage in physical activity or do so occasionally. Conversely, low levels of loneliness were found in people who engage in physical activity several times a week. These data can be explained based on the named risk factors for loneliness, linking the decrease in exercise with a higher level of loneliness, either due to its health benefits that improve quality of life or its social aspects that contribute to self-fulfillment and mental well-being (27). These results are also consistent with interactionist theory and support the promotion of physical activity programs in senior centers as a strategy for both health promotion and loneliness prevention.

The deterioration of health status largely depends on advanced age, with the female group being the most affected due to having a higher life expectancy and living longer (28). Contrary to the claims of the mentioned studies, in our sample, men are more sedentary, possibly due to their lower level of socialization. Women reported having greater availability of friends and family and show higher social participation and digital communication. This greater socialization of women could be influenced by their childhood education, which is related to the domestic sphere (29). Anyway, no differences in loneliness were found between the sexes. This confirms the conclusion of Maes et al., highlighting the absence of gender differences in the prevalence of loneliness (30).

Contrary to our data, the older male population uses mobile phones more, a fact related to the lower educational level and technological exposure of older women, according to Rosales and Morey. How-

ever, this fact is very changeable and subject to the influence of other factors, such as the greater socialization of women, as mentioned in our sample (31).

Regarding architectural barriers, no positive responses were found. These variables only referred to users of Active Participation Centers for the elderly (CPAM), who, being fully capable of participating in all the activities organized by the center, did not consider any architectural barriers in their homes that would cause them difficulty or prevent social interaction and participation.

The prevalence of UL is higher in widowed, separated, or divorced individuals, clearly reflecting the influence of marital status as a risk factor for loneliness (32). On the other hand, the emerging theory of loneliness specifies three types of resulting causes, two of which correspond to losses related to emotional and romantic-sexual loneliness, which also explain this phenomenon (15).

Regarding the health difficulties variables related to seeing, hearing, walking 500 meters without assistance, and climbing 12 steps, an association of greater loneliness was found in line with greater recorded difficulty. A higher level of loneliness appeared in people with some difficulty or inability to perform these tasks, with an association strength between weak and moderate, possibly higher if the sample size had been larger. These variables are characteristic of aging and advanced age, which can bring negative consequences on the perception of health and mental stability, potentially increasing social and family isolation as individuals find themselves unable to engage in leisure or self-fulfillment activities, thereby increasing the prevalence of UL (17).

Likewise, we have observed an inverse relationship between perceived health and loneliness (in the unifactorial relationship,  $p < 0.001$ , and in the adjusted rela-

tionship, although trend-level,  $p = 0.068$ ), with perceived health being significantly better as high loneliness values decrease. This is also asserted by Martín Roncero and González-Rábago in a cross-sectional study conducted in 2021, where worse perceived health is found in lonely individuals (33). This may be because if health is perceived negatively, it influences social participation, potentially increasing social isolation (34).

The prevalence of moderate and high loneliness found in the senior centers of the Junta de Andalucía in the city of Algeciras was 28.6% and 9.5% in men, and 14.5% and 2.9% in women, respectively. When comparing these figures with the study conducted by García-González on the prevalence of loneliness in Andalucía in 2020, it is much lower, as that study recorded a prevalence of 35-60% in men and 40-55% in women (35). This significant difference in prevalence may be due to the characteristics of the study centers and the city, as throughout the process, conditions that are entirely suitable and conducive to the physical and mental well-being and care of the elderly have been observed. It is worth noting that both the CRPM and the CPAM of Algeciras demonstrate a strong professional commitment to all their users to provide the best possible care and quality of life, a fact reflected in the collected responses, individual perceptions, and gratitude expressed by all interviewees.

This study contributes to existing evidence by reinforcing the association between loneliness and relevant health factors, thus providing a structured approach for nursing interventions targeting loneliness. Clinically, the implementation of the standardized care plan could enhance identification and management of loneliness in various healthcare settings. From a public policy perspective, these findings support the development of comprehensive strategies that integrate social and healthcare services aimed at mitigating loneliness among vulnerable populations.

## Limitations and strenghts

The lack of causality in cross-sectional studies must be added to the fact that multifactorial analyses could not be performed due to the failure to meet assumptions (for multiple linear regression, ordinal logistic regression, and multiple correspondence analysis) or the absence of relationships (for example, for various combinations of mediation or moderation analysis). This is likely due to the small sample size in several categories and the weakness of the association strength between variables, which may also be influenced by this same reason. It should also be noted that the non-probability nature of the sampling limits its external validity.

To our knowledge, there are no studies on this subject in the city of Algeciras.

## Conclusions

The prevalence of UL in the city is lower than the regional prevalence. The trend value of statistical significance suggests that higher levels of UL are associated with poorer perceived health among those over 65 years old who use the senior centers of the Junta de Andalucía in the city of Algeciras.

## Implications for practice

It is necessary to increase the sample size and collect data from more user centers to confirm this relationship.

For future research, it is recommended to conduct longitudinal studies to explore causal relationships and the long-term effects of interventions. Additionally, interventional studies focusing on specific strategies, such as social prescribing, exercise programs, or cognitive-behavioral approaches, are encouraged to determine the most effective methods to reduce loneliness and improve well-being.

This integrated approach would promote advances in this field by linking evidence with practice and guiding policy and research priorities on reducing loneliness.

A standardized nursing care plan is proposed, which can be used by any nursing professional interested in addressing unwanted loneliness and can facilitate their process.

### **Nursing diagnostics (36):**

1. [00054] Risk for Loneliness r/t affective deprivation and social isolation.
2. [00053] Social Isolation r/t absence of satisfactory reciprocal interpersonal relationships aeb low level of social interaction and loneliness.
3. [00241] Impaired Mood Regulation r/t unwanted loneliness aeb hopelessness and difficulty in social functioning.

### **1 [00054] Risk for Loneliness**

#### **NOC:**

#### **[1216] Level of Social Anxiety:**

##### **Indicators:**

- [121601] Avoids social situations
- [121603] Avoids leaving home
- [121604] Anxious anticipation of social situations
- [121607] Negative self-perceptions of social skills
- [121608] Negative self-perceptions of acceptance by others

#### **[1203] Severity of Loneliness**

##### **Indicators:**

- [120301] Sense of unfounded terror
- [120303] Sense of external restlessness
- [120204] Sense of hopelessness
- [120205] Sense of not belonging
- [120309] Sense of being excluded

**NIC:**

**[5100] Enhancement of Socialization:**

- Encourage greater involvement in already established relationships.
- Facilitate the use of aids for sensory deficits such as glasses and hearing aids.
- Encourage the patient to change environments, such as going for a walk or to the cinema.
- Promote social and community activities with people who have common interests and goals.
- Use role-playing to practice improved communication skills and techniques.
- Refer the patient to an interpersonal skills group or program where they can increase their understanding of transactions and decrease feelings of loneliness, if appropriate.
- Provide positive feedback when the patient establishes contact with others.

**[5270] Emotional Support:**

- Discuss the emotional experience with the patient and explore what has triggered their emotions and feelings of loneliness.
- Listen to the patient's expressions of feelings and beliefs about unwanted loneliness, offering empathetic or supportive comments.
- Help the patient to recognise and express feelings such as anxiety, anger or sadness.
- Provide support during the stages of denial, anger, bargaining and acceptance of the grieving process.
- Encourage talking or crying as a way of reducing the emotional response, providing a sense of security during periods of heightened anxiety and loneliness.
- Provide support with decision-making.

**[5230] Emotional Support:**

- Assess the impact of the patient's life situation on roles, relationships,

and loneliness, as well as their understanding of the disease process.

