

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 20 JUNIO 2024

## EDITORIAL

### La salud mental del futuro en juego

D.<sup>a</sup> Aurora Alés-Portillo

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Análisis del riesgo de conducta suicida en estudiantes de secundaria en León, Nicaragua

Dulce María Oviedo Martínez, Lester Fidel García Guzmán, Ever Téllez Castillo, Edgar Gerardo Delgado Téllez, Diana Massiel Valverdes Murillo, María Guadalupe Vanegas Monterrey, Óscar Enrique Zuniga, Andrés Herrera Rodríguez

### Determinantes laborales y sociales de la desintegración familiar en personal de enfermería en León, Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán, Dulce María Oviedo Martínez, David Alejandro Avelares Briceño, Primitivo Noel Pichardo Corea

## PROYECTO

### “La piel: un medio de comunicación”: intervención enfermera con adolescentes para reducir las autolesiones no suicidas

Raquel Lindo Canchado

## PROTOCOLO

### Análisis de coste-efectividad de los cuidados integrados en adultos afectados por psicosis crónica grave: protocolo para una revisión sistemática y metaanálisis

Alejandro Giménez-Sánchez

AEESME

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Directora

**Dra. Vanessa Sánchez Martínez**, Enfermera especialista en salud mental y licenciada en Antropología. Profesora en la Universidad de Valencia (España).

### Editor

**Dr. Carlos Aguilera-Serrano**, Enfermero especialista en salud mental y licenciado en Antropología. Enfermero en el Servicio Andaluz de Salud y Profesor en la Universidad de Málaga (España).

### Editora Asociada

**Dra. Rocío Juliá-Sanchis**, Enfermera. Profesora en la Universidad de Alicante (España).

## COMITE EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia, Investigación y Formación para el Emprendimiento de México. México.*

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*  
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*  
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*

José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*

Geílsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M<sup>a</sup> Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*

Juan Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*

María Teresa Lluch Canut, *Universitat de Barcelona. España.*

José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*

Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*

Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*

Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*

Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga. España.*

Assumpta Rigol Cuadra, *Universitat de Barcelona. España.*

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Ventosa Esquinaldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. España.*

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 455, Local 14. 28047 Madrid

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

### Tesorera

Esther Vivanco González

### Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Ana Ventosa Ruiz

Dña. Rocío Pérez Campina

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. María González Cid

© AEESME, 2024

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

- 2** **La salud mental del futuro en juego**  
*The mental health of the future at stake*  
D.<sup>a</sup> Aurora Alés-Portillo

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4** **Análisis del riesgo de conducta suicida en estudiantes de secundaria en León, Nicaragua**  
*Risk analysis of suicidal behavior in high school students in León, Nicaragua*  
Dulce María Oviedo Martínez, Lester Fidel García Guzmán, Ever Téllez Castillo,  
Edgar Gerardo Delgado Téllez, Diana Massiel Valverdes Murillo, María Guadalupe Vanegas Monterrey,  
Óscar Enrique Zuniga, Andrés Herrera Rodríguez
- 12** **Determinantes laborales y sociales de la desintegración familiar en personal de enfermería en León, Nicaragua**  
*Workload and social determinants of family disintegration in nursing staff in León, Nicaragua*  
Lester Fidel García Guzmán, Dulce María Oviedo Martínez, David Alejandro Avelares Briceño,  
Primitivo Noel Pichardo Corea

## PROYECTO

- 20** **“La piel: un medio de comunicación”: intervención enfermera con adolescentes para reducir las autolesiones no suicidas**  
*“Skin: a means of communication”: a nursing intervention with adolescents to reduce non-suicidal self-injury*  
Raquel Lindo Canchado

## PROTOCOLO

- 26** **Análisis de coste-efectividad de los cuidados integrados en adultos afectados por psicosis crónica grave: protocolo para una revisión sistemática y metaanálisis**  
*Cost-effectiveness analysis of integrated care in adults affected by severe chronic psychosis: a protocol for a systematic review and meta-analysis*  
Alejandro Giménez-Sánchez

# La salud mental del futuro en juego

The mental health of the future at stake

D.<sup>a</sup> Aurora Alés-Portillo

Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.  
Delegada de AEESME en Andalucía

EDITORIAL

*Como consecuencia, en todos los barrios se construyeron los llamados “depósitos de niños”. Se trataba de grandes edificios en los que había que entregar, y recoger, si era posible, a todos los niños de los que nadie se podía ocupar. Se prohibió severamente que los niños jugaran por las calles, en los parques o en cualquier otro lugar. Si se encontraba a algún niño en esos lugares, siempre había alguien que los llevaba al depósito de niños más cercano. Y a los padres se les castigaba con una buena multa.*

Momo, Michael Ende (1972)

Somos bien conocedoras de que, tras la pandemia, la salud mental de los niños, niñas y adolescentes se ha puesto en el punto de mira. De hecho, forma parte de las líneas de acción principales de la propia Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, así como de los objetivos que recientemente han sido aprobados por la Comisión Europea.

En las bases de una buena salud mental, la infancia y adolescencia ocupan un lugar crucial. Sus experiencias durante estos años de desarrollo van a influir no sólo en su bienestar presente, sino también en su futuro.

Estos periodos de vulnerabilidad son tan determinantes y tan críticos que, más que en ninguna otra etapa, cobran mayor relevancia los programas de prevención y promoción para una salud mental positiva y resiliente. La complejidad que se pone en juego debe movilizar recursos más allá de las políticas sanitarias. No se trata de que las instituciones sanitarias sean las únicas que deban implementar programas de promoción y prevención. Tampoco es una responsabilidad exclusiva del ámbito educativo. La prevención y la promoción de la salud para una sociedad más saludable y, por ende, productiva, pasan por la ineludible implicación de todos los ámbitos e instituciones. La prevención, por tanto, será comunitaria, o no será.

No se puede entender la promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia sin revisar las políticas de conciliación, para que los padres y las madres puedan estar más disponibles para atender las necesidades de sus hijos. Tendemos hacia una “institucionalización de la infancia”, que provoca horarios extensivos agotadores para nuestros hijos e hijas y hacen recaer la educación emocional y de valores en terceras personas fuera del ámbito de la familia.

No se puede entender la promoción de la salud mental sin responder a las necesidades específicas del colectivo infantojuvenil, para que socialmente la crianza sea un valor de desarrollo de responsabilidad compartida. Tendemos hacia una sociedad con un enfoque adultocéntrico, en el que con frecuencia las personas menores de edad parece que “molestan” y se van reduciendo los espacios de presencia y representación de la infancia y la adolescencia.

No se puede entender la promoción de la salud mental sin asegurar la protección en los entornos digitales. Necesitamos un cuidado digital seguro que garantice políticas de protección y limitación reales para un cibercrecimiento saludable. Tendemos hacia un mundo cada vez más conectado, con una omnipresencia del mundo virtual que ha transformado la forma en la que los menores (y mayores) se comunican, aprenden y se relacionan entre sí. Sin embargo, mientras ensalzamos las incuestionables ventajas que los avances tecnológicos han traído consigo, también debemos ser conscientes de los desafíos que plantean, especialmente en lo que respecta a la salud mental. Las terapias y seguimientos *online* ya están incluidos en los sistemas de atención públicos en algunos países, con experiencias incluso muy anteriores a que el covid nos ampliara nuestras posibilidades asistenciales con recursos a distancia. Con

una asignación de terapeutas en la que intervienen algoritmos de inteligencia artificial, y un encuadre restringido por la financiación, este panorama futurista ya está dentro de los servicios públicos. No podemos obviar las profundas transformaciones de los tiempos que transitamos.

No se puede entender la promoción de la salud mental sin atender a las problemáticas en las áreas de vivienda digna, estabilidad laboral, cuidado del medio ambiente, etc., pensando que no tendrán que ver con la salud mental de la sociedad futura. Tendemos a una visión cortoplacista sin valorar el bienestar a largo plazo.

En definitiva, no se puede entender la prevención y la promoción de la salud mental para nuestros menores y adolescentes obviando la influencia de los determinantes sociales de la salud en la crianza y el desarrollo de las personas, y sin entender la confluencia entre las posibilidades de crecimiento y los desafíos propios de estas etapas vulnerables de la vida.

Recientes estudios ponen de relieve una paradoja en el despertar de la concienciación a los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, señalando que una excesiva atención a los problemas de salud mental en periodos críticos del desarrollo puede llegar a suponer un sobrediagnóstico de trastornos en estos segmentos etarios. Sin embargo, estos estudios siguen poniendo el foco más en las etiquetas diagnósticas que en la falta de columpios en espacios públicos.

En esta realidad, como enfermeras especialistas en salud mental, estamos comprometidas con facilitar entornos de apoyo seguros donde se acompañe a padres y madres en el peso de la crianza, con la responsabilidad de ser agentes de cambio y defensores de la salud mental de las próximas generaciones.



# Análisis del riesgo de conducta suicida en estudiantes de secundaria en León, Nicaragua

Risk analysis of suicidal behavior in high school students in León, Nicaragua

Dulce María Oviedo Martínez<sup>1</sup>, Lester Fidel García Guzmán<sup>1</sup>, Ever Téllez Castillo<sup>2</sup>,  
Edgar Gerardo Delgado Téllez<sup>3</sup>, Diana Massiel Valverdes Murillo<sup>4</sup>,  
María Guadalupe Vanegas Monterrey<sup>4</sup>, Óscar Enrique Zuniga<sup>4</sup>, Andrés Herrera Rodríguez<sup>5</sup>

1. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León, Nicaragua.

2. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León, Nicaragua.

3. Departamento de Medicina Interna. Centro de Investigación en Demografía y Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León, Nicaragua.

4. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León, Nicaragua.

5. Facultad de Ciencias Médicas, Centro de Investigación en Demografía y Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. León, Nicaragua.

Contacto: Dulce María Oviedo Martínez, dulce.oviedo@cm.unanleon.edu.ni

Fecha de recepción: 23 de julio de 2023 / Fecha de aceptación: 24 de abril de 2024

## Resumen

**Introducción:** La conducta suicida, que incluye ideación e intento de suicidio, es un problema de salud pública; la intención del individuo de suicidarse puede ser explícita, aunque un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real. La OMS reportó en 2020 que, por cada suicidio consumado, 25 personas intentan suicidarse. La prevalencia de ideación suicida en adolescentes de León, Nicaragua alcanza un 7 %, principalmente en población masculina que consume sustancias psicoactivas.

**Objetivo:** Esta investigación surge como respuesta al reporte de un intento suicida en un colegio de secundaria, con el objetivo de analizar el brote de conducta suicida en estudiantes de undécimo grado de educación secundaria, durante el período de marzo a mayo 2021.

**Metodología:** El estudio fue descriptivo, con 203 estudiantes de undécimo grado de educación secundaria. Se aplicó el test de Valoración Global de las Necesidades Individuales; este evalúa problemas de comportamiento, psicológicos y comunes. Se realizó análisis bivariado con el uso de ji al cuadrado y razón de prevalencia con un intervalo de confianza del 95 %.

**Resultados:** La prevalencia de ideación suicida fue de un 23 %; la proporción de personas que pasaron de pensar en quitarse la vida a intentarlo fue de 1 de cada 3. Los factores que tiene asociación de causalidad con la conducta suicida son dificultad para escuchar instrucciones, antecedentes de suicidio en la familia, sentimientos de soledad; además el consumo de alcohol y otras drogas, y la presencia de síntomas de abstinencia tienen un rol importante en aumentar la probabilidad de ocurrencia de suicidio.

**Palabras clave:** ideación suicida, suicidio, estudiantes, educación secundaria.

## Abstract

**Introduction:** Suicidal behavior, which includes ideation and suicide attempts, is a public health problem; an individual's intention to commit suicide may be explicit, although a suicide attempt may or may not result in actual injury. The WHO reported in 2020 that for every completed suicide, 25 people attempt suicide. The prevalence of suicidal ideation among adolescents in León, Nicaragua, reaches 7 %, mainly in the male population that consumes psychoactive substances.

**Objective:** This research emerged in response to the report of a suicide attempt in a high school, with the aim of analyzing the outbreak of suicidal behavior among 11th-grade secondary education students during the period from March to May 2021.

**Methodology:** The study was descriptive, involving 203 11th-grade secondary education students. The Global Assessment of Individual Needs test was applied; this evaluates behavioral, psychological, and common problems. A bivariate analysis was performed using chi-square and prevalence ratio with a 95 % confidence interval.