- Provide an environment of acceptance.
- Assist the patient in evaluating available resources and support systems to achieve goals.
- Help the patient break down complex goals into small, manageable steps.
- Encourage the verbalization of feelings, perceptions, and fears.
- Encourage a realistic attitude of hope as a way to manage feelings of helplessness and loneliness.

**2 [00053] Social Isolation**

**NOC:**

**[0121] Development: Older Adult**

**Indicators:**

- [12101] Maintains cognitive function
- [12109] Maintains interest in life
- [12112] Maintains relationships with close family members [12114] Maintains close relationships with friends
- [12118] Adapts to retirement

**[1502] Social Interaction Skills**

**Indicators:**

- [150203] Cooperates with others
- [150212] Relates to others

**NIC:**

**[4362] Behavior Modification: Social Skills**

- Assist the patient in identifying interpersonal problems resulting from social skill deficits.
- Encourage the patient to verbally express feelings associated with interpersonal problems and loneliness, and to identify desired outcomes of problematic interpersonal relationships or situations.
- Identify specific social skills using guided discussion and examples that will be the focus of training.

- Consider using a behavior training program based on standardized and evidence-based interpersonal skills that can help eradicate unwanted loneliness.
- Provide models (e.g., role-playing, video presentations) that demonstrate behavioral steps within the context of situations that make sense to the patient.
- Assist the patient in enacting behavioral steps aimed at addressing loneliness.
- Involve close ones in social skills training sessions (role-playing) with the patient, if appropriate.

### **[5510] Health Education**

- Identify risk groups and age ranges that would benefit most from health education on unwanted loneliness, as well as internal and external factors that may enhance or diminish motivation to follow healthy behaviors.
- Formulate the objectives of the Health Education program to address unwanted loneliness, considering the resources (personnel, space, equipment, money, etc.) needed to carry it out.
- Develop interactive and educational materials written at an appropriate reading level for the target audience.
- Focus on the immediate or short-term benefits of positive lifestyle behaviors in the context of unwanted loneliness.
- Use group presentations to provide support and reduce the threat that members experiencing loneliness may feel.
- Use group discussions and role-playing to influence existing beliefs, attitudes, and values about unwanted loneliness.
- Utilize social and family support systems to enhance the effectiveness of lifestyle or health behavior modifications related to loneliness.
- Plan long-term follow-up to reinforce the adoption of healthy lifestyles and behaviors and to check for improvement in feelings of loneliness

## **3 [00241] Impaired Mood Regulation**

### **NOC:**

#### **[1300] Acceptance: Health Status**

##### **Indicators:**

- [130008] Recognizes the reality of the health situation
- [130010] Copes with the health situation
- [130017] Adapts to changes in health status
- [130012] Clarifies personal values

#### **[1604] Participation in Leisure Activities**

##### **Indicators:**

- [160402] Feeling of satisfaction with leisure activities
- [160403] Use of appropriate social interaction skills
- [160412] Chooses leisure activities of interest

### **NIC:**

#### **[5440] Enhance Support Systems**

- Observe the current family situation and support network.
- Determine barriers to the use of unused or underutilized support systems.
- Encourage relationships with people who have similar interests and goals.
- Refer to community programs for the prevention or treatment of unwanted loneliness, self-help groups, or online resources aimed at addressing loneliness, if appropriate.

#### **[4410] Goal Setting**

- Identify the patient's recognition of their own problem.
- Assist the patient in prioritizing goals and activities aimed at addressing loneliness.
- Coordinate with the patient to set periodic review dates to assess progress towards goals to eradicate loneliness.

### **[5450] Group Therapy**

- Form an optimally sized group: 5 to 12 members, with mandatory attendance, organized in 1-2 hour sessions.
- Provide an individualized orientation session for each new group member before the first group session to discuss the situation of loneliness.
- Arrange chairs in a circle, close to each other, and encourage members to share commonalities and feelings provoked by loneliness, such as anger, sadness, lack of confidence, etc.
- Use role-playing and problem-solving as appropriate.
- Provide social reinforcement (verbal and non-verbal) to achieve desired behaviors/responses to improve the situation of loneliness.
- Help members provide mutual feedback to develop awareness of their own behaviors.
- Conclude the session with a summary of the discussions, emphasizing the importance of taking action against loneliness.

### **[4330] Art Therapy**

- Provide a quiet environment and art instruments appropriate to the developmental level and goals of the therapy.
- Identify an artistic medium to use, such as paintings (e.g., self-portrait, human figure drawings, kinetic family drawings), photographs and other media (e.g., photo journal, media journal), graphics (e.g., timeline, body maps), or artistic objects (e.g., masks, sculpture).
- Use drawings to determine the effects of stressful events (hospitalization, divorce, or abuse) on the patient and their feelings of loneliness.

### **[4320] Animal-Assisted Therapy**

- Determine the patient's acceptance of animals as therapeutic agents.
- Teach the patient/family the purpose and rationale for the presence of animals in a care environment.

- Facilitate the patient's care and contact with therapy animals.
- Organize patient exercises with therapy animals, as appropriate, to encourage the expression of emotions towards the animals and increase the feeling of companionship.

### **[4310] Activity Therapy**

- Teach the patient and family about the role of physical, social, spiritual, and cognitive activity in addressing unwanted loneliness.
- Assist the patient in choosing activities consistent with their physical, psychological, and social capabilities.
- Collaborate with occupational, recreational, and/or physical therapists in planning and monitoring a specific activity program to address unwanted loneliness, as appropriate.
- Encourage participation in recreational and enjoyable activities aimed at reducing loneliness: group singing, volleyball, table tennis, walks, swimming, simple concrete tasks, simple games, routine tasks, household chores, personal grooming, puzzles, and card games.
- Refer to community centers or activity programs dedicated to addressing loneliness, as appropriate.
- Allow family participation in activities, as appropriate.

### **[4860] Reminiscence Therapy**

- Identify with the patient a theme related to feelings of loneliness for each session (e.g., work life), organizing small groups of participants suitable for group reminiscence therapy.
- Use communication techniques (such as focusing, reflecting, and repeating) that encourage the verbal expression of both positive and negative feelings about past events and their relation to feelings of unwanted loneliness.
- Adjust the number of sessions based on the patient's response and their desire to continue the process.

## References

1. Datosmacro. España - Pirámide de población 2023 | [Datosmacro.com](https://datosmacro.com) [Internet]. [Datosmacro.com](https://datosmacro.com). 2023 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana>
2. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2014;8(9):WE01--WE04. Available from: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10077.4828>
4. Hawkey LC, Capitanio JP. Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [Internet]. 2015;370(1669). Available from: <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
5. Bermejo JC. La soledad en mayores [Internet]. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2013. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bermejo-soledad-01.pdf>
6. Luna, Belén; Pinto JA. Aislamiento y Soledad no deseada en las personas mayores. Factores predisponentes y consecuencias para la salud [Internet]. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Madrid; 2021. Available from: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050318.pdf>
7. Garcés Fuertes P, García Velarte M, Barcelona Blasco C, García García LR, Millán Duarte Y, García Sacramento AC. Soledad subjetiva en el anciano institucionalizado. *Rev Sanit Investig ISSN-e 2660-7085*, Vol 2, N° 11 (Noviembre), 2021 [Internet]. 2021;2(11):435. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210595&info=resumen&idioma=SPA>
8. Hernández VK, Solano N, Fernández R. ENTORNO SOCIAL Y SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. *Cuid y Ocupación Humana* [Internet]. 2019;8(2):1-10. Available from: <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/coh/article/view/885>
9. OMS. La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2023 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>
10. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria* [Internet]. 2016 Nov;48(9):604-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
11. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. The complexity of loneliness. *Acta Biomed* [Internet]. 2018 Jun;89(2):302-14. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
12. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 Oct;5(10):e2236676-e2236676. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>

13. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2016;28(4):557-76. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
14. Holt-Lunstad J, Smith T, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2015;10(2):227-37. Available from: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
15. Sequeira D. La soledad en las personas mayores: factores protectores de riesgo. Evidencias empíricas en adultos chilenos [Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2011. Available from: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/21617/2075887x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Donaldson JM, Watson R. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996;24(5):952-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02931.x>
17. Cavia G, López D. La solidaridad como respuesta a la soledad en las personas mayores [Internet]. Dadun. Depósito académico digital Universidad de Navarra; 2020. Available from: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/59486>
18. Bermeja AI, Ausín B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 May;53(3):155-64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006>
19. Díez Nicolás J, Morenos Páez M. LA SOLEDAD EN ESPAÑA [Internet]. Fundación ONCE y Fundación AXA; 2015. Available from: [https://biblioteca.fundaciononce.es/sites/default/files/publicaciones/documentos/soledad\\_en\\_espana.pdf](https://biblioteca.fundaciononce.es/sites/default/files/publicaciones/documentos/soledad_en_espana.pdf)
20. Pinel Zafra M, Rubio Rubio L, Rubio Herrera R. Un instrumento de medición de Soledad Social: Escala Este II [Internet]. *Calidad de vida*. p. 16. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
21. INE. Población de 16 y más años por estado civil, sexo y grupo de edad(4031) [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2023 [cited 2024 May 12]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4031>
22. INE. Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2022 [cited 2024 May 12]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm>
23. Galán I, Gonzalez MJ, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88(4):529-40. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Fernández Alonso V, Corral Liria I. Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Nure Inv* [Internet]. 2018;15(96):1-15. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1426/846>
25. Font-Jutglà C, Mur Gimeno E, Bort Roig J, Gomes da Silva M, Milà Villarroya R. Efectos de la actividad física de intensidad suave sobre las condiciones físicas de los adultos mayores: revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 Mar;55(2):98-106. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.007>

26. Merchán E, Cifuentes R. Teorías psicosociales del envejecimiento [Internet]. Castilla La-Mancha: Asociación [ciceron.org](http://www.asociacionciceron.org); 2014. Available from: <https://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
27. Pedroso-Chaparro M del S. Soledad no deseada y variables asociadas en población adulta en España [Internet]. Soledades. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. 2022. Available from: <https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe>
28. Cobos FM, Almendro JME. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Atención Primaria [Internet]. 2008 Jun;40(6):305-9. Available from: <https://doi.org/10.1157/13123684>
29. Garza-Sánchez RI, González-Tovar J. El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. Interacciones [Internet]. 2018 Sep;4(3):191-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.24016/2018.v4n3.155>
30. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van den Noortgate W, Goossens L. Gender Differences in Loneliness across the Lifespan: A Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1002/per.2220> [Internet]. 2019 Nov;33(6):642-54. Available from: <https://doi.org/10.1002/per.2220>
31. Rosales M; Morey Cortès A. Set in Stone? Mobile Practices Evolution in Later Life. Media Commun [Internet]. 2023;11(3):40. Available from: <https://doi.org/10.17645/mac.v11i3.6701>
32. Pinazo-Henandis S, Bellegarde MD. La soledad de las personas mayores: conceptualización, valoración e intervención [Internet]. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal; 2018. 175 p. Available from: <http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf>
33. Martín Roncero U, González-Rábago Y. Unwanted loneliness, health and social inequalities throughout the life cycle. Gac Sanit [Internet]. 2021 Sep;35(5):432-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
34. González-Celis Rangel AL, Lima Ortiz L. Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. Entreciencias Diálogos en la Soc del Conoc [Internet]. 2017;5(15). Available from: <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>
35. García-González JM. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sevilla; 2020. Available from: [https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-07/Soledad55%2B\\_Andalucia\\_Informe-junio-2020.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-07/Soledad55%2B_Andalucia_Informe-junio-2020.pdf)
36. Elsevier. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. 2015. Available from: <https://www-nnnconsult-com.bibliouca.idm.oclc.org/>

# Aplicación del termómetro comunitario en la docencia del grado en enfermería: perspectiva del estudiantado

Miriam Rodríguez-Monforte (PhD)<sup>1</sup> Daniel G. Abiétar (MSc)<sup>2,3</sup>; Rosa Villafáfila-Farrero (MD)<sup>3,4</sup>; Elena Carrillo-Álvarez (PhD)<sup>1</sup>; Marta Reyes-Vizcarro (MSc)<sup>1</sup>; Sofía Berlanga-Fernández (PhD)<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Global Research on Wellbeing (GRoW) research group; Blanquerna School of Health Sciences- Universitat Ramon Llull, Barcelona. España

<sup>2</sup>Unidad de Gestión de la Información en Salud (UGIS). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS), Barcelona, España.

<sup>3</sup>Grupo GREDOCAP (Grupo de investigación en Docencia en Atención Primaria)

<sup>4</sup>Unitat Docent Multiprofessional Atenció Familiar i Comunitària Costa Ponent-Metropolitana Sud, Barcelona, España.

\*Autor de correspondencia: [sberlanga.apms.ics@gencat.cat](mailto:sberlanga.apms.ics@gencat.cat)

Manuscrito recibido: 01/03/2026

Manuscrito aceptado: 30/03/2026

## Cómo citar este documento

Rodríguez-Monforte M, Abiétar DG, Villafáfila-Farrero R, Carrillo-Álvarez E, Reyes-Vizcarro M, Berlanga-Fernández S. Aplicación del termómetro comunitario en la docencia del grado en enfermería: perspectiva del estudiantado. *RqR Quantitative and Qualitative Community Nursing Research* 2026;14(1):87-103.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Fuentes de financiación

La investigación no recibió financiación.

## Contribución de autoría (credit):

Conceptualización: M. Rodríguez-Monforte y S. Berlanga-Fernández; Metodología: D. G. Abiétar y R. Villafáfila-Farrero; Análisis formal: D. G. Abiétar; Redacción-preparación del borrador original: M. Rodríguez-Monforte, E. Carrillo-Álvarez, S. Berlanga-Fernández; Redacción-revisión y edición: M. Reyes-Vizcarro y S. Berlanga-Fernández.

# Original

## Resumen

**Objetivo:** Analizar cómo los estudiantes del grado en Enfermería comprenden y observan la aplicación de los determinantes sociales de la salud durante sus prácticas clínicas en Atención Primaria. De manera específica, se evalúa la comprensión de los ítems de una versión adaptada del Termómetro Comunitario, la frecuencia de observación de estas prácticas y las diferencias existentes entre los tres niveles de intervención (consulta individual, centro de salud y comunidad).

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el curso académico 2024-2025. Se utilizó un muestreo por conveniencia sobre una población de 125 estudiantes de primer curso del grado en Enfermería. Los datos se recogieron mediante un cuestionario en línea autoadministrado, basado en una adaptación del Termómetro Comunitario al contexto formativo, obteniéndose una muestra final de 106 estudiantes que realizaron sus prácticas clínicas en centros de Atención Primaria

**Resultados:** El estudiantado comprendió y observó con mayor frecuencia prácticas relacionadas con la equidad y la identificación de determinantes sociales en la atención clínica individual. En contraste, se evidenciaron mayores dificultades de comprensión y menores niveles de observación en los ítems vinculados a herramientas técnicas, procedimientos organizativos y acciones comunitarias, especialmente aquellas situadas en el nivel comunitario, que presentaron una elevada variabilidad entre los distintos centros de prácticas.

**Conclusión:** Los resultados ponen de manifiesto una brecha entre los marcos teóricos de la salud comunitaria y su aplicación práctica durante las prácticas clínicas. El Termómetro Comunitario se posiciona como una herramienta útil para promover la reflexión crítica del estudiantado y contribuir al fortalecimiento progresivo de las competencias en salud comunitaria y equidad en el grado en Enfermería.

## Palabras clave

Determinantes Sociales de la Salud; Enfermería Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación en Enfermería; Equidad en Salud; Prácticas Clínicas.

# Application of the Community Thermometer in Undergraduate Nursing Education: Students' Perspectives

## Abstract

**Objective:** To analyze how undergraduate nursing students understand and observe the application of social determinants of health during their clinical placements in Primary Health Care. Specifically, it evaluates the understanding of the items from an adapted version of the Community Thermometer, the frequency of observation of these community practices, and the existing differences among the three levels of intervention (individual consultation, health center, and community).

**Methodology:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted during the 2024-2025 academic year. Convenience sampling was used on a population of 125 first-year undergraduate nursing students. Data were collected through a self-administered online questionnaire, based on an adaptation of the Community Thermometer to the educational context, obtaining a final sample of 106 students who com-

pleted their clinical placements in Primary Health Care centers

**Results:** Students more frequently understood and observed practices related to equity and the identification of social determinants of health within individual clinical care. In contrast, greater difficulties in understanding and lower levels of observation were identified in items related to technical tools, organizational procedures, and community-based actions, particularly those situated at the community level, which showed high variability across placement sites.

**Conclusions:** The findings reveal a gap between theoretical frameworks of community health and their practical application during clinical placements. The Community Thermometer emerges as a useful tool to foster critical reflection among nursing students and to progressively strengthen competencies in community health and equity within undergraduate nursing education.

## Key words

Social Determinants of Health; Community Nursing; Primary Health Care; Nursing Education; Health Equity; Clinical Practice.

# 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades” [1]. Esta definición resalta la importancia de considerar a la persona de manera integral, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en su salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, junto con las fuerzas y sistemas que influyen en estas condiciones [2]. Estos determinantes abarcan factores políticos, económicos, sociales, culturales, medioambientales y conductuales. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS, creada en 2005, ha promovido la adopción de diversos modelos teóricos influyentes sobre los determinantes sociales de la salud, entre los que destaca el propuesto por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. Este modelo muestra que las desigualdades en salud emergen de la interacción entre múltiples niveles de condiciones, que abarcan desde factores individuales hasta el contexto de las políticas nacionales. En su núcleo se sitúan los determinantes no modificables, como la edad, el sexo y la dotación genética, rodeados por capas sucesivas de factores modificables, entre las que se incluyen los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, así como las políticas socioeconómicas y ambientales [3].

Tal y como plantea la OMS, enfrentar los determinantes sociales de la salud requiere de una acción multisectorial y el rechazo de cualquier forma de inequidad, reconociendo que la salud es un derecho humano, resaltando la importancia de abordar tanto factores estructurales como intermedios para mejorar la salud de las poblaciones. Tanto la Declaración de Alma-Ata

(1978) [4], como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) [5], subrayaron tempranamente la necesidad de que las políticas de salud actúen sobre las condiciones sociales económicas y ambientales que influyen en la salud, destacando el papel central de la Atención Primaria de Salud como estrategia clave para crear entornos más favorables y equitativos [2,5].

En España, la Estrategia de Equidad en Salud del Sistema Nacional de Salud [6] complementa distintas iniciativas de abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante la creación de sistemas de información, redes intersectoriales y mecanismos de monitoreo que orientan la toma de decisiones hacia la reducción de desigualdades sociales en salud. Algunos ejemplos a nivel autonómico incluyen el Observatorio de Salud de Asturias [7], incorporando información sobre determinantes y desigualdades de la población asturiana para facilitar la planificación de políticas y acciones comunitarias orientadas a la equidad; y en Cataluña, el Observatori de les Desigualtats en Salut, creado en 2020 dentro de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) [8], centrándose en visibilizar desigualdades en salud y proveer datos para diseñar políticas intersectoriales de salud comunitaria [3,7,8].

Estos sistemas de información y observatorios no solo generan evidencia para la formulación de políticas públicas, sino que también proporcionan un conocimiento esencial para la práctica profesional. En particular, los profesionales sanitarios, y especialmente las enfermeras, desempeñan un papel clave en la identificación y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, aplicando la información disponible para orientar intervenciones y mejorar la salud comunitaria [9,10]. Su formación en Salud Pública y Comunitaria, respaldada por organismos como el Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública y la Agencia Nacional de Evaluación de la

Calidad y Acreditación (ANECA), les debe permitir integrar el análisis de desigualdades y la promoción de entornos favorables en la práctica clínica y comunitaria, convirtiéndose en agentes activos en la traducción de la evidencia de los observatorios en estrategias efectivas de reducción de brechas en salud [11,12]. Según el libro Blanco de la titulación de Enfermería el contenido vinculado a salud comunitaria debe ser de tipo obligatorio y el segundo con más peso del total de la titulación (13.5% sobre el total), sólo por detrás de contenidos relacionados con el ámbito de la enfermería clínica (25.5%) [13,14].

No obstante, cabe considerar que la formación de las futuras enfermeras es eminentemente práctica. A nivel español, el Real Decreto 581/2017 [13], que incorpora al ordenamiento jurídico la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo establece que la formación de grado en Enfermería debe incluir un equilibrio entre teoría y práctica, garantizando que al menos la mitad de la formación total corresponda a formación clínica en contextos asistenciales (como hospitales y centros de Atención Primaria) para que los estudiantes desarrollen habilidades prácticas en entornos reales. Esta transposición de la norma comunitaria a la legislación nacional asegura que la formación de las enfermeras sea comparable y reconocible en todo el espacio europeo de educación superior, lo que favorece la movilidad profesional y la calidad de los cuidados. Además, la identidad profesional de las enfermeras debe fomentar la reflexión crítica y el desarrollo de valores éticos y humanísticos que guiarán su práctica futura [16].

Más allá de la regulación, la eficacia de la formación depende de las metodologías y herramientas pedagógicas utilizadas que permitan trasladar los conocimientos sobre determinantes sociales de la salud a la práctica profesional siendo esencial que los estudiantes de enfermería se familiaricen con los determinantes de la salud

desde el inicio de su formación y desde todas las experiencias de aprendizaje, tanto teórico como práctico, para que adquieran una visión integral y global de la salud.

El Termómetro comunitario [17], desarrollado por el Observatorio de Salud en Asturias, es una herramienta diseñada para evaluar la orientación comunitaria de los profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria. Consiste en un cuestionario estructurado que analiza cómo los profesionales incorporan la salud comunitaria y los determinantes sociales de la salud en tres niveles de intervención: consulta individual, equipo o centro de salud y comunidad en general. Su objetivo es medir y fortalecer la capacidad de los profesionales para integrar la perspectiva comunitaria en la práctica diaria, favoreciendo la identificación de necesidades, la planificación de intervenciones y la promoción de la equidad en salud. Aunque su uso principal está dirigido a profesionales en ejercicio, el Termómetro comunitario también puede adaptarse a contextos formativos, proporcionando a estudiantes y recién graduados una herramienta para reflexionar sobre la aplicación práctica de los determinantes sociales en entornos reales. De esta manera, contribuye tanto a la mejora continua de la práctica profesional como a la preparación de las enfermeras y otros profesionales de la salud en competencias clave de Salud Pública y Comunitaria [17-19].

Este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión y aplicación de los determinantes sociales de la salud en las prácticas de Atención Primaria de los estudiantes del grado en Enfermería. Específicamente, se busca determinar el nivel de comprensión de los ítems del Termómetro Comunitario, medir la frecuencia con la que el estudiantado observa dichas prácticas en su día a día, y analizar las diferencias en la aplicación práctica según el nivel de intervención (individual, centro de salud o comunidad).