**Results:** The prevalence of suicidal ideation was 23 %; the proportion of people who moved from thinking about taking their own lives to attempting it was 1 in 3. The factors that have a causal association with suicidal behavior are difficulty following instructions, a family history of suicide, feelings of loneliness; in addition, alcohol and other drug use, and the presence of withdrawal signs play an important role in increasing the likelihood of suicide occurrence.

**Keywords:** suicidal ideation, suicide, students, secondary education.

## Introducción

La conducta suicida incluye el proceso de ideación y el acto suicida, situaciones consideradas como un problema de salud pública. El suicidio en los adolescentes es una conducta patológica que se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria<sup>1</sup>.

El intento de suicidio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un comportamiento potencialmente autoinfligido, asociado con al menos alguna intención de morir. Se evidencia que la intención del individuo de suicidarse puede ser explícita o inferirse por su conducta, además un intento de suicidio no siempre resulta en una lesión real<sup>2,3</sup>.

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo y se estima que en el año 2020 más de un millón y medio de personas murieron por esta causa y se multiplicarán por 20 las personas que llevarán a cabo una tentativa suicida, de esta forma por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse<sup>4</sup>. En Estados Unidos, las cifras de suicidio aumentaron un 16 % en el periodo 2021-2022, en comparación con las estadísticas del 2020-2021, este incremento corresponde a un registro de 49 369 muertes por lesiones autoinfligidas, las cuales fueron en su mayoría en población masculina de origen rural<sup>5</sup>.

Para dirigir iniciativas de respuesta al suicidio y generar un cambio positivo, la OMS, en conjunto con la Asociación Internacional Para la Prevención del Suicidio, declararon el lema del 10 de octubre, día mundial del suicidio, para el periodo 2024-2026, como “Cambiano la narrativa para el suicidio”, para reducir el estigma y cambiar la percepción de este problema<sup>6</sup>.

Barros dos Santos investigó en 2015 a adolescentes de secundaria de Brasil, encontrando que el 9.9 % habían tenido ideas suicidas durante los 30 días pre-

vios, evidenciado que la ideación suicida fue significativamente asociada entre personas homosexuales<sup>7</sup>. Guzmán Orjuela investigó en 2015 a estudiantes de décimo y undécimo grado de educación secundaria en Colombia, con una prevalencia de ideación suicida del 89.7 %, fenómeno que se presentaba mayoritariamente entre la población femenina<sup>8</sup>. En Guatemala, en su investigación en 2016, Salazar encontró que la prevalencia de ideación suicida fue de un 12.53 %, principalmente en mujeres de 17 años de edad; el riesgo de presentar ideación suicida se duplicaba en adolescentes con familias desintegradas<sup>9</sup>.

En Managua, Nicaragua, Gomes reportó que, entre 2011 y 2015, la cantidad de suicidios aumentó desde 112 casos en 2011 hasta 221 casos en 2015, con una edad promedio de 23 años, siendo más afectados los hombres de 18 a 35 años<sup>10</sup>. En 2019 Flores Montes encontró una prevalencia de ideación suicida en estudiantes de secundaria de León, Nicaragua, de hasta un 7.1 %, predominando en hombres que consumían alcohol y drogas. Además, se determinó que iniciar peleas físicas o robar productos de las tiendas aumentaban la probabilidad del desarrollo de ideas suicidas en adolescentes<sup>11</sup>.

Durante el año 2022, el Ministerio de Salud de Uruguay reportó 23 suicidios por cada 100 000 habitantes, triplicando las cifras en este periodo en el resto de la región de las Américas, siendo la tasa regional de 9 por cada 100 000 habitantes. Este incremento del suicidio en Uruguay prevaleció en la población de 15 a 19 años<sup>12</sup>.

La conducta suicida es un fenómeno humano universal que ha estado presente en las distintas sociedades. En la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública, que compromete no solo a la persona que lo comete, sino también a su entorno y familiares. Puede ser considerado como un fenómeno multidimensional, resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales<sup>4</sup>. La conduc-

ta de ideación suicida e intento de suicidio es una problemática de salud pública que debería de tener la misma importancia en atención como una enfermedad cardiovascular y gastrointestinal<sup>11</sup>. La OMS refiere que el grupo de 15 a 29 años es el más afectado, siendo esta acción su segunda causa principal de defunción<sup>4</sup>.

El objetivo general de este estudio era analizar el brote de conducta suicida en estudiantes de undécimo grado de educación secundaria del turno matutino en León, Nicaragua, correspondiente al período de marzo a mayo de 2021, realizando seguimiento a un grupo de jóvenes en una escuela pública de la ciudad de León, Nicaragua, en donde se han reportado casos de suicidio y un posterior incremento en las conductas suicidas. Los objetivos específicos fueron caracterizar sociodemográficamente a la población participante del estudio, estimar la frecuencia de estudiantes de undécimo grado de educación secundaria con ideaciones suicidas, identificar conductas agresivas de los estudiantes de undécimo grado de educación secundaria, y analizar los factores personales asociados a la ideación suicida de los estudiantes de undécimo grado de educación secundaria.

## Metodología

### *Tipo de estudio*

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Este estudio describe el brote de conducta suicida en estudiantes de undécimo grado de educación secundaria en León, Nicaragua, correspondiente al período de marzo a mayo de 2021.

### *Área de estudio*

El estudio se realizó en un centro de educación secundaria en León, Nicaragua: el Instituto Nacional de Occidente, el cual se encuentra ubicado al sureste de la ciudad y atiende una población estudiantil del área urbana y rural, procedente de barrios y comunidades de población obrera de bajos ingresos económicos.

### *Población de estudio*

Estuvo conformada por el total de estudiantes de undécimo grado de educación secundaria, tomando en cuenta 6 aulas de clases, para un total de 203 participantes.

### *Criterios de inclusión*

- Estudiantes activos, matriculados en educación secundaria.
- Estudiantes de todas las edades.
- Estudiantes de undécimo grado de educación secundaria.
- Estudiantes del turno matutino.
- Estudiantes que acepten libre y voluntariamente de la ficha de recolección.

### *Técnica de recolección de datos*

La información se obtuvo directamente del alumnado de undécimo grado de educación secundaria. Se solicitó permiso a la dirección del centro de educación secundaria y al comité de padres de familia de la institución educativa, para aplicar el instrumento de recolección de información directamente aula por aula, donde cada estudiante contestó las preguntas, previa explicación de su contenido por parte del equipo investigador y firma del consentimiento informado.

Se aplicó a cada estudiante la prueba de Valoración Global de las Necesidades Individuales, la cual consta de seis ítems que abordan los datos sociodemográficos de cada adolescente, cuatro preguntas con ítems de opción múltiple que son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. Estos problemas se consideraron significativos cuando no le dejaban cumplir con sus responsabilidades o le hacían sentir como que no aguantaba más. Cada ítem cuenta con una escala del 0 al 4, la cual se interpretó de la siguiente manera: en el último mes (4), hace 2-3 meses (3), hace 4-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

Esta prueba de evaluación general de la salud mental fue validada en el año 2014 por el Centro de Investigación en Desarrollo y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, a través de la aplicación del cuestionario a los adolescentes y jóvenes que recibían asistencia en la clínica de atención integral en salud mental. La versión final fue validada en población adolescente del municipio de León con una encuesta general aplicada a 162 participantes. El cuestionario permite realizar una identificación temprana de trastornos de la salud mental, los cuales son expresados como comportamientos o conductas de riesgo ante necesidades psicosociales básicas no cumplidas, las cuales pueden ser exploradas de

forma individual y complementaria en el seguimiento posterior del abordaje psicosocial.

#### *Procesamiento de la información*

Se introdujeron los datos recolectados en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 y se calcularon las frecuencias de las variables sociodemográficas, así como el porcentaje de “Valoración Global de las Necesidades Individuales”. Se estimaron medidas de tendencia central y las proporciones estimadas por los métodos de intentos de suicidios. Se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas y el método utilizado para realizar el intento suicida, además de evaluar la relación causal de las variables con el uso de estadística analítica con la medición de  $\chi^2$  al cuadrado, razón de prevalencias (RP), validando los datos con intervalo de confianza correspondiente al 95 % (IC 95 %).

#### *Principios éticos*

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. Se realizó como parte del seguimiento del brote suicida.

Se solicitó permiso a la dirección del instituto y al comité de padres de familia para el acceso a las instalaciones y para que el alumnado pudiera participar del estudio. Al alumnado se le solicitó su participación y se les explicaron los objetivos e importancia de la investigación y de la buena cumplimentación del cuestionario, explicando la confidencialidad del estudio, garantizando el consentimiento informado, confidencialidad y autonomía de dejar de participar en cualquier momento de la investigación.

#### **Resultados**

Este estudio contó con 203 estudiantes, adolescentes entre 14 a 19 años (98.5 %); el género masculino correspondió al 54.7 %, 6 de cada 10 es de procedencia urbana y el 84 %.2 % considera importantes sus creencias religiosas.

La conducta agresiva hacia otras personas se observó que fue más frecuente entre las mujeres, presentándose durante el último mes en un 14.1 % en mujeres en comparación con un 11.7 % en hombres. Los daños a la propiedad privada se ejecutaban más por hombres: durante los últimos 3 meses se reportó un 7.2 % en hombres y un 1.1 % en mujeres (tabla 1).

<b>Conductas agresivas como empujones o golpes a otras personas</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Nunca	72 (64.9 %)	58 (63.0 %)	130 (64.0 %)
1 o más de un año	16 (14.4 %)	5 (5.4 %)	21 (10.3 %)
Hace 4 o 12 meses	3 (2.7 %)	4 (4.3 %)	7 (3.4 %)
Hace dos meses	7 (6.3 %)	12 (13.0 %)	19 (9.4 %)
Último mes	13 (11.7 %)	13 (14.1 %)	26 (12.8 %)
<b>Daños intencionales a la propiedad privada</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Nunca	95 (85.6 %)	85 (92.7 %)	180 (88.7 %)
1 o más de un año	6 (5.4 %)	4 (4.3 %)	10 (4.9 %)
Hace 4 o 12 meses	3 (2.7 %)	2 (2.2 %)	5 (2.5 %)
Hace dos meses	3 (2.7 %)	1 (1.1)	4 (2.0 %)
Último mes	4 (3.6 %)	-	4 (2.0 %)
<b>Total</b>	<b>111 (100.0 %)</b>	<b>92 (100.0 %)</b>	<b>203 (100.0 %)</b>

Tabla 1. Conducta agresiva en estudiantes de secundaria del INO León, Nicaragua

Entre las alteraciones psicológicas presentes en la población, se reportaron 16 estudiantes que presentaban angustia y enojo frecuente, también problemas para dormir; se observó un valor  $p$  de 0.013 y 0.002,

respectivos a cada variable, el valor más alto se presentó en sentimientos de tristeza y soledad el cual obtuvo valor  $p$  de 0.001 (tabla 2).

Variable	Han intentado suicidarse en los últimos 12 meses			
	Sí	No	$p$	RP (IC 95 %)
Dificultad al escuchar instrucciones	14	106	0.04	3.1 (1.91-10.47)
	3	77		
Suicidio previo un miembro de la familia	6	14	0.001	4.5 (1.92-10.86)
	12	171		
Angustia o enojo frecuente	16	109	0.013	4.9 (1.18-21.12)
	2	76		
Problemas para dormir	16	95	0.002	6.5 (1.54-27.78)
	2	89		
Sentimientos de tristeza y soledad	17	89	0.001	15.5 (2.11-114.7)
	1	96		

Tabla 2. Factores psicosociales asociados a intento suicida en estudiantes de INO León, Nicaragua

El fenómeno de adicción a apuestas se presentó en 7 estudiantes que habían intentado suicidarse, presentando un valor  $p$  de 0.005 y RP de 3.4; (1.42-8.11). El consumo de alcohol y otras drogas presentó, con un valor  $p$  de 0.001, un RP 4.7 [IC 95 % 1.97-11.64], la presencia de sintomatología de abstinencia del consumo de sustancias se presentó en 6 estudiantes con intento suicida, reportando un valor  $p$  de 0.002 y RP de 3.9 [IC 95 % 1.62-9.42].

## Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo analizar el brote de conducta suicida en estudiantes de undécimo grado de educación secundaria del turno matutino del Instituto Nacional de Occidente en León, Nicaragua, correspondiente al período de marzo a mayo de 2021. La población a estudio eran en su mayoría adolescentes, pero se encontró un 3 % de la población con edad de 20 a 23 años, adultos jóvenes que aún no habían concluido sus estudios de secundaria; probablemente, estudiantes que debido a problemas académicos habían repetido curso escolar.