## 2. Metodología

### 2.1. Diseño y participantes

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante el curso académico 2024-2025, siguiendo las directrices para la comunicación de estudios observacionales (STROBE) [20]. El estudio se llevó a cabo en el contexto académico de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull (Barcelona, España).

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad del estudiantado de primer curso del grado en Enfermería matriculado en la asignatura de Enfermería Comunitaria (n=125) durante el citado curso académico. Se incluyó a aquellos estudiantes que realizaron sus prácticas clínicas en centros de Atención Primaria pertenecientes al área sanitaria de la Gerencia Territorial de Barcelona Ciudad, Metropolitana Nord y Sud.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la accesibilidad y la voluntariedad de participación. El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la calculadora de Netquest, estimándose necesaria una muestra mínima de 86 participantes para una población de 125, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 6%. Finalmente, los datos se recogieron mediante un cuestionario en línea autoadministrado, basado en una adaptación del Termómetro Comunitario, alcanzándose una muestra final de 106 estudiantes.

### 2.2. Procedimiento y recogida de datos

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario online autoadministrado diseñado a través de la herramienta Google Forms. El acceso al mismo se facilitó mediante código QR proporcionado a los

estudiantes durante una sesión presencial en la clase de Enfermería Comunitaria tras la finalización de sus prácticas. Para el acceso, el formulario se configuró pudiendo acceder con cualquier correo electrónico; no obstante, se garantizó el anonimato de las respuestas configurando la plataforma para no recopilar ni vincular las direcciones de correo con las respuestas emitidas.

La recogida de datos se llevó a cabo en el mes de abril de 2025, tras finalizar el periodo de tres semanas de prácticas clínicas en los centros de salud. Previamente, a principios de marzo, se realizó una sesión informativa para presentar el estudio al alumnado. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario online autoadministrado, cuya cumplimentación tuvo una duración estimada de entre 10 y 15 minutos.

### 2.3. Instrumento

Se utilizó una versión adaptada al contexto docente del "Termómetro comunitario", herramienta desarrollada originalmente por el Observatorio de Salud en Asturias [18]. El proceso de adaptación consistió en ajustar la redacción de los ítems para orientarlos a la observación del entorno clínico desde la perspectiva del estudiante, manteniendo la estructura original del instrumento. Previo al inicio del estudio, se llevó a cabo un pilotaje con un grupo reducido de 10 estudiantes de tercer curso de enfermería para asegurar la correcta comprensión de los ítems y la viabilidad del cuestionario en este contexto formativo. El instrumento consta de 29 ítems agrupados en tres niveles de análisis: consulta individual, centro de salud y comunidad.

Para fines de esta investigación, el cuestionario se estructuró en dos secciones por cada ítem:

1. Evaluación de la comprensión: El estudiantado debía indicar su nivel de entendimiento de la pregunta (si la entendía, si

no la entendía o si carecía de conocimientos para responder).

2. Valoración de la observación: Aquellos que comprendían la pregunta valoraban, mediante una escala tipo Likert de 0 (nunca observada) a 5 (siempre observada), la frecuencia con la que identificaron dichas acciones de orientación comunitaria durante sus prácticas.

Adicionalmente, el instrumento recogió variables sociodemográficas y académicas, incluyendo edad, identidad de género, país de nacimiento y experiencia laboral previa en Atención Primaria.

## 2.4. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Dado el carácter ordinal de los datos recogidos en la escala Likert y la ausencia de distribución normal, las variables cuantitativas se resumieron utilizando medianas y rangos intercuartílicos (IQR). No se asumió equidistancia entre las categorías de respuesta, por lo que no se emplearon medias aritméticas. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico R (versión 4.5.0).

## 2.5. Consideraciones éticas

El estudio se realizó de conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de protección de datos (Reglamento General de Protección de Datos). El protocolo de investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universitat Ramon Llull (código de aprobación: 2025-04-06). La participación fue totalmente voluntaria y anónima, obteniéndose el consentimiento informado, en formato digital, de todos los participantes previo al acceso al cuestionario.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, que fueron tratados de forma agregada exclusivamente con fines de investigación.

## 3. Resultados

El periodo de prácticas se desarrolló en 17 centros de salud de Atención Primaria. Estos centros se caracterizan por ser centros urbanos, con distinta densidad poblacional y nivel socioeconómico diverso. Uno de los centros fue de ámbito rural.

### 3.1. Características de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 106 estudiantes (Tabla 1). Al analizar el perfil sociodemográfico, se observó un predominio del grupo etario joven, donde el 62% (n=66) tenía entre 18 y 24 años, seguido por un 19% (n=20) entre 25 y 30 años. En cuanto a la identidad de género, la mayoría de los participantes fueron mujeres, representando el 83% (n=88) de la muestra, frente a un 16% (n=17) de hombres.

Tabla 1: Datos sociodemográficos

Variable	N	N = 106 <sup>1</sup>
<b>Edad</b>	<b>106</b>	
Entre 18 y 24 años	66	(62%)
Entre 25 y 30 años	20	(19%)
Entre 31 y 40 años	11	(10%)
Más de 41 años	9	(8.5%)
<b>Identidad de género</b>	<b>106</b>	
Mujer	88	(83%)
Hombre	17	(16%)
Prefiero no decirlo	1	(0.9%)
<b>País de nacimiento</b>	<b>106</b>	
Alemania	1	(1.1%)
Andorra	1	(1.1%)
Argentina	2	(2.2%)
Bolivia	2	(2.2%)
Catalunya	1	(1.1%)
Chile	1	(1.1%)

→

Variable	N	N = 106 <sup>1</sup>
China	2	2 (2.2%)
Colombia	5	5 (5.6%)
Ecuador	1	1 (1.1%)
España	68	68 (76%)
Espanya	1	1 (1.1%)
México	1	1 (1.1%)
Perú	2	2 (2.2%)
Rusia	1	1 (1.1%)
No responde	17	17 (11%)
<b>Experiencia previa como trabajador/a de AP</b>		<b>106</b>
No	91	86%
Si	15	14%

Notas: <sup>1</sup>n (%). Fuente: Elaboración propia

Respecto al país de nacimiento, el 76% (n=68) de los participantes nació en España. Entre los estudiantes nacidos en el extranjero, la nacionalidad más frecuente fue la colombiana (5,6%; n=5), seguida de porcentajes menores (2,2%) procedentes de Argentina, Bolivia, China y Perú. En relación con la experiencia laboral previa en Atención Primaria, el 86% (n=91) de los estudiantes no había trabajado anteriormente en este ámbito asistencial (Tabla 1).

### 3.2. Comprensión de los ítems del Termómetro comunitario

El análisis de la comprensión del instrumento reveló diferencias notables según el tipo de contenido evaluado (Tabla 2). Los ítems relacionados con conceptos generales de salud comunitaria y equidad mostraron niveles muy elevados de comprensión. Destaca el ítem sobre el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad por parte del centro (ítem 20), comprendido por el 99,1% (n=105) de los estudiantes. Asimismo, la incorporación de la mirada de equidad en la práctica clínica (ítem 11) y la recogida de determinantes sociales en la historia clínica (ítem 4) fueron comprendidos por el 98,1% (n=104) y el 97,1% (n=103) de los participantes, respectivamente.

Por el contrario, se evidenciaron lagunas de conocimiento en ítems que implican herramientas técnicas o estructuras organizativas específicas. El uso de códigos Z (ítem 6) presentó la mayor dificultad, con un 34,9% (n=37) de estudiantes que manifestaron no disponer de conocimientos para responder. De manera similar, se observaron porcentajes relevantes de desconocimiento en preguntas sobre intervenciones grupales para el malestar social (25,5%; n=27) y sobre la existencia de espacios de trabajo colaborativo no sanitario (22,6%; n=24).

### 3.3. Observación de las acciones descritas durante las prácticas

En cuanto a la observación de las acciones durante las prácticas clínicas (Tabla 3), los resultados mostraron un gradiente claro entre la atención individual y la comunitaria. Las acciones vinculadas a la consulta individual obtuvieron las valoraciones más altas y homogéneas. La incorporación de la mirada de equidad (ítem 11) y el registro de determinantes sociales en la historia clínica (ítem 4) presentaron una mediana de 5 (siempre observada), con un rango intercuartílico (IQR) de 1 y 2, respectivamente.

Sin embargo, la observación disminuyó en aspectos procedimentales y comunitarios. El uso de códigos Z (ítem 6) obtuvo una mediana de 1 (un poco observada), reflejando una escasa visibilidad de esta herramienta de registro. Finalmente, las acciones del nivel comunitario mostraron la mayor variabilidad y menor frecuencia de observación. Ítems como la existencia de intervenciones grupales para el malestar social (ítem 18) obtuvieron una mediana de 3 (observada alguna vez) con un rango intercuartílico elevado (IQR=4).

**Tabla 2.** Comprensión de los ítems del Termómetro comunitario

Pregunta	No dispongo de los conocimientos para responder		No se entiende la pregunta		Se comprende la pregunta		Moda	Mediana	IQR
	Frecuencia_0	Frecuencia_Relativa_0	Frecuencia_1	Frecuencia_Relativa_1	Frecuencia_2	Frecuencia_Relativa_2			
1-¿Observas si la entrevista clínica está orientada al usuario en su contexto socioeconómico? (pcom1)	6	0,057	6	0,057	94	0,887	3	3	0
2-¿Observas si se utiliza alguna herramienta (genograma o similares) para realizar la valoración del entorno familiar de la persona atendida? (pcom2)	11	0,104	2	0,019	93	0,877	3	3	0
3-¿Observas si se incorpora en la práctica clínica, de forma sistemática, un abordaje biopsicosocial? (pcom3)	4	0,038	3	0,028	99	0,934	3	3	0
4-¿Observas si se recoge en la historia clínica elementos relacionados con determinantes sociales (económicos, educativos, laborales, etc.) de los usuarios? (pcom4)	3	0,028	0	0	103	0,972	3	3	0
5-¿Observas si se incorpora alguna pregunta para detectar situaciones de pobreza (por, ej. tiene dificultades para llegar a fin de mes o pagar gastos básicos)? (pcom5)	8	0,075	2	0,019	96	0,906	3	3	0
6-¿Observas si se utilizan códigos Z para determinados episodios? (pcom6)	37	0,349	39	0,368	30	0,283	2	2	2
7-¿Observas si en el caso de abordaje social completo, se realiza de forma estructurada un trabajo coordinado con trabajo social? (pcom7)	9	0,085	4	0,038	93	0,877	3	3	0
8-¿Observas si se incorporan en la práctica recomendaciones de diferentes recursos y activos comunitarios para la salud? (pcom8)	3	0,028	1	0,009	102	0,962	3	3	0
9-¿Observas si se recoge de manera estructurada en la historia clínica elementos relacionados con activos personales y del entorno inmediato: redes de ayuda, recursos personales...? (pcom9)	6	0,057	1	0,009	99	0,934	3	3	0
10-¿Observas si se utiliza una metodología de forma sistemática en las actividades de educación para la salud que se realizan habitualmente? (pcom10)	8	0,075	0	0	98	0,925	3	3	0
11-¿Observas si se incorpora una mirada de equidad en los diferentes ejes de desigualdad (género, clase social, etnia, territorio, edad, orientación, creencias...) en la práctica? (pcom11)	2	0,019	0	0	104	0,981	3	3	0
12-Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del trabajo clínico? (pcom12)	3	0,028	4	0,038	99	0,934	3	3	0
13-¿Se realizan de forma habitual en el Centro de Salud sesiones formativas relacionadas con la educación para la salud, promoción de la salud o salud comunitaria? (pcom13)	4	0,038	0	0	102	0,962	3	3	0
14-¿Hay alguna persona del centro de salud con dedicación más expresa a trabajar en promoción de la salud o salud comunitaria? (pcom14)	8	0,075	2	0,019	96	0,906	3	3	0
15-¿Se desarrollan intervenciones grupales de educación para la salud en el centro? (pcom15)	3	0,028	3	0,028	100	0,943	3	3	0
16-¿Se desarrollan intervenciones de educación para la salud fuera del centro? (pcom16)	16	0,151	2	0,019	88	0,83	3	3	0
17-¿Las intervenciones de educación para la salud que se realizan, incorporan una perspectiva de determinantes sociales o se centran exclusivamente en conductas individuales? (pcom17)	10	0,094	7	0,066	89	0,84	3	3	0

→

Pregunta	No dispongo de los conocimientos para responder		No se entiende la pregunta		Se comprende la pregunta		Moda	Mediana	IQR
	Frecuencia_0	Frecuencia_Relativa_0	Frecuencia_1	Frecuencia_Relativa_1	Frecuencia_2	Frecuencia_Relativa_2			
<b>18-</b> ¿Existen intervenciones grupales orientadas al abordaje del malestar social (ej. Atención a malestares, Metodología de Procesos Correctores Comunitarios, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) o similares? (pcom18)	27	0,255	7	0,066	72	0,679	3	3	1,75
<b>19-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo coordinador del Centro de Salud? (pcom19)	6	0,057	3	0,028	97	0,915	3	3	0
<b>20-</b> Tu Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales problemas de salud de la comunidad? (pcom20)	1	0,009	0	0	105	0,991	3	3	0
<b>21-</b> Su Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales activos de salud y recursos de su comunidad? (pcom21)	3	0,028	0	0	103	0,972	3	3	0
<b>22-</b> ¿Existe alguna estructura de participación local en la que participe tu Centro de Salud (consejo de salud, consejo de participación, mesa intersectorial o similares)? (pcom22)	23	0,217	5	0,047	78	0,736	3	3	1
<b>23-</b> En caso de existir la estructura, ¿es un espacio donde se trabaje de forma colaborativa y con un enfoque de salud (no sanitario)? (pcom23)	24	0,226	8	0,075	74	0,698	3	3	1
<b>24-</b> Si existen, ¿se trabaja de acuerdo con planes de actuación estructurados con objetivos y tareas planificadas? (pcom24)	18	0,17	2	0,019	86	0,811	3	3	0
<b>25-</b> ¿Se incorpora la perspectiva de equidad en el trabajo comunitario en el que participa el Centro de Salud? (pcom25)	10	0,094	3	0,028	93	0,877	3	3	0
<b>26-</b> ¿Hay apoyo por parte del equipo directivo de tu zona a la orientación comunitaria de tu centro de salud? (pcom26)	15	0,142	2	0,019	89	0,84	3	3	0
<b>27-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo directivo en tu área sanitaria? (pcom27)	10	0,094	1	0,009	95	0,896	3	3	0
<b>28-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de los municipios de tu zona? (pcom28)	17	0,16	1	0,009	88	0,83	3	3	0
<b>29-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de la población y la red asociativa de tu zona de prácticas? (pcom29)	9	0,085	2	0,019	95	0,896	3	3	0

Notas: fi0 Frecuencia 0; fr0 Frecuencia relativa 0; fi1 Frecuencia 1; fr0 Frecuencia relativa 1; fi2 Frecuencia 2; fr2 Frecuencia relativa 2;

Mo: Moda;  $\bar{x}$  =Media ;IQR= Rango inter Quartil. Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3.** Observación de las acciones descritas en el Termómetro comunitario durante las prácticas de salud comunitaria