Se determinó una prevalencia de ideación suicida del 23 % (gráfico 1) entre estudiantes de secundaria, una cifra elevada para esta población en comparación

con reportes nacionales por Hernández y Ruiz, que encontraron un 12.3 % de prevalencia<sup>10</sup>, y a nivel local en León Flores Montes en 2019, quien encontró un máximo de un 7.1 % de ideación suicida<sup>9</sup>. Se considera que estos datos se deben al brote suicida del centro educativo, que generó sentimientos de desprendimiento a la vida y podría crear una percepción de salida rápida a los problemas en conductas como el suicidio, comportamiento claramente definido en el estudio de Bridges y Goldstein<sup>12</sup>.

El porcentaje de estudiantes que pasan de la ideación suicida al intento suicida es considerable, representa al 9 % de los investigados (gráfico 1), siendo muy cercana a la prevalencia nacional para esta edad reportada en el 2011, la cual fue de 12.6 %<sup>6</sup>. El patrón de ideación suicida seguido de intento suicida se ha presentado en 1 de cada 3 de los adolescentes que iniciaron con pensamientos de concluir su vida, dato que debe ser considerado por los tomadores de decisiones de esta población estudiada.

Maira García Pinto propuso que la imitación (conducta *copycat*) de conductas agresivas se genera entre adolescentes a través de la observación, refuerzo y recompensa, debido a la influencia del entorno social que visualiza la agresión como un mecanismo de

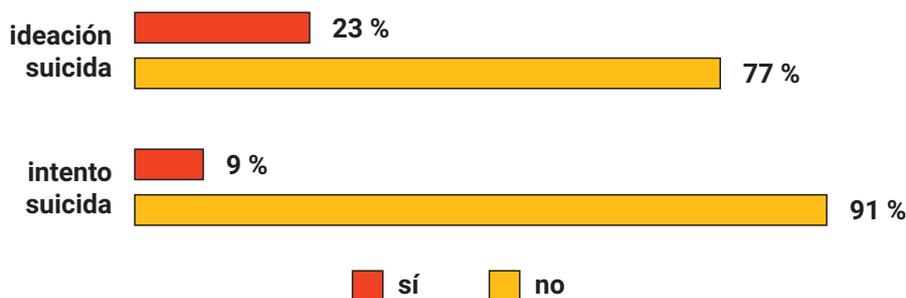


Gráfico 1: Ideación e intento suicida en estudiantes de secundaria del INO León, Nicaragua.

defensa físico y psicológico<sup>14</sup>. Esto puede relacionarse con los datos de este estudio, en que comportamientos agresivos como empujones o golpes a otras personas fueron practicados durante el último mes principalmente por las mujeres; en cambio, los daños a la propiedad privada fueron practicados durante los últimos 3 meses predominantemente por los hombres, situación previamente reportada por Mejía y Sanhuesa como una forma de disminuir las tensiones y un mecanismo ineficiente del afrontamiento en adolescentes y jóvenes.

En cuanto a la relación causal entre los factores psicológicos y la ideación suicida se encontró que la dificultad que presentan los estudiantes para seguir instrucciones triplica las probabilidades de intento suicida, siguiendo el patrón propuesto por Pávez y Santander. Esta situación podría generar sentimientos de inutilidad y desesperanza en adolescentes que se encuentran en un periodo de aprendizaje en la toma de decisiones para el afrontamiento de situaciones negativas, lo cual puede aumentar la intencionalidad y letalidad de las conductas autolesivas<sup>15</sup>.

El antecedente de suicidio en la familia es un factor que casi quintuplica el riesgo de suicidio en estudiantes de secundaria, su RP de 4.5 sugiere una relación causal evidente del comportamiento imitativo de la forma radical de resolución de problemas con mecanismos de afrontamiento inadecuados; según Baca y Arroca puede afectar a todos los miembros de la familia de quien se suicida, añadiendo que el dolor generado por la pérdida del familiar puede condicionar estados depresivos<sup>16</sup>. Según Vega y Blasco, podrían disminuir la segregación de serotonina en metabolito 5-HIAA y aumentar la densidad del receptor 5-HT1A, afectando al funcionamiento de la corteza prefrontal

ventral, hipocampo y amígdala. Estas estructuras participan en la experimentación de la emoción, manejo y afrontamiento del estrés, capacidad adaptativa ante eventos difíciles, y su alteración podrá causar episodios de impulsividad a cometer actos autolesivos como el suicidio<sup>17</sup>.

La mayoría de estudiantes con intento suicida presentaban problemas para dormir y sentimientos de tristeza y soledad, que representan parte de la sintomatología de los síndromes depresivos; en este estudio las alteraciones del sueño aumentaron en 6.5 veces el riesgo suicida y los sentimientos de soledad aumentaron hasta 15.5 veces la probabilidad del intento suicida en la población estudiada.

Baca y Arroca planteaban que existe asociación entre una hipoactividad serotoninérgica y el incremento de la impulsividad y agresividad en personas que consumen sustancias psicoactivas, factor que a su vez se relaciona con una mayor probabilidad de inhibición conductual, afectando la capacidad del individuo por inhibir sus comportamientos y aumentando la probabilidad de materializar las ideas suicidas<sup>19</sup>. Esta situación se relaciona con los resultados de esta investigación, donde se encontró que el consumo de alcohol y otras drogas quintuplica (RP: 4.7) el riesgo de intento suicida. Además, se observó que este fenómeno no solo ocurre bajo los efectos de la sustancia psicoactiva, también en el periodo de abstinencia. Cuando los efectos negativos por la ausencia de estímulos dopaminérgicos generan malestar físico y emocional, el intento suicida se mantiene en cuatro veces mayor riesgo de ocurrencia. Las adicciones del comportamiento denominadas ludopatías también tiene relación causal en este fenómeno. En la población de estudiantes de secundaria que participaban en

apuestas se demostró que el riesgo de intento suicida en 3.5 veces mayor en comparación con los que no participan de apuestas.

### *Fortalezas y limitaciones*

La principal fortaleza de esta investigación fue integrar a las autoridades de la institución educativa y padres de familia en los esfuerzos de identificar y entender los patrones de conducta suicida y los factores asociados a este fenómeno. Esto facilitaría la adopción de una visión preventiva ante el fenómeno, dando a conocer cuáles son los factores de riesgo y medidas preventivas que se pueden aplicar para esta población adolescente en riesgo de desarrollar conductas suicidas y otros comportamientos de riesgo. No se presentaron limitaciones institucionales en el desarrollo de esta investigación, no hay conflictos de interés que mencionar.

### **Conclusiones**

La prevalencia de ideación suicida para esta población es del 23 %, un dato elevado en comparación con los reportes previos nacionales y locales. Además, la proporción de personas que pasaron de pensar en quitarse la vida a intentar realizarlo fue de 1 de cada 3, con una prevalencia de intento suicida del 9 %. Esta situación podría verse condicionada por el entorno social y la imitación de comportamiento extremos que se generan en la población cercana a un caso de suicidio. El efecto *copycat*, de la conducta suicida en la población bajo estudio está sustentado por el “poder de la comunicación de las masas y la cultura para crear una epidemia de comportamientos similares”; filosóficamente es hacer lo mismo para conseguir lo mismo (autolesionarse).

La impulsividad fue una característica presente en esta población, presentando características diferenciadas por género: de forma general, las mujeres presentaron más conductas agresivas como empujones o golpes a otras personas; en cambio, los hombres presentaban un comportamiento más impulsivo al producir daños a la propiedad privada: Estas dos situaciones evidencian los efectos en el entorno social cercano que genera el brote suicida en la población de estudio.

Los factores psicológicos con asociación de causalidad con la conducta suicida para esta población son: dificultad para escuchar instrucciones, los anteceden-

tes de suicidio en la familia, sentimientos frecuentes de angustia y problemas para dormir. Destaca que el factor de riesgo con mayor relación causal fueron los sentimientos de tristeza y soledad presentes en una población con relaciones de pares frecuentes.

El fenómeno de las adicciones también tiene un rol importante en aumentar la probabilidad de ocurrencia de suicidio, incluyendo el consumo de alcohol y otras drogas, además de la presencia de signos de abstinencia de estas sustancias como variables causales. Sumado a esto, las adicciones del comportamiento representadas por las apuestas fueron otro factor de riesgo importante para cometer intento suicida en los últimos 12 meses.

### **Bibliografía**

1. Bridges JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 47:372-394.
2. De la Torre Martí, M. Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio. Madrid, España: Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). (2013).
3. Castellvi-Obiols Pere, Piqueras Rodríguez José A., El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir, Clasificación y definición de conductas autolesivas suicidas y no suicidas, REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD, septiembre 2018, n° 121
4. World Health Organization (WHO) (2014a). Preventing suicide: a global imperative, CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. Ginebra: WHO.
5. Saunders H, Published NP. A Look at the Latest Suicide Data and Change Over the Last Decade [Internet]. KFF. 2023 [citado 8 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.kff.org/mental-health/issue-brief/a-look-at-the-latest-suicide-data-and-change-over-the-last-decade/>
6. Betts L. Changing the Narrative on Suicide [Internet]. IASP. 2024 [citado 8 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp.info/2024/05/15/worldsuicidepreventionday2024/>
7. Barros dos Santos H.G. Reschetti Marcon S. Martínez Espinosa M. Nunes Baptista M. Cabral de Paulo P.M. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017.
8. Guzmán Orjuela C. Castillo Pinilla O. Presencia de ideación suicida en estudiantes de secundaria del municipio de Floridablanca (Santander) [Tesis de grado]. Universidad corporativa de Colombia. Septiembre, 2015.
9. Salazar Izzepi A.B. Ideación suicida en adolescentes. Universidad de San Carlos de Guatemala, junio de 2016. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10167.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10167.pdf)
10. Hernández López F.T. Ruiz Hernández B.J. "Ideación suicida en los estudiantes de I a V año de la carrera de medicina de la UNAN-Managua. Managua, 12 de diciembre del 2018. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/13593/1/Fernanda%20Taniuska%20Hern%C3%A1ndez%20L%C3%B3pez.pdf>
11. Flores Montes F. Prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de quinto año de secundaria del turno matutino del Instituto Nacional de Occidente (INO) León, Nicaragua, 2019. [Tesis de grado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. (UNAN-León) 2019.

12. Restrepo-Bernal Diana. Comportamiento suicida de adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Medellín (Colombia), 2011-2012. Elsevier
13. Pacheco Amigó Beatriz Mabel. Agresividad escolar e ideas suicidas en escuelas secundarias. Universidad Autónoma de Zacatecas, México En Revista Educación y Humanismo, 16(27), 27-38. 2014.
14. Balluerka Lasa MN, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola MA, Espada Sánchez JP, Padilla García JL, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. 2020 [citado 26 de enero de 2022]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/45924>
15. Gómez, V. Comportamiento epidemiológico del intento suicida en Nicaragua en el período de enero 2011 a diciembre 2015. Tesis de postgrado. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua) 2017. Recuperado de: <http://repositorio.unan.edu.ni/9730/>
16. OMS, OPS. WHO. Retrieved from El Suicidio según Vigilancia (2016). Epidemiológica: [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=datos-y-estadisticas&alias=713-boletin-informativo-elsuicidio-segun-vigilanciaepidemiologica&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=713-boletin-informativo-elsuicidio-segun-vigilanciaepidemiologica&Itemid=235)
17. García M. Consumo de psicoactivos en Colombia: situación actual, elementos para discusión y perspectiva de acción. [3 páginas]. [s.f.]. Disponible en: [http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=88&Itemid=29](http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=29)
18. Pávez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaroel, P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Revista Médica de Chile, [Internet] 2009 [Consultado 07 Nov de 2023].

# Determinantes laborales y sociales de la desintegración familiar en personal de enfermería en León, Nicaragua

Workload and social determinants of family disintegration in nursing staff in León, Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán<sup>1</sup>, Dulce María Oviedo Martínez<sup>2</sup>,  
David Alejandro Avelares Briceño<sup>3</sup>, Primitivo Noel Pichardo Corea<sup>3</sup>

1. Enfermero docente, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAN León. Máster en Salud Mental y Adicciones CIDS-UNAN León. Coordinador del Comité de Investigación y Desarrollo en Enfermería CIDE UNAN León. Especialista en Investigación Oral y Antropológica University of Hradec Králové (UHK), República Checa.

2. Enfermera docente, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAN León. Máster en Salud Mental y Adicciones CIDS-UNAN León. Miembro del Comité de Investigación y Desarrollo en Enfermería. León, Nicaragua.

3. Licenciado en Enfermería, Departamento de Enfermería, UNAN León. León, Nicaragua.

Contacto: Lester Fidel García Guzman, lester.garcia@cm.unanleon.edu.ni

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2023 / Fecha de aceptación: 19 de abril de 2024

## Resumen

La desintegración familiar se entiende como la ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores. Se manifiesta por la ruptura de los lazos del núcleo familiar, afectando el desarrollo de sus miembros y resultando en insatisfacción de las necesidades primarias de la familia.

Las enfermeras son profesionales de la salud afectadas por este fenómeno, debido al mantenimiento de una doble carga de trabajo: profesional y familiar, situación que, al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, resulta en el aumento del cansancio laboral y la ausencia en las actividades cotidianas del hogar.

Este estudio describe los determinantes laborales y sociales de desintegración familiar en enfermeras de León, Nicaragua. La investigación fue de tipo cualitativo fenomenológico, realizando 5 entrevistas en profundidad, desarrollando análisis de contenido para sistematizar y generar la discusión de los datos obtenidos.

La carga laboral excesiva y cumplir actividades pendientes del trabajo en casa afectan el tiempo de convivencia familiar, además el clima organizacional influye el comportamiento ante la familia, debido a la tensión laboral, presentando un temperamento tenso por la falta de descanso. La presión social ejercida sobre las enfermeras, sumando a la imagen social como figura de emancipación y liberación femenina, afecta las relaciones familiares, considerando que la carga física y emocional no es comprendida en sus hogares, es notoria la ausencia durante actividades sociales de festejo, momento de enfermedad o duelo compartidas con la familia, afectando a planos tan profundos como la intimidad sexual de la pareja.

*Palabras clave: desintegración familiar, carga laboral, enfermería, salud mental, salud familiar.*

## Abstract

Family disintegration is understood as the partial, temporary, or total absence of one of the parents. It manifests through the rupture of familial ties, affecting the development of its members and resulting in dissatisfaction of the family's primary needs. Nurses are health professionals affected by this phenomenon due to maintaining a dual workload: professional and familial. This situation, compounded by increasing age and years of professional practice, results in increased work fatigue and absence from daily household activities.

This study describes the labor and social determinants of family disintegration among nurses in León, Nicaragua. The research was qualitative and phenomenological, conducting 5 in-depth interviews and performing content analysis to systematize and discuss the data obtained.

Excessive workload and fulfilling pending work activities at home affect family time. Moreover, the organizational climate influences behavior towards the family due to work tension, leading to a tense temperament from lack of rest. The social pressure exerted on nurses, coupled with the social image as a figure of emancipation and female liberation, affects family relationships. Considering that the physical and emotional burden is not understood in their homes, their absence during social celebratory activities, times of illness, or family mourning is noticeable. This impacts deep levels such as the couple's sexual intimacy.

*Keywords: family disintegration, workload, nursing, mental health, family health.*

## Introducción

La desintegración familiar se entiende como la ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores. Se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que unen el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando falta de cumplimiento en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria, dando como resultado la insatisfacción de las necesidades primarias de sus miembros<sup>1,2</sup>.

El personal de la salud femenino es el más afectado en las relaciones matrimoniales, debido a una doble carga de trabajo, profesional y familiar. Se dedican a las labores de la casa y cuidados de la descendencia, y al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta el cansancio laboral<sup>1</sup>.

Las enfermeras se sienten culpables por estar ausentes constantemente en su hogar y por no acompañar el crecimiento de los hijos y la rutina familiar. La actividad laboral interfiere directamente en su vida, en función del exceso de trabajo causado por largas jornadas en las que permanecen lejos de la convivencia familiar, afectando el cuidado de la pareja desde la comunicación hasta la sexualidad<sup>2</sup>.

Entre los factores sociales y laborales relacionados con la desintegración familiar destacan el tiempo requerido en actividades laborales, mantenimiento de los estándares de calidad del cuidado, los horarios de rotación laboral, clima organizacional y el contexto de trabajar con personas convalecientes y familiares con alta carga de estrés y duelo no resuelto. Debido a estas condiciones, situaciones que generan transferencia emocional al personal de salud ponen en riesgo la calidad de vida de las enfermeras provocando un desequilibrio en las emociones y relaciones de su ámbito familiar<sup>3</sup>.

En Nicaragua, las enfermeras son profesionales de primera línea en la atención al paciente, siendo responsables de atención a la salud de calidad, además de modificar el entorno sociocultural de las familias y comunidades para fomentar una sociedad saludable<sup>4</sup>. La carga laboral de las enfermeras nicaragüenses debe ser estudiada con mayor profundidad, tanto para entender las características y desafíos de su perfil laboral, como para evidenciar las repercusiones en su

propia salud personal y familiar, considerando que las enfermeras no solo son trabajadoras, sino que pertenecen a un núcleo familiar al cual deberían de integrarse plenamente.

En 2017, Diana Castillo, planteó que enfermería es una de las profesiones que más casos presentan de desintegración familiar en el sector salud, ocupando en los países de América del norte el sexto lugar, donde se evidencia un 28 % de divorcios en esta profesión, y en países sudamericanos ocupa el primer lugar con un 79 %. Ocasionado principalmente por falta de tiempo para la vida familiar y compartir en actividades familiares o sociales<sup>2</sup>.

En 2021 Conejo Pérez investigó el proceso de conciliación familiar, laboral y personal de las enfermeras españolas; fue un estudio a nivel nacional con una muestra de 2762 participantes. Halló que trabajar en turnos nocturnos y en fines de semana influye negativamente en la conciliación familiar y social. Además, evidenció que la doble carga de responsabilidades en el trabajo y las tareas domésticas es mayor en mujeres que en hombres. También encontró que las enfermeras adaptan su horario para permanecer más tiempo en familia, reduciendo su tiempo dedicado a estudios de posgrado, lo cual las limita a labores asistenciales que aumentan su carga física, laboral y disminuye la satisfacción personal<sup>5</sup>.

A pesar de que la dinámica familiar tiene un papel importante en la salud del individuo y el desarrollo de su vida profesional, son muy pocas las investigaciones dirigidas a analizar la relación entre el efecto de la carga laboral y la desintegración familiar. Estas son menos aún si se centra en personal de enfermería, profesionales que necesitan alto grado de estabilidad emocional para hacerse cargo del bienestar de otras personas, poniendo en riesgo inminente la calidad de la atención en salud.

Este estudio pretende analizar como los determinantes laborales y sociales influyen de forma directa en la desintegración familiar entre el personal de enfermería del municipio de León, Nicaragua. Esta investigación permite una exploración de una temática poco investigada por ser considerada tabú, ignorando los efectos personales y sociales que desencadena en la vida profesional y personal de las enfermeras. Las enfermeras mantienen un contacto frecuente con personas con dolor físico y psicológico, además desarrollan múltiples funciones enfocadas al cuidado

del paciente y administración del servicio de salud, durante turnos extensos de hasta 12 horas de trabajo. Esta situación predispone al desarrollo de fatiga física y cognitiva que puede afectar de forma indirecta la vida familiar y personal<sup>1</sup>. El desarrollo de las actividades normales de la vida en la familia se ve afectado por los diferentes horarios laborales de los integrantes del núcleo familiar, tomando en cuenta que los eventos familiares y sociales se realizan en horas de la noche o durante los fines de semana y es durante estos momentos cuando las profesionales de enfermería se encuentran de turno o recuperando el sueño perdido<sup>6</sup>.

### **Materiales y métodos**

Este estudio fue cualitativo de tipo fenomenológico, obteniendo información basada en la descripción de la relación de la desintegración familiar con los determinantes laborales y sociales. La investigación se realizó en el municipio de León, con enfermeras y auxiliares de enfermería de unidades de atención primaria y secundaria en salud. Este municipio cuenta con tres unidades de atención primaria en salud desarrollando estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como con dos unidades de atención secundaria en salud.

La unidad de análisis fue cada profesional de enfermería que trabaja en el municipio de León que haya experimentado desintegración familiar a partir del inicio de su vida profesional.

Se programó la participación de 15 profesionales, las cuales fueron identificadas y contactadas a través del muestreo de bola de nieve; 10 de las participantes se comunicaron antes de la entrevista, refiriendo que debido a que era un tema que consideraban doloroso, privado y sensible, tomaban la decisión de no participación en la investigación. Se trató de completar con más participantes, pero al desarrollar la entrevista y responder algunas preguntas decidían no continuar con el proceso y revocaban el consentimiento informado. Finalmente, cinco profesionales aceptaron desarrollar la entrevista de forma completa.

La recolección de datos se condujo bajo la técnica de entrevista estructurada. Como primer paso, se solicitó permiso de participación a cada posible entrevistada mediante carta personal de invitación, explicando la importancia y los detalles de la investigación. A las profesionales de enfermería que aceptaron participar en el estudio se les explicaron los términos

y condiciones que conllevaba su participación, aclarando dudas e inquietudes. Consistió en conceder voluntariamente su consentimiento informado para realizar la entrevista y su grabación.

La entrevista constaba de 11 preguntas dirigidas a entender cómo los determinantes sociales y familiares fueron afectando la relación conyugal y familiar. Se realizaron más preguntas para profundizar en los temas referidos, para aclarar términos o situaciones que se generaron durante cada entrevista. Estas preguntas se realizaron de forma inmediata por el entrevistador, pero no representan variación del cuestionario estructurado.

El procesamiento de los datos se inició con la transcripción de las grabaciones de las entrevistas a profundidad en el programa Microsoft Word. Se realizó limpieza del discurso y se analizó la información bajo la técnica de análisis de contenido según Laurence Bardin, aplicando el conjunto de comunicaciones, técnicas de análisis orientadas a la obtención de indicadores mediante procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes que permitiesen la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes. Para sistematizar y organizar el contenido de las entrevistas se utilizó el programa de análisis de datos cualitativos OPEN CODE 3.6, donde se desarrolló un sistema de códigos abiertos que permitía analizar cada frase, identificando y sintetizando el mensaje esencial que representaba cada categoría de la entrevista. Tras identificar los códigos abiertos, se elaboró una matriz comparativa contrastando el mensaje de las entrevistadas con los antecedentes y hallazgos de otros investigadores, pero evitando la generalización o asentar la repetitividad de contenido o de códigos como herramienta de análisis; cada grupo de códigos abiertos fue analizado al detalle con los antecedentes tratando de explicar y entender el resultado como un fenómeno único, generando así un nuevo contenido del fenómeno.

### **Aspectos éticos**

Se empleó un consentimiento informado, autonomía, confidencialidad, beneficencia. El proyecto investigativo, el instrumento y sus métodos de recolección de información fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética para las Investigaciones Biomédicas CEIB de la UNAN León.

## Resultados y discusión

Los datos sociodemográficos de las participantes se describen en la tabla 1.

Al consultar a las enfermeras si la carga de trabajo afectaba al tiempo que dedican a la familia, refirieron: “Sí afecta, entramos temprano y salimos muy tarde de la unidad de salud”; esta situación se debe a que “las actividades de atención al paciente exigen más horario de permanencia en el lugar de trabajo y eso resta tiempo en el hogar con la familia”. El compromiso profesional de estas enfermeras las hace comprender que “el horario laboral se extiende por cumplir a la

institución y esto afecta la comunicación familiar, debido a que se llega a casa cansada”. La afectación de la dinámica familiar es más evidente cuando los turnos de trabajo se extienden por más de 12 horas<sup>5</sup> expresándose en situaciones como: “No convivía con mi familia, terminando el turno de 24 horas solo tenía deseos de descansar, mientras ellos hacían sus actividades”. La constancia de estas ausencias en las actividades familiares también afecta a la pareja<sup>2</sup> como queda expresado a continuación: “Mi pareja nunca entendía que mis turnos eran en la UCI y la situación se volvió bastante tensa, por eso decidí irme de esa relación”.

Variable	Valores	Frecuencia
Sexo	Femenino	5
Edad	26	1
	29	1
	38	1
	51	1
	57	1
Nivel académico	Auxiliar de enfermería	2
	Licenciada en enfermería	3
Estado civil	Casada	1
	Soltera	4
Número de hijos e hijas	2	4
	3	1
Procedencia	Urbana	5

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes en el estudio

Este agotamiento emocional también ha sido descrito por Otalora Montenegro, para quien las enfermeras son afectadas por el estrés derivado de las largas jornadas de trabajo, prestando cuidados a pacientes que requieren altas demandas emocionales. Esto influye directamente en la familia, pues el desempeño laboral de la enfermera permite participar de actividades familiares solo esporádicamente<sup>6</sup>. Además, Castillo y Minchada refieren que 4 de cada 10 enfermeras presentan problemas en sus hogares por el desempeño de la profesión, el sacrificio y servicio, que por la naturaleza del cargo, lo que disminuye el tiempo que el personal de salud dedica junto a su familia<sup>2</sup>.

Los resultados de esta investigación nos demuestran que, a pesar de que enfermería es una profesión humanista, dedicada al cuidado del individuo, la mayoría de las participantes refieren que sus familiares no entienden la situación compleja que supone trabajar en las diferentes salas de la salud por el tiempo requerido. Esta situación se asemeja a lo descrito por Conejo y Amezcua, para quienes los profesionales de la salud no logran desarrollar una adecuada conciliación familiar, laboral y personal<sup>5</sup>. En esta investigación se refleja que esta falta de conciliación familia-trabajo se debe a las exigencias en el horario laboral del personal de enfermería, que afecta la percepción psicofamiliar, lo que permite adaptarse al sistema y restarle relevancia a las influencias que esta

podría tener en la familia quedando expresado en frases como: “No ha afectado a la familia, termino el turno de 24 horas, ya no me llevo trabajo a la casa”.

Al concluir la jornada laboral, se llega a la realidad de que la enfermera pertenece a una estructura familiar y debe responder a las exigencias que esto conlleva quizás por el mantenimiento de esa doble carga laboral y familiar, ya que se dedican a las labores de la casa y al cuidado de sus hijos e hijas una vez que finaliza el turno<sup>2</sup>. Este efecto desvinculante de la vida social y familiar se refleja en la población investigada, quienes consideran que al concluir su jornada laboral se siente “estresada, cansada, debido a que cada turno es pesado”, o “uno llega cansado, agotado, que no quiere saber absolutamente nada de nadie”.

Además, Patlan Pérez refiere que las consecuencias sociales de la sobrecarga laboral se representan en el *burnout*, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de *burnout* tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales<sup>7-9</sup>. Este cansancio debido a las labores realizadas en el lugar de trabajo hace que prioricen el tiempo para descansar: “Llegaba a recostarme un rato para sentirse despejada, liberada”, pero en la mayoría de las situaciones, este tiempo de descanso no coincide con las actividades del resto de la familia, como en el siguiente caso: “Dormía por la mañana, mientras los demás hacían sus actividades, pues trabajo solo de noche”. Esta situación las desvincula de las relaciones familiares, reflejándose en frases como: “No quería llegar a esa casa porque siempre estaba vacía, sin nadie en casa; todo el mundo se iba a trabajar, yo me quedaba sola en el cuarto hasta que llegaba mi pareja”.

Al analizar cómo las profesionales de enfermería dedican el tiempo libre fuera del entorno laboral, estas afirman: “Sí le dedico tiempo a la familia, pero yo siempre estaba cansada e indispuesta”. Este tiempo designado a la convivencia familiar es limitado a actividades prioritarias, expresándose en: “Dedico poco tiempo a la familia, con mi hijo en decidir qué comer y hacer las tareas escolares”; a pesar de esto, el enfoque permanece en las actividades sin concluir en trabajo, las cuales las continúan en casa como refirió una participante: “Cuando tengo trabajo pendiente lo

termino y le dedico el resto del día a mi familia”. Este tiempo en familia también se ve afectado por la carga laboral de la pareja: “Ambos realizábamos el trabajo pendiente”; más aún cuando los días libres de trabajo no coinciden y surgen situaciones como: “Mi pareja no tenía tiempo de salir con nosotros por su trabajo y solo interactuábamos con los niños”.

Esta situación se contrasta con lo planteado por Borjas y Hernández, quienes describieron que los hogares del personal de enfermería se ven desintegrados, a causas del desempeño de esta profesión después de las largas jornadas laborales, debido a que hacen falta recursos humanos para el servicio de la población. Se tiene muy pocos días libres, desencadenando una transferencia emocional que pone en riesgo a la calidad de vida de los profesionales a medio y largo plazo por el desarrollo de fatiga física y/o mental<sup>9</sup>.

La atención y el esfuerzo que el personal de enfermería tiene en su trabajo no contrasta con la dedicación en las diferentes actividades familiares. Según Castillo Costa, el nivel de comunicación de los profesionales de la salud con los hijos es bajo o casi nulo. Debido a la rotación de los turnos los niños o ya están en la escuela o duermen. Madres y padres que llegan cansados del trabajo no les dedican tiempo de calidad, por lo general están al cuidado de familiares cercanos<sup>12</sup>; este fenómeno queda evidenciado al consultar donde mantienen el mayor nivel de enfoque y comunicación, ante lo cual respondieron: “Enfocada en los dos ámbitos, tanto en la familia como el trabajo, pero estoy más presente en mi trabajo”; o “bueno, mayormente al trabajo, debido a los horarios, que sí tenía hora de entrada, pero no de salida”. Esto refleja el nivel de compromiso profesional y apasionamiento en el cumplimiento de cuidado, anteponiéndolo ante situaciones familiares como la comunicación y convivencia a como refirió una participante: “Me encanta mi trabajo por las noches porque me encanta labor y parto y no me gusta quedar mal en mi trabajo, aunque sacrifique el tiempo y la comunicación con mi familia”.

Se denomina estrés laboral al malestar y a las afecciones ocasionadas por las condiciones y tareas propias de la institución donde se trabaja afectando por norma general a trabajadores con gran presión psicológica. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer nada frente a la situación o

el exceso de trabajo que tiene pendiente<sup>8</sup>. Se consultó a las profesionales de enfermería si el estrés laboral impacta en su dinámica familiar, a lo cual respondieron: “Sí, debido a la sobrecarga de trabajo, siempre trato de no mezclar las cosas de trabajo con lo de la casa, pero al final es imposible”; “siempre presente el estrés por la cantidad de pacientes que cuidar, la exigencia de las metas a cumplir, y esa preocupación de cumplir en mi trabajo lo demostraba en mi hogar”.

La ausencia en la dinámica y la convivencia familiar, además de ser un efecto de la carga laboral, exacerba las expresiones de estrés, volviéndose un círculo vicioso de deterioro de las relaciones familiares y aumento de la percepción del estrés, como refirieron las participantes: “Sentía mucho estrés porque mi pareja me exigía tiempo para estar con él y por mi horario en el trabajo no podía estar con él”; “presento estrés, tanto del trabajo por los informes de fin de mes que toca hacer; el informe de cierre es estresante y siempre mi esposo me reclamaba por estar estresada y enfocada en las actividades sin concluir de mi trabajo”. Es inevitable que el personal de enfermería presente estrés, ya sea en atención primaria, por la sobrecarga de trabajo de informe y cumplimiento de metas o en atención secundaria la sobre carga física y psicológica del cuidado del paciente, la falta de recursos humanos y materiales y los horarios extensos, sobrecargan el estado psicológico de las profesionales, afectando de gran manera a la relación familiar y conyugal.

Es evidente que en la familia ha influido el cambio en la estructura social y cultural generado por el rol profesional que desempeñan las enfermeras<sup>10</sup>. En esta investigación se consultó si el trabajo había influenciado la forma como se desarrollan las relaciones entre los miembros de la familia, respondiendo que “sí fueron influenciadas por la mayor dedicación al trabajo”; o “la mayor parte del día lo paso fuera de casa laborando y eso da a crear duda, tanto en la pareja como en la familia”. Las relaciones entre los miembros de la familia muestran señales de agotamiento emocional, como se expresa en la siguiente frase: “Él no era muy comunicativo, yo hablaba demasiado sobre mi trabajo, hablando nada más, él solo escuchaba”; este agotamiento emocional, sumado a la ausencia física y psicológica de la enfermera en el hogar, genera disrupciones en la pareja con expresiones como: “Él siempre me reprochaba por los turnos diciéndome que me llevara mi cama y mi ropa al hospital”.

Al explorar cómo la carga laboral desempeñada como enfermera afectó su rol como esposa, las participantes relataron: “Las horas de trabajo se extienden por actividades laborales y esto disminuyó el tiempo dedicado a la familia y a mi esposo”; “a mi expareja nunca le gustó que fuera enfermera, pues solo tenía 6 días libres al mes.”; “la relación siempre fue así separada el por su lado y yo en el trabajo”; “siempre se quejaba de falta de atención”; o “a mi ex esposo le molestaba que yo siempre sirviera y cuidara a otras personas, le causaba celos”. Este conjunto de situaciones afectó de forma profunda a la relación, evidenciados en frases como: “La verdad, me sentía cansada o presionada para estar con él y más para tener intimidad”.

La intimidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y se ve afectada entre el personal de enfermería debido al cansancio laboral<sup>11</sup>. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como la intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor, situación que ha sido descrita previamente por Oliveira<sup>16</sup>. Este plano tan profundo de la relación conyugal fue afectado por el contexto laboral y el agotamiento que genera, expresándose en relatos como: “Cuando llegaba de turno, él quería tener relaciones sexuales, pero estaba cansada y me decía que era una deshumanizada”; o “al llegar a la casa después de una larga jornada solo necesitaba descansar”. La sexualidad había sido afectada debido al agotamiento laboral desde etapas tempranas de la concepción familiar, como queda evidenciado en la frase: “Desde antes que nacieran mis hijos, nuestra sexualidad se venía deteriorando por mi trabajo”. Esta situación fue un detonante de la disfunción y el deterioro familiar, representado por desconfianza y rotura de los lazos conyugales, “porque cada vez que salía había reclamos de que me andaba viendo con otra persona”, o “esto influyó bastante en que mi exesposo decidiera a buscarse otra pareja”.

Las mujeres se desempeñan como enfermeras, y en virtud de las funciones asignadas a cada género, siguen siendo proveedoras de atención de salud y tiene la principal responsabilidad del cuidado y de la atención de las necesidades básicas de los demás, restando tiempo y sentido de prioridad a sus necesidades personales incluyendo el cumplimiento de las funciones básicas para formar y mantener una vida en pareja<sup>13</sup>. Esto es referido por las participantes en frases como: “Me siento aislada con la familia por el

poco tiempo que se pasa con ellos”. El conflicto entre pareja y trabajo llegó a planos tan profundos como: “Competía por atención con mi trabajo porque él siempre se sintió menos importante.”, o “teníamos escasa comunicación, él no quería escuchar nada de mi trabajo y yo no tenía otra cosa de la cual hablar”. Esta disyuntiva constante entre la vida marital ha generado mecanismos de afrontamiento despersonalizante y desvinculante, haciendo sentir a las enfermeras que su propósito está dimensionado en la esfera laboral: “No se deja la carrera, primero son los estudios; ante todo, si te quiere te espera, eso fue lo que me enseñaron.”

Otro rol importante de la dinámica familiar que las enfermeras investigadas consideraron que se había deteriorado a causa del trabajo era el rol de madre, debido a que tienen que “dejar a los hijos enfermos, o en festividades como sus cumpleaños o en sus colegios”, produciendo “escasa conversación familiar”. Citando causas como: “poca dedicación de tiempo, mis hijos, me reclaman porque no los acompaño a las actividades”, cuando sus hijos pasan a etapas adultas, las participantes consideran: “a mis hijos les hizo mucha falta el apoyo de madre.”

Rodríguez evidenciaba que una de las consecuencias de la profesión de enfermería que más impacta la vida diaria es el número de horas trabajadas o sobrecarga de trabajo, lo cual no permite participar en los eventos familiares y escasa conveniencia y comunicación con los miembros de la familia<sup>15</sup>. Esta situación también es señalada en el estudio de Borjas que puntualiza la ausencia de la enfermera en el rol desempeñado como esposa y madre en el hogar<sup>14</sup>.

Las exigencias profesionales del personal de enfermería limitan al personal al tiempo compartido en familia, dejando espacios de convivencia vacío, incluso en situaciones de prioridad como enfermedad, festejos y logros familiares, generando sentimientos de falta de apoyo, reclamos ante la ausencia como madre en las actividades de los hijos, generando rupturas en pilares de la convivencia familiar como la comunicación y convivencias con los hijos.

### Limitaciones

La principal limitación en esta investigación fue la decisión de abandonar el proceso recolección de datos por las participantes. Representa una situación personal que aún es considerada un tabú y genera

estigma en la sociedad nicaragüense, evidenciándose por la sobrecarga emocional que generaba la entrevista al tocar temas tan sensibles en el proceso de desintegración familiar. Todas las personas que participaron de forma completa o incompleta en la investigación recibieron acompañamiento y orientación psicosocial por parte del equipo de investigación, preservando en todo momento el bienestar de los investigados, a pesar de que esto significara no continuar en la investigación.

### Conclusiones

En esta investigación se evidencia el agotamiento físico y emocional de las enfermeras debido a la carga de actividades, los turnos de trabajo rotativos y extensos, además de la exigencias éticas y técnicas de la profesión de enfermería. Cuando la enfermera trata de integrarse en la vida familiar, este agotamiento interfiere en las relaciones con la pareja y familia. En ocasiones regresan al hogar en horas que los demás miembros realizan funciones laborales o cotidianas, en cambio la enfermera ha de priorizar su descanso para continuar futuras jornadas laborales, dejando en plano secundario las atenciones familiares.

El tiempo libre de la jornada laboral de las enfermeras es dedicado para culminar actividades laborales pendientes desde el hogar, dejando la relación familiar en un segundo plano. Esta población está principalmente enfocada en su trabajo, dedicando más tiempo y esfuerzos en cumplir con las actividades laborales, desplazando el tiempo libre dedicado a la familia, hacia actividades para descansar por el agotamiento físico y mental del trabajo. Dando un máximo potencial en la calidad del cuidado de sus pacientes, adaptándose a la carga horaria y el estrés laboral, consciente de que el trabajo es lo principal, brindándole un mayor enfoque de sus pensamientos y esfuerzos en la comunicación efectiva.

Las enfermeras consideran que su rol profesional predomina en importancia ante el cumplimiento de su rol como esposa e integrante de la familia. Esto ocurre debido a la extensa y continua carga laboral, la falta de uniformidad en los días libres, generando falta de atención a las necesidades de la pareja, lo que causa sentimientos de incomodidad, celos, reclamos e incluso afecta esferas tan profundas como la intimidad sexual de la pareja.

El cansancio físico y psicológico, la necesidad de descanso y confort y la falta de comprensión de la familia ante los problemas generados por el trabajo son factores que influyen en el deterioro de la sexualidad. Esta investigación refleja que los sentimientos de celos y desapego emocional, sumados a la falta de intimidad sexual incentivan el deterioro de la relación y la búsqueda de una nueva pareja por parte del cónyuge.

## Bibliografía

1. Saldaña Amarilis, Batista Yarineth, Bethancourt Raul, Marin Kathia, Moran Carolina, La profesión de enfermería y su relación en la desintegración familiar, [Tesis Monográfica], Universidad de Panamá, Postgrado en atención primaria en salud, Panamá, 2014. Disponible en <https://www.monografias.com/trabajos101/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar.shtml> Citado el 06/05/21.
2. Castillo T. Diana, Minchala N. Magaly, Clavijo Nube. Factores psicosociales relacionados con la desintegración familiar del personal de enfermería, Hospital Homero Castanier Crespo, 2017, [Tesis Monográfica], Universidad de Cuenca, Ecuador, 2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30949/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf> citado el 06/05/21.
3. Saltos-Rivas M, Pérez-Cardoso C, Suárez-Mella R, Linares-Giler S. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 vol. 34, N° 2 [citado 23 Feb 2023]; 34 (2) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170>
4. García G. Lester F. Oviedo M. Dulce M. Carrión S. Katherine Y. Reyes R. Katherine R. Relación entre situación familiar y carga laboral en personal de enfermería de atención primaria en León, Nicaragua, REESME, N 14, septiembre 2021, ISSN: 25306767 DOI: <http://doi.org/1035761/reesme.2021.14.05>
5. Conejo Pérez MN, Amezcua Sánchez A, González López C. Conciliación familiar, laboral y personal de los y las profesionales de Enfermería en España. Metas Enferm abr 2021; 24(3):16-23. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081733>
6. Otálora Montenegro G, La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. Cuadernos de Administración [Internet]. 2007;20(34):139-160. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205034072016>,
7. Tuy Bixcul Ismael, Rivera Ve. Francisco, Análisis sobre las causas y consecuencias de la desintegración familiar en Guatemala, [Tesis Monográfica], Universidad Panamericana de Guatemala, disponible en: <https://es.scribd.com/document/304792357/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar-doc> citado disponible el 07/05/21 citado el 07/05/21
8. Sandoval Nelson J., Sequeira V. Karla, Taleno P, Maria, Sandino M. Marcos V. Incidencia de la Desintegración Familiar en el proceso enseñanza aprendizaje del séptimo grado en el instituto nacional John F. Kennedy, León 2013 [Tesis Monográfica], Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, 2014. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3030/1/226488.pdf>, citado el 15/05/21
9. Patlan Perez Juana, Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad del trabajo, Revista Estudios Gerenciales Vol: 29445-455. ELSEVIER, 0123-5923, 2013 Universidad ICESI. Publicado por Elsevier España, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v29n129/v29n129a08.pdf>
10. Quintana A. Daniel, Tarqui-Maman Carolina, Desempeño laboral del profesional de enfermería en un hospital de la seguridad social de Callao- Perú, Archivos de medicina (Col), vol 20, num 1, pag 23-32 2022, Universidad de Manizales, publicado 01 diciembre 2022 DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3372.2020>
11. Galarza S. July, Solano J. Nancy, Pacheco S. María Desintegración familiar asociada a bajo rendimiento escolar, [Tesis Monográfica], Universidad de Cuenca, Ecuador, 2010, Disponible en <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>
12. Castillo Costa SM, Merino Armijos ZG. La desintegración familiar: impacto en el desarrollo emocional de los niños. JSR [Internet]. 28 de marzo de 2018 [citado 23 de febrero de 2023];3(9):10-8, Vol. 3 Núm. 9 2018: Enero – Marzo Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/209>
13. Simões MRL, Marques FC, Rocha AM. El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en: \_23 febrero 2023];18(6):[07 pantallas]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/L3QYqDhWMfy6BGNjsHsrSy/?format=pdf&lang=es>
14. Sander Borjas Sonia Elena, Hernandez Garcia Rosario, Estrés laboral en personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras. Enero - marzo 2016. [Tesis Monográfica], Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Maestría de Administración en salud, Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7800/1/t901.pdf>
15. Rodríguez, alba luz, carga laboral y síndrome de burnout en personal médico. Unidad de emergencia, hospital regional, instituto Hondureño seguridad social, protocolo de tesis para optar al grado de: maestro en salud ocupacional, publicado en el 2012, <https://repositorio.unan.edu.ni/7597/1/t708.pdf>, citado disponible el 26/05/21.
16. Oliveira María, Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés, Publicado en el 2014, Artículo original, [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es\\_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf), citado disponible el 26/05/21.

# “La piel: un medio de comunicación”: intervención enfermera con adolescentes para reducir las autolesiones no suicidas

“Skin: a means of communication”: a nursing intervention with adolescents to reduce non-suicidal self-injury

**Raquel Lindo Canchado**

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos.

Contacto: [rlindo@salud.madrid.org](mailto:rlindo@salud.madrid.org).

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2024 / Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2024

---

## Resumen

**Introducción:** Las autolesiones no suicidas (ANS) entre adolescentes se han convertido en un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a su estrecha relación con el suicidio, siendo estas un factor de riesgo. Más de la mitad de los adolescentes que se autolesionan no piden ayuda por miedo a ser estigmatizados. Y, a su vez, no existen herramientas para su detección e intervención.

**Objetivo:** Se propone diseñar y determinar la eficacia de un programa de educación para la salud (EPS) grupal centrado en la reducción de ANS en adolescentes.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer el estado actual del tema y realizar un encuadre teórico. Se llevó a cabo un diseño cuasiexperimental antes y después de la intervención en todos los y las participantes. El programa de EPS grupal consta de 10 sesiones donde se trabajan los patrones de pensamiento disfuncionales, la resolución de problemas, el autocontrol de impulsos, la regulación emocional y la búsqueda de alternativas a las ANS.

**Discusión y conclusiones:** Debido a la elevada prevalencia de las ANS entre la población de 11 a 17 años, se considera necesaria una intervención temprana por la alta relación con posibles intentos de suicidio en el futuro. Siendo el uso de terapias de EPS grupal el tratamiento de primera línea, intentando no centrarse solo en la autolesión como hecho y conseguir eliminar los factores de mantenimiento.

*Palabras clave:* autolesiones no suicidas, adolescentes, prevención, enfermería.

## Abstract

**Introduction:** Nonsuicidal self-injury (NSSI) among adolescents has become a public health problem due to its high prevalence and its close relationship with suicide, being a risk factor. More than half of the adolescents who self-injure do not seek help for fear of being stigmatized. Moreover, there are no tools for its detection and intervention.

**Objective:** The aim is to design and determine the efficacy of a group health education (HE) program focused on reducing NSSI among adolescents.

**Methodology:** A literature review was conducted to understand the current state of the topic and to establish a theoretical framework. A quasi-experimental design was implemented before and after the intervention for all participants. The group HE program consists of 10 sessions where dysfunctional thought patterns, problem-solving, impulse control, emotional regulation, and seeking alternatives to NSSI are addressed.

**Discussion and Conclusions:** Given the high prevalence of NSSI among the 11 to 17-year-old population, early intervention is deemed necessary due to the high correlation with possible future suicide attempts. Using group HE therapies is considered the first-line treatment, aiming not to focus solely on self-injury as an event but to eliminate maintaining factors.

*Keywords:* nonsuicidal self-injury, adolescents, prevention, nursing.

## Introducción

La salud mental de la población adolescente es un desafío especial de la sociedad moderna y es una de sus prioridades<sup>1</sup>. Cada 40 segundos, ocurre un suicidio en el mundo en la población general, considerándose este problema como la segunda causa de mortalidad entre los 15 y 29 años<sup>2</sup>. Estudios previos han identificado una estrecha relación entre el suicidio y la conducta autolesiva. Las autolesiones no suicidas (ANS) se han identificado como un factor de riesgo que aumenta hasta en un 50 % la probabilidad de cometer suicidio<sup>3-6</sup>.

Por ello, la conducta autolesiva es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública<sup>7</sup>, aumentando los estudios sobre las ANS en adolescentes en la última década, descubriéndose que la adolescencia es un período en el que aumenta el riesgo de participar en conductas autolesivas<sup>8,9</sup>.

Un riesgo adicional, reciente y preocupante, son las denominadas autolesiones *online*, donde se utiliza internet para colgar, enviar o compartir contenidos que resultan dañinos o humillantes para uno mismo. Este tipo de comportamientos son un problema creciente. Esta problemática se popularizó en nuestro país a partir del año 2017, con el llamado reto o juego de la ballena azul y de nuevo ha vuelto a aparecer a raíz del confinamiento por la pandemia de COVID-19 en 2020<sup>10</sup>.

Actualmente, la población adolescente está expuesta a este tipo de conductas por su aparición en series, películas y/o canciones, redes sociales, etc., donde aparecen páginas a favor de las ANS y comparan contenidos peligrosos con el resto de personas usuarias. Las ANS son un tema tabú en la sociedad, ya que más de la mitad de adolescentes que se autolesionan no piden ayuda por miedo a ser estigmatizados entre sus iguales. A pesar de todo esto, no existen herramientas para su detección e intervención, lo que implica que estas conductas sean un tema desconcertante e incomprensible<sup>11-13</sup>.

La metodología enfermera aplica el método científico al proceso de cuidados de enfermería. Cuidar con metodología supone valorar las necesidades de cuidados del paciente para diagnosticarlas, determinar qué resultados se han de alcanzar y qué intervenciones debemos llevar a cabo para conseguirlos. Uno de

nuestros diagnósticos de enfermería (NANDA) es “[00151] Automutilación”, definido como “conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión”<sup>14</sup>. Así mismo, una de nuestras intervenciones de enfermería (NIC) es la “[5450] Terapia de grupo”, definida como “aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo”, junto con la intervención “[4354] Manejo de la conducta: autolesión”, definida como “ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo”<sup>15</sup>, siendo los resultados a alcanzar (NOC) el “[1406] Control de la automutilación”, definido como “acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas”, junto con el “[1405] Autocontrol de los impulsos”, definido como “autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo”<sup>16</sup>.

Por todo ello, se plantea realizar un programa de EPS grupal para reducir las ANS de adolescentes que acuden al centro de salud mental (CSM) de Alcorcón. Dicho programa consta de 10 sesiones donde se trabajarán los patrones de pensamiento disfuncionales con la identificación y manejo de pensamientos negativos, el entrenamiento en resolución de problemas, el autocontrol de impulsos y la regulación emocional, así como la búsqueda de alternativas a la ANS, con el propósito de disminuir la conducta autolesiva de los y las adolescentes.

## Objetivos

### *Objetivo principal*

Determinar la efectividad de un programa de EPS grupal centrado en la reducción de las ANS en adolescentes.

### *Objetivos secundarios*

- Determinar si disminuye la gravedad de las ANS que se produzcan tras asistir al programa de EPS considerando la intención autolítica en la valoración posintervención.
- Conocer la frecuencia de las ANS tras asistir al programa de EPS y comprobar si existe relación estadística con las variables recogidas en el estudio.
- Conocer si los esquemas desadaptativos, medidos con la Versión Reducida del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR), la impulsividad,

medida con la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), y las habilidades sociales, medidas con la escala MESSY, se relacionan con las variables recogidas en el estudio.

## Metodología

### *Diseño del estudio*

El diseño que se plantea es un estudio cuasiexperimental transversal prospectivo con diseño pretest y postest.

### *Ámbito del estudio*

El estudio se ha planificado en el CSM de Alcorcón. Dicha localidad cuenta con una población de 170 296 habitantes, de los cuales 29 414 pertenecen a la población infantojuvenil, comprendida entre los 11 a 17 años, ambos incluidos. De todos ellos, en 2021, se han atendido un total de 895 en las consultas de infantojuvenil del CSM, de los cuales se estima que entre 358-716 adolescentes presentaron ANS, debido a que, según la evidencia, la prevalencia de ANS en adolescentes en la población clínica se sitúa entre el 40 %-80 %<sup>1,9,17</sup>.

### *Duración del estudio*

Dicho estudio se ha llevado a cabo durante 16 meses, comenzando en enero de 2022 y finalizando en mayo de 2023. Cabe señalar que la planificación establecida tiene un carácter dinámico, pudiendo adaptarse a las necesidades de la investigación.

### *Población de estudio*

El programa de EPS está dirigido a 20 adolescentes que acuden al CSM de Alcorcón por ANS. Para ello, se revisan todas las historias clínicas de los pacientes con ANS atendidos por psiquiatría, psicología o enfermería en el CSM en los últimos 5 años y con edades comprendidas entre los 11 y 17 años. Para la selección de participantes, se lleva a cabo una primera entrevista individual con cada uno de los posibles candidatos según el criterio del equipo interdisciplinar y respetando los criterios de inclusión/exclusión:

### *Criterios de inclusión*

- Tener entre 11 y 17 años, ambos incluidos.
- Hablar y entender castellano.

- Estar en seguimiento en el CSM de Alcorcón por ANS.
- Haber firmado consentimiento informado por parte de los padres y/o tutores legales.

### *Criterios de exclusión*

- Haber sido diagnosticado con discapacidad intelectual.
- Afirmar en la entrevista inicial que se autolesionan con una finalidad suicida, medido con el cuestionario de recogida de datos inicial.
- Imposibilidad para acudir al CSM de Alcorcón los días de las sesiones.

### *Descripción del programa*

#### A. Fase de captación

La enfermera cita a toda la población adolescente que haya sido atendida con ANS por psiquiatría, psicología y/o enfermería en el CSM en los últimos 5 años y que, a su vez, cumplen los criterios de inclusión/exclusión.

#### 1ª Entrevista

Presencial en el CSM de Alcorcón, donde se realiza una entrevista individual con el paciente y su padre/madre/tutor legal. En esta primera entrevista se les explica y entrega la siguiente documentación que deben leer detenidamente en casa y traerla en la 2ª entrevista para su cumplimentación:

1. Documento informativo del programa de EPS, donde se explica en qué consiste el programa, así como los beneficios y riesgos que puede aportar a su hijo/a participar.
2. Consentimiento informado (CI), imprescindible para poder participar en dicho programa. Ambos padres o tutores legales deben firmarlo en la 2ª entrevista.
3. Tres escalas autoadministradas para valorar las conductas desadaptativas tempranas, las habilidades sociales y la impulsividad. El paciente debe rellenarlas en casa y entregarlas en la 2ª entrevista:
  - 3.1. Versión Reducida del Cuestionario de Esquemas de Young (CEY-VR), adaptación española de J. Cid y R. Torrubia<sup>18</sup>.
  - 3.2. Escala MESSY (Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters), versión española de F. Méndez y colaboradores<sup>19</sup>.

3.2. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), versión española de J. Salinas, M. Aguilar-Luzón y M. Fabregat<sup>20</sup>.

### 2ª Entrevista

Presencial en el CSM, siempre y cuando estén de acuerdo con participar en dicho programa de EPS, y deben rellenar en consulta los siguientes documentos:

- CI ambos padres o tutores legales.
- Escalas autoadministradas.
- Cuestionario de recogida de datos inicial, se rellena a solas con cada adolescente.

Se les informa que la enfermera se pone en contacto con cada participante para informar sobre el día exacto del inicio del programa, una vez que se recopilan y revisan todos los documentos.

### B. Fase de intervención

El programa de EPS grupal tiene lugar los miércoles en horario de tarde en el CSM de Alcorcón, aprovechando que es el único día que permanece abierto hasta las 18h y facilitando así la menor interrupción de la asistencia escolar de sus participantes. El programa está formado por dos grupos para poder adaptar los contenidos. El grupo 1 incluye de 11 a 13 años, cuyo horario es de 15:15 h a 16:15 h, y el grupo 2 es de 14 a 17 años, de 16:30 h a 17:30 h. Las terapeutas en ambos grupos son dos enfermeras especialistas en salud mental, siendo las mismas en ambos grupos.

Se lleva a cabo a través de 10 sesiones donde se trabajan los patrones de pensamiento disfuncionales con la identificación y manejo de pensamientos negativos, el entrenamiento en resolución de problemas, el autocontrol de impulsos y la regulación emocional, así como la búsqueda de alternativas a las ANS con el propósito de disminuir la conducta autolesiva. Al final de cada sesión se realiza un registro que deben rellenar las enfermeras con los datos relevantes de la sesión.

### C. Fase de evaluación

Se evalúan los resultados obtenidos a través de una serie de registros que se le entregan a cada participante durante las sesiones y que deben rellenar en casa. Dichos registros son: registro de autolesiones, registro de resolución de problemas, registro de identifica-

ción de trampas del pensamiento, registro de emociones, pensamientos y acciones, y registro de cada sesión, cumplimentado por los profesionales.

Todo ello lo entregan en una 3ª entrevista. Se les cita presencialmente a los 3 meses tras terminar el programa. En dicha entrevista, se cumplimentan las tres escalas del inicio y el cuestionario de recogida de datos posintervención para ver si hay cambios significativos o no tras asistir al programa.

### *Material utilizado*

#### Recursos personales

- Dos enfermeras especialistas en salud mental para impartir el programa.
- Psicólogo/a y psiquiatra que realiza las derivaciones a la consulta de enfermería.
- Administrativo/a que cita semanalmente a cada participante.
- Departamento de investigación del HUFA para el análisis de datos.

#### Recursos materiales

- Aula para el desarrollo de las sesiones.
- Ordenador, presentación, proyector, pizarra, mesas y sillas.
- Folios, cartulinas de colores, rotuladores, bolígrafos y tizas.
- Test autoadministrados (CEY-VR, Escala MESSY y BIS-11) y registros entregados.

### *Análisis de los datos*

El análisis estadístico se lleva a cabo de la forma que se expresa a continuación:

- Para las variables nominales, los datos se presentan en frecuencias y porcentajes con sus intervalos de confianza (IC) del 95 %.
- Para las variables cuantitativas, se describen las medias y la desviación estándar de dichas variables cuantitativas.
- La comparación de los grupos se realiza mediante el uso del contraste de hipótesis  $\chi^2$  para variables cualitativas y el test de la t de Student para variables cuantitativas.
- Las variables se analizan en una base de datos informatizada y diseñada con *software* SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Los datos se registran de forma anónima en una hoja de Excel que está custodiada por la base de datos del centro y protegida por los sistemas de información del HUCA, cumpliendo la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales<sup>23</sup>, garantizando así la confidencialidad de estos. Los datos no se pueden sacar de la base de datos a través de soportes externos y los resultados del estudio no se les facilitan a los o las participantes.

Las variables a estudio son las que se detallan a continuación. Por un lado, la variable independiente es el programa de intervención propuesto: “La piel: un medio de comunicación”. Por otro lado, las variables dependientes son: frecuencia de las ANS, gravedad de las ANS, esquemas desadaptativos tempranos, habilidades sociales específicas, impulsividad, variables sociodemográficas.

### Limitaciones del estudio

Al tratarse de un proyecto piloto, pretende realizar una aproximación tanto al efecto del programa creado como al empleo de la metodología para el estudio, ya que no se ha podido calcular el tamaño muestral necesario. Se han encontrado pocas referencias con características similares tanto en el tipo de programa como de la metodología empleada para poder tener la suficiente fiabilidad.

Al ser estudio cuasiexperimental, no se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, a otras intervenciones o a factores no controlados. En cuanto a los registros que debe rellenar cada participante, existe riesgo de sesgo de no respuesta en cualquiera de ellos, tanto en las escalas como en los registros entregados en las sesiones.

Respecto a los grupos de intervención, se considera necesario dividir a sus participantes en dos grupos según la edad: por un lado, de 11 a 13 años y, por otro, de 14 a 17 años, debido a las diferencias en la madurez, dado que dificulta la capacidad de obtener productividad.

### Aspectos éticos

El proyecto ha sido aprobado por parte del CEIC del HUCA, con el fin de proteger y amparar los derechos fundamentales de los y las participantes en la investigación.

Se respetan los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía en el CI. De esta manera, se cumple con la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”<sup>21</sup> y la Declaración del Helsinki de 1964<sup>22</sup>, que rige los principios éticos para la investigación en seres humanos, cuya quinta revisión es del año 2000, (Declaración de Edimburgo).

Cumpliendo la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales<sup>23</sup>, el Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, del 27 de abril<sup>24</sup> y el Real Decreto-Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos<sup>25</sup>.

El equipo de profesionales que lleva a cabo dicho programa preserva el anonimato de la persona encuestada, asignando un código de participante que solo conoce la investigadora principal para disminuir sesgos a la hora de recoger datos. Se respetan todas las normas de seguridad y confidencialidad establecidas para este tipo de intervenciones y, a su vez, el origen legal del derecho a la privacidad.

La autora declara no tener conflicto de intereses.

### Discusión y conclusiones

La finalidad de esta investigación ha sido conocer la prevalencia de las ANS entre adolescentes, así como los tratamientos más eficaces para reducir y/o eliminar estas conductas. Las ANS entre la población de 11 a 17 años tienen una prevalencia muy elevada, siendo necesaria una intervención temprana debido a que se ha convertido en un posible predictor de intento autolítico en el futuro, considerándose el uso de terapias de EPS grupal como el tratamiento de primera línea, intentando no centrarse solo en la autolesión como hecho y trabajar conjuntamente para conseguir eliminar los factores de mantenimiento.

La información obtenida a través de las diferentes escalas autoadministradas pre- y posintervención, junto con los registros entregados a lo largo del programa de EPS, que han ido rellenando diariamente en casa, y el registro de cada sesión rellenado por los profesionales, nos informa sobre la efectividad del

programa para reducir las ANS y la aceptación por parte de cada participante.

Las experiencias, necesidades y satisfacción de los y las adolescentes que participan en el programa indican cuál es la dirección que deben seguir las mejoras y la evolución del programa para reducir y/o eliminar las ANS.

## Bibliografía

1. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022; 13.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, cop. 2020 [citada 25 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
3. Faura-García J, Zumalde EC, Sola IO. Non-suicidal self-injury: conceptualization and clinical assessment in the Spanish-speaking population. *Papeles del Psicol*. 2021;42(42):207–214.
4. Lu J, Gao W, Wang Z, Yang N, Pang WIP, In Lok GK, Rao W. Clinical, educational and psychosocial interventions for the prevention of suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11.
5. Obando D, Trujillo Á, Prada M. Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2018;23(3):189–200.
6. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and Correlates of Suicidal and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(7):718–726.
7. Chaves G, Tardivo LS de LPC, Pinto Júnior AA, Rosa HR. HR. O Comportamento Autolesivo Na Adolescência: Uma Revisão Integrativa Da Literatura. *Rev Saúde - UNG-Ser*. 2019;13(1/2):54.
8. Pérez S, García-Alandete J, Gallego B, Marco JH. JH. Characteristics and unidimensionality of non-suicidal self-injury in a community sample of Spanish adolescents. *Psicothema*. 2021;33(2):251–258.
9. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021;51(7):1057–1067.
10. Gámez-Guadix M, Almendros C, Rodríguez-Mondragón L, Mateos-Pérez E. Autolesiones online entre adolescentes españoles: Análisis de la prevalencia y de las motivaciones. *Rev Psicol Clin con Niños y Adolesc*. 2020;7(1):9–15.
11. Ayuda y estudio de la Autolesión – Sociedad Internacional de Autolesión [Internet]. [citado el 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.autolesion.com/>.
12. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, Hawton K. Interventions for self-harm in children and adolescents. 2021;3(3).
13. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA, Camacho-Conde JA. Self-inflicted injuries in adolescents and young adults: A longitudinal approach. *Psicothema*. 2020;32(3):322–8.
14. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. 12th ed. Madrid: Elsevier; 2021.
15. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7th ed. Madrid: Elsevier; 2018.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
17. Sánchez Sánchez T. Autolesiones en la adolescencia. Significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Rev Psicoter*. 2018;29(110):185–209.
18. Calvete E. The Young Schema Questionnaire: Adaptation of a short version to Spanish adolescents and young adults. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2021;25(3):219–29.
19. Méndez FX, Hidalgo MD, Inglés CJ. The Matson evaluation of social skills with youngsters: Psychometric properties of the Spanish translation in the adolescent population. *Eur J Psychol Assess*. 2002;18(1):30–42.
20. Salinas JM, Aguilar-Luzón MC, Fabregat M. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). *ResearchGate*. 2018;16.
21. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, número 274 (15 de noviembre de 2002).
22. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [Internet]. [Citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/in>.
23. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, número 294, (6 de diciembre de 2018).
24. Reglamento (Ue) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de datos. (*Diario Oficial de la Unión Europea*, número 119, de 4 de mayo de 2016).
25. Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. (*Boletín Oficial del Estado*, número 183, de 30 de julio de 2018).

# Análisis de coste-efectividad de los cuidados integrados en adultos afectados por psicosis crónica grave: protocolo para una revisión sistemática y metaanálisis

Cost-effectiveness analysis of integrated care in adults affected by severe chronic psychosis: a protocol for a systematic review and meta-analysis

**Alejandro Giménez-Sánchez**

Enfermero especialista en salud mental del Área de Salud Mental, Hospital Padre Jofré. València, España.

Correspondencia: [gimenez\\_alesan@gva.es](mailto:gimenez_alesan@gva.es)

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2024 / Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2024

## Resumen

**Introducción:** Las psicosis crónicas graves (PCG) se consideran un grupo de enfermedades con sintomatología psicótica que se engloban dentro de la enfermedad mental grave (EMG), que se caracteriza por un deterioro persistente debido a trastornos mentales, y afecta al 6 %-8 % de las personas con trastornos mentales. La mayoría presenta trastornos psicóticos como esquizofrenia o trastorno bipolar con síntomas psicóticos. Estas personas enfrentan desafíos clínicos y sociales, como comorbilidad con otros trastornos mentales, trastornos somáticos crónicos y discapacidad social. A pesar de la evidencia que respalda los beneficios de los cuidados integrales, su implementación en salud mental es limitada. La atención integrada puede generar ahorros significativos y mejorar la calidad de vida en comparación con la atención habitual. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las visitas al servicio de urgencias.

Es crucial realizar revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre los cuidados integrales en la psicosis crónica grave (PCG) para identificar lagunas y estimular futuras investigaciones y planificación en este campo. Aunque se han realizado estudios en los últimos años, aún no se han realizado revisiones sistemáticas o metaanálisis sobre este tema. Por lo tanto, es necesario identificar, seleccionar y evaluar sistemáticamente la literatura científica disponible sobre cuidados integrales y psicosis crónica grave.

**Metodología:** Se llevará a cabo una revisión sistemática de estudios sobre análisis de coste-efectividad de los cuidados integrales en personas con psicosis crónica. Se considerarán estudios publicados sin límite temporal y sin restricciones de idioma. La medida principal de resultados será mejora de la calidad y duración de vida medida mediante los años de vida ajustados por calidad, mientras que las medidas secundarias serán ingresos al año, duración media de las hospitalizaciones, coste de la atención, visitas a urgencias y gasto en fármacos. Se incluirán estudios que incluyan usuarios de mayores de edad, de ambos sexos. Se realizarán búsquedas exhaustivas en bases de datos, así como en otras fuentes de información. Los estudios serán seleccionados y los datos extraídos de forma independiente por el investigador principal. El riesgo de sesgo de los estudios será evaluado. Se realizarán metaanálisis de efectos aleatorios y se explotarán posibles fuentes de heterogeneidad (mediante análisis de subgrupos y metarregresión).

**Registro del protocolo:** [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42023447557](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023447557)

**Palabras clave:** *cuidados integrados, coste-efectividad, psicosis crónica, salud mental, revisión sistemática.*

## Abstract

**Introduction:** Severe chronic psychoses (SCP) are considered a group of diseases with psychotic symptoms that are included within severe mental illness (SMI), characterized by persistent impairment due to mental disorders, affecting 6%-8% of people with mental disorders. Most have psychotic disorders such as schizophrenia or bipolar disorder with psychotic symptoms. These individuals face clinical and social challenges, such as comorbidity with other mental disorders, chronic somatic disorders, and social disability. Despite evidence supporting the benefits of integrated care, its implementation in mental health is limited. Integrated care can generate significant savings and improve quality of life compared to usual care. However, no significant differences were found in emergency service visits.

It is crucial to conduct systematic reviews and meta-analyses on integrated care for severe chronic psychosis (SCP) to identify gaps and stimulate future research and planning in this field. Although studies have been conducted in recent years, systematic reviews or meta-analyses on this topic have not yet been performed. Therefore, it is necessary to systematically identify, select, and evaluate the available scientific literature on integrated care and severe chronic psychosis.

*Methodology:* A systematic review of studies on cost-effectiveness analysis of integrated care in people with chronic psychosis will be conducted. Studies published without time limits and without language restrictions will be considered. The primary outcome measure will be improvement in quality and length of life measured through quality-adjusted life years (QALYs), while secondary measures will include annual admissions, average hospitalization duration, cost of care, emergency visits, and medication expenses. Studies including adult users, of both sexes, will be included. Comprehensive searches will be conducted in databases as well as other information sources. Studies will be selected and data extracted independently by the principal investigator. The risk of bias of the studies will be evaluated. Random-effects meta-analyses will be conducted, and potential sources of heterogeneity will be explored (through subgroup analyses and meta-regression).

*Protocol registration:* [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42023447557](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023447557)

*Keywords:* integrated care, cost-effectiveness, chronic psychosis, mental health, systematic review.

## Introducción

Las psicosis crónicas graves (PCG) se consideran un grupo de enfermedades con sintomatología psicótica que se engloban dentro de la enfermedad mental grave (EMG). La EMG se define como un deterioro considerable y persistente del funcionamiento debido a trastornos mentales<sup>1</sup>. Los datos epidemiológicos indican que el 6-8 % de las personas con trastornos mentales sufre EMG<sup>2</sup>. Aproximadamente el 60 % de ellos padece psicosis crónica grave (PCG), principalmente esquizofrenia (90 % de riesgo de EMG a lo largo de la vida), trastornos del espectro esquizofrénico (60 % de riesgo) o trastorno bipolar I/trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos (40 % de riesgo)<sup>1</sup>.

El DSM-5 define el trastorno psicótico como una condición mental grave en la que las personas interpretan la realidad de manera anormal. Este trastorno puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, lo que afecta su funcionamiento diario y puede ser incapacitante<sup>3</sup>. Las personas con trastornos psicóticos que cumplen con los criterios del EMG presentan desafíos clínicos y sociales: (i) más del 80 % sufre trastornos mentales comórbidos, en su mayoría trastornos por uso de sustancias; (ii) aproximadamente el 80 % de las personas con múltiples episodios tienen trastornos somáticos crónicos; y (iii) todas las personas presentan diferentes áreas de discapacidad social<sup>4,5</sup>. Otros desafíos importantes incluyen las altas tasas de desvinculación de los servi-

cios, la falta de adherencia a los medicamentos, las recaídas múltiples y la falta de vivienda, todo lo cual genera altos costos de tratamiento y una baja esperanza de vida<sup>6,7</sup>.

Reducir la fragmentación entre las diferentes partes del sistema de salud es una prioridad clave para los servicios de salud y para los sistemas de salud a nivel internacional, si se quieren enfrentar los desafíos que enfrentan. Uno de los problemas más profundos en los sistemas sanitarios es la desconexión de la atención de la salud mental del resto del sistema; esto debe abordarse como parte de los esfuerzos para mejorar la atención integrada<sup>8-10</sup>.

La mortalidad prematura asociada con la PCG se ha estimado entre 8 y 32 años<sup>11-17</sup>. Esta disparidad está relacionada con tasas más altas de tabaquismo y dietas poco saludables<sup>18</sup>, medicamentos antipsicóticos que aumentan el riesgo de síndrome metabólico<sup>19</sup> y niveles más bajos y calidad de la atención primaria<sup>20,21</sup>. Debido a que las personas con PCG tienen un mayor riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión<sup>22</sup>, los expertos sugieren monitorear regularmente los indicadores de salud física, incluidos el peso, el tabaquismo, la presión arterial y los análisis de sangre para detectar el riesgo de diabetes<sup>23</sup>. Sin embargo, las personas con PCG a menudo tienen atención primaria limitada<sup>24</sup>, e incluso cuando tienen acceso, los resultados a menudo son subóptimos, con tasas más bajas de detección preventiva que otras personas para las mismas condiciones por las cuales tienen mayor riesgo<sup>25</sup>.

Para las personas con PCG, llevar la atención primaria a sus entornos de salud cotidiana puede abordar sus necesidades de manera más efectiva<sup>26-28</sup>, mejorando los procesos de atención, los resultados de salud<sup>26,28</sup> y el uso de recursos al mejorar la prevención y el manejo de enfermedades<sup>14,29</sup>.

## Justificación

A pesar de que existe evidencia científica que respalda los beneficios de los cuidados integrales, su aplicación en el ámbito de la salud mental es aún limitada. Sin embargo, se ha observado que la atención integrada puede generar ahorros de costos significativos en comparación con la atención habitual, según lo reportado en diversos estudios<sup>30</sup> así como conducir a mejoras en el acceso a la atención de salud mental y el uso eficiente de los recursos<sup>31,32</sup>. Siguiendo la línea de hallazgos se han encontrado diferencias significativas en términos de visitas al servicio de urgencias, reingreso, reducción de estancia hospitalaria y detección de factores de riesgo del síndrome metabólico entre las personas que reciben una atención integral<sup>33</sup>. La implementación de la atención integrada puede resultar en una mejor calidad de vida y ahorros de costos significativos, a pesar de que se necesita mayor investigación para esclarecer algunos aspectos. Los sistemas integrados ofrecen un modelo para abordar las necesidades de salud mental junto con las necesidades de salud física dentro de una población<sup>34</sup>. Si bien es una estrategia potencialmente eficiente, se recomienda precaución para garantizar que los servicios estén integrados y no simplemente agregados a un sistema ya sobrecargado<sup>35</sup>.

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis de coste-efectividad de los cuidados integrales en adultos con PCG permitirían identificar lagunas en el conocimiento disponible, y podrían estimular futuras agendas de investigación y planificación. En los últimos 5 años, se han realizado pocos estudios al respecto. Sin embargo, hasta donde sabemos, no existen revisiones sistemáticas ni metaanálisis que hayan evaluado estos. Por lo tanto, consideramos importante identificar, seleccionar y evaluar sistemáticamente la literatura científica disponible sobre este tema.

Finalmente, ante las evidencias analizadas, es necesario realizar una revisión exhaustiva sobre cuidados integrales y PCG, con la finalidad de conocer los vacíos de conocimiento y su impacto en la relación coste-efectividad en las diferentes evidencias

científicas arrojadas por los artículos consultados en las bases de datos. Por ello es necesario conocer qué impacto tiene la atención integral en la relación