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
1-¿Observas si la entrevista clínica está orientada al usuario en su contexto socioeconómico? (pobs1)	8	8%	8	8%	4	4%	16	15%	36	34%	34	32%	Observada siempre (5)	2
2-¿Observas si se utiliza alguna herramienta (genograma o similares) para realizar la valoración del entorno familiar de la persona atendida? (pobs2)	24	23%	20	19%	11	10%	11	10%	19	18%	21	20%	Observada alguna vez(3)	3
3-¿Observas si se incorpora en la práctica clínica, de forma sistemática, un abordaje biopsicosocial? (pobs3)	5	5%	3	3%	7	7%	23	22%	37	35%	31	29%	Observada siempre (5)	2
4-¿Observas si se recoge en la historia clínica elementos relacionados con determinantes sociales (económicos, educativos, laborales, etc.) de los usuarios? (pobs4)	2	2%	5	5%	9	9%	19	18%	22	21%	49	46%	Observada siempre (5)	2
5-¿Observas si se incorpora alguna pregunta para detectar situaciones de pobreza (por, ej. tiene dificultades para llegar a fin de mes o pagar gastos básicos)? (pobs5)	11	10%	11	10%	13	12%	16	15%	36	34%	19	18%	Observada siempre (5)	2
6-¿Observas si se utilizan códigos Z para determinados episodios? (pobs6)	77	73%	3	3%	2	2%	4	4%	12	11%	8	8%	Un poco observada (1)	1
7-¿Observas si en el caso de abordaje social completo, se realiza de forma estructurada un trabajo coordinado con trabajo social? (pobs7)	14	13%	3	3%	4	4%	14	13%	37	35%	34	32%	Observada siempre (5)	2
8-¿Observas si se incorporan en la práctica recomendaciones de diferentes recursos y activos comunitarios para la salud? (pobs8)	2	2%	2	2%	1	1%	9	9%	41	39%	51	48%	Observada siempre (5)	1
9-¿Observas si se recoge de manera estructurada en la historia clínica elementos relacionados con activos personales y del entorno inmediato: redes de ayuda, recursos personales...? (pobs9)	5	5%	8	8%	6	6%	16	15%	37	35%	34	32%	Observada siempre (5)	2
10-¿Observas si se utiliza una metodología de forma sistemática en las actividades de educación para la salud que se realizan habitualmente? (pobs10)	6	6%	4	4%	5	5%	12	11%	36	34%	43	41%	Observada siempre (5)	2
11-¿Observas si se incorpora una mirada de equidad en los diferentes ejes de desigualdad (género, clase social, etnia, territorio, edad, orientación, creencias...) en la práctica? (pobs11)	2	2%	3	3%	2	2%	18	17%	26	25%	55	52%		1

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
<b>12-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del trabajo clínico? (pobs12)	6	6%	2	2%	3	3%	15	14%	43	41%	37	35%	Observada siempre (5)	1
<b>13-</b> ¿Se realizan de forma habitual en el Centro de Salud sesiones formativas relacionadas con la educación para la salud, promoción de la salud o salud comunitaria? (pobs13)	5	5%	2	2%	1	1%	14	13%	12	11%	72	68%		1
<b>14-</b> ¿Hay alguna persona del centro de salud con dedicación más expresa a trabajar en promoción de la salud o salud comunitaria? (pobs14)	9	9%	3	3%	7	7%	17	16%	21	20%	49	46%	Observada siempre (5)	2
<b>15-</b> Se desarrollan intervenciones grupales de educación para la salud en el centro (pobs15)	9	9%	2	2%	1	1%	12	11%	29	27%	53	50%	Observada siempre (5)	1
<b>16-</b> ¿Se desarrollan intervenciones de educación para la salud fuera del centro? (pobs16)	22	21%	3	3%	10	9%	15	14%	20	19%	36	34%	Observada siempre (5)	3
<b>17-</b> ¿Las intervenciones de educación para la salud que se realizan, incorporan una perspectiva de determinantes sociales o se centran exclusivamente en conductas individuales? (pobs17)	18	17%	2	2%	5	5%	17	16%	37	35%	27	26%	Observada siempre (5)	2
<b>18-</b> ¿Existen intervenciones grupales orientadas al abordaje del malestar social (ej. Atención a malestares, Metodología de Procesos Correctores Comunitarios, Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) o similares? (pobs18)	40	38%	2	2%	12	11%	15	14%	17	16%	20	19%	Observada alguna vez(3)	4
<b>19-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo coordinador del Centro de Salud? (pobs19)	8	8%	0	0%	4	4%	16	15%	33	31%	45	43%	Observada siempre (5)	2
<b>20-</b> Tu Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales problemas de salud de la comunidad? (pobs20)	1	1%	0	0%	1	1%	13	12%	31	29%	60	57%		1
<b>21-</b> Su Centro de Salud, ¿conoce de forma estructurada cuáles son los principales activos de salud y recursos de su comunidad? (pobs21)	1	1%	0	0%	3	3%	16	15%	37	35%	49	46%	Observada siempre (5)	1
<b>22-</b> ¿Existe alguna estructura de participación local en la que participe tu Centro de Salud (consejo de salud, consejo de participación, mesa intersectorial o similares)? (pobs22)	32	30%	10	9%	1	1%	16	15%	20	19%	27	26%	Bastante observada (4)	5

Id_item	Nunca observada (0)		1		2		3		4		Siempre observada (5)		Mediana	IQR
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR		
<b>23-</b> En caso de existir la estructura, ¿es un espacio donde se trabaja de forma colaborativa y con un enfoque de salud (no sanitario)? (pobs23)	34	32%	4	4%	3	3%	12	11%	21	20%	32	30%	Bastante observada (4)	5
<b>24-</b> Si existen, ¿se trabaja de acuerdo con planes de actuación estructurados con objetivos y tareas planificadas? (pobs24)	21	20%	3	3%	4	4%	19	18%	25	24%	34	32%	Observada siempre (5)	3
<b>25-</b> ¿Se incorpora la perspectiva de equidad en el trabajo comunitario en el que participa el Centro de Salud? (pobs25)	10	9%	2	2%	1	1%	14	13%	34	32%	45	43%	Observada siempre (5)	2
<b>26-</b> ¿Hay apoyo por parte del equipo directivo de tu zona a la orientación comunitaria de tu centro de salud? (pobs26)	19	18%	4	4%	3	3%	16	15%	26	25%	38	36%	Observada siempre (5)	2
<b>27-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria del equipo directivo en tu área sanitaria? (pobs27)	11	10%	1	1%	10	9%	12	11%	36	34%	36	34%	Observada siempre (5)	2
<b>28-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de los municipios de tu zona? (pobs28)	17	16%	4	4%	1	1%	22	21%	29	27%	33	31%	Observada siempre (5)	2
<b>29-</b> Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, ¿cómo valoras la orientación comunitaria de la población y la red asociativa de tu zona de prácticas? (pobs29)	10	9%	2	2%	3	3%	17	16%	33	31%	41	39%	Observada siempre (5)	2

Notas: FA (frecuencia absoluta); FR (frecuencia relativa); IQR= Rango inter Quartil. Fuente: Elaboración propia

## 4. Discusión

En consonancia con el objetivo del estudio, los resultados muestran que el estudiantado identifica con mayor frecuencia y homogeneidad las prácticas relacionadas con la atención individual y clínica, mientras que las acciones de carácter más estructural y comunitario aparecen menos visibles o menos consolidadas durante las prácticas formativas del grado. Este patrón se observa de manera consistente tanto en la comprensión de los ítems del cuestionario como en la observación de las acciones descritas, evidenciando una mayor familiaridad de los estudiantes con interven-

ciones centradas en la práctica clínica cotidiana frente a aquellas que requieren una mayor sistematización organizativa y un enfoque comunitario más explícito [21,22].

En relación con la comprensión del cuestionario, los estudiantes muestran un alto nivel de entendimiento en aquellas preguntas vinculadas a aspectos generales de la orientación comunitaria, como el conocimiento de los principales problemas de salud de la comunidad o la incorporación de una mirada de equidad en la práctica clínica [23]. Por el contrario, las mayores dificultades de comprensión se concentran en ítems específicos y técnicos,

como el uso de los códigos Z o la identificación de determinadas estructuras comunitarias, lo que apunta a posibles lagunas formativas o a una escasa exposición del estudiantado a estas herramientas durante la práctica asistencial [21,22].

En cuanto a la observación de las acciones durante las prácticas clínicas, la percepción relativamente homogénea del estudiantado en los ítems de atención individual sugiere que dichas prácticas están más integradas en la dinámica asistencial cotidiana [21,22]. No obstante, las acciones que implican el uso de herramientas estructuradas, como el registro sistemático de determinantes sociales, son observadas con menor frecuencia y muestran mayor variabilidad, coincidiendo con estudios previos que señalan dificultades organizativas para su implementación efectiva [21,23].

Es notable que las acciones situadas en el nivel comunitario, como la existencia de intervenciones grupales o espacios de trabajo colaborativo, presentan los niveles más bajos de observación y una mayor heterogeneidad. Esta variabilidad sugiere diferencias relevantes entre los centros de prácticas en cuanto al desarrollo y visibilidad de la acción comunitaria, un fenómeno descrito en investigaciones sobre Atención Primaria orientada a la comunidad [24]. El hallazgo pone de manifiesto una asimetría entre el abordaje clínico individual y el comunitario, donde el estudiantado encuentra mayores dificultades para reconocer herramientas y estructuras que requieren una mayor sistematización organizativa [21,22].

La definición integral de salud de la OMS y el modelo de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead enfatizan la necesidad de actuar más allá del ámbito clínico individual [23]. Sin embargo, los resultados evidencian que, durante las prácticas formativas, las intervenciones vinculadas a los niveles estructurales y co-

munitarios aparecen menos integradas. Esta discrepancia resalta una brecha entre el marco teórico de salud pública y su traducción práctica en los contextos asistenciales. Aunque la formación en Enfermería incorpora los determinantes sociales, su aplicación práctica continúa condicionada por el predominio del enfoque asistencial individual, lo que puede limitar la vivencia del estudiantado como agente activo en la acción comunitaria, a pesar del papel central de la enfermería en los marcos de equidad en salud [12,13,17].

En este contexto, el uso del Termómetro comunitario permite visibilizar esta dualidad entre el enfoque integral promovido teóricamente y la realidad cotidiana observada, ofreciendo una oportunidad para reforzar la coherencia entre formación y práctica profesional [17,19,22,23].

Estos hallazgos indican, por un lado, una percepción consistente de la aplicación diaria de la mirada de equidad a nivel de consulta, pero a su vez sugieren una gran heterogeneidad entre los distintos centros de salud en la implementación de actividades puramente comunitarias. Las implicaciones educativas de estos resultados hacen prioritario plantear cómo aplicarlos a la formación de los futuros profesionales de enfermería. Los datos evidencian que todavía existe una carencia en la capacitación para el trabajo en equipo mediante intervenciones grupales o en espacios de trabajo colaborativo, los cuales resultan menos visibles para el estudiantado en comparación con el claro predominio del desempeño individual. Por tanto, la formación en enfermería comunitaria debe fortalecer las estrategias pedagógicas que acerquen al alumnado a las dimensiones estructurales e intersectoriales de la Atención Primaria, garantizando que el futuro profesional adquiera competencias no solo en el entorno de la consulta, sino como un agente activo en la comunidad

Por último, es necesario señalar las limitaciones del estudio. Los resultados se basan en la percepción subjetiva del estudiantado, lo que puede estar influido por su grado de implicación o conocimientos previos. Asimismo, la muestra se circunscribe a un contexto académico específico

y se utilizó un muestreo por conveniencia, lo que sugiere prudencia en la generalización de los hallazgos a otros entornos formativos o sanitarios. No obstante, el uso de un instrumento validado y adaptado permite una aproximación sistemática a la realidad docente en Atención Primaria.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington D.C.: PAHO; 2009 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y desigualdades sociales en salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/eqi-dadYDesigualdad/home.htm>
4. OMS, UNICEF. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: OMS; 1978 [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Ottawa: OMS; 1986 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Equidad en Salud del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/eqi-dadYDesigualdad/estrategia/home.htm>
7. Casajuana Kögel C, Cofiño R, López MJ. Evaluación del Observatorio de Salud de Asturias: métricas de web y redes sociales, y opinión de los profesionales de la salud. Gac Sanit. 2014;28(3):183-9.
8. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Observatori de les Desigualtats en Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat/ca/fem/observatori-desigualtats-salut>

9. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, Hernán García M. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit.* 2023;37:102269.
10. Valls B, Calderón S, March JC, Oltra E. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2026];32(S1). Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salud-comunitaria-retos-amenazas-y-oportunidades-informe-sespas-2018/>
11. Pan American Health Organization. PAHO/WHO [Internet]. Washington D.C.: PAHO; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en>
12. International Council of Nurses. Homepage [Internet]. Ginebra: ICN; s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.icn.ch/homepage>
13. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco del título de grado de Enfermería [Internet]. Madrid: ANECA; 2004 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: [https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco\\_jun05\\_enfer%20meria.pdf](https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_jun05_enfer%20meria.pdf)
14. Lana A, Caamaño F, Baltasar A, Amezcua C, Vives C, Davó MC. Competencias y contenidos de salud pública del grado de enfermería en las universidades españolas [Internet]. Alicante: Foro de Profesorado Universitario de Salud Pública; s.f. [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://web.ua.es/es/foro-profesorado-salud-publica/documentos/enfermeria/competencias-y-contenidos-salud-publica-grado-enfermeria.pdf>
15. España. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 10 de junio de 2017 [citado 19 de agosto de 2024];(138). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2017/06/09/581/con>
16. Groothuizen JE. Axiological reflection for nursing ethics education: The missing link in understanding value conflicts. *Nurs Ethics.* 2025 Jun;32(4):1230-1239. doi: 10.1177/09697330241295369. <https://doi.org/10.1177/09697330241295369>
17. Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, Hernán García M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
18. Observatorio de Salud en Asturias. Termómetro de orientación comunitaria [Formulario Internet]. s.f. [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScLYM7BlkcquOtK7GXG6Yd2kiNjEfOJYCjO1DC2ZtKo-QtBdNg/viewform>
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencia/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencia/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf)

20. Iniciativa STROBE. Declaración STROBE: directrices para la comunicación de estudios observacionales [Internet]. Red EQUATOR; 2015 [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: [https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE\\_Spanish.pdf](https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_Spanish.pdf)
21. Rodoreda-Pallàs B, Lumillo-Gutiérrez I, Miró Catalina Q, Torra Escarrer E, Sanahuja Juncadella J, Morin Fraile V. Recording of Social Determinants in Computerized Medical Records in Primary Care Consultations: Quasi-Experimental Study. JMIR Form Res. 2023;7:e41706. <https://doi.org/10.2196/41706>
22. Rodríguez-Benito L, Benedé-Azagra CB, Cubillo-Llanes J, Calderón-Larrañaga S, et al. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». Rev Clin Med Fam. 2023;16(3):286-92. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160308>
23. Jiménez Carrillo M, Fernández Rodker J, Sastre Paz M, Alberquilla Menendez-Asenjo Á. Does the Electronic Health Record reflect the social determinants of health from Primary Health Care? Aten Primaria. 2021;53(1):36-42. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.01.007>
24. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada: EASP; 2013 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Estocolmo: Institute for Futures Studies; 1991.







**Enfermería  
Comunitaria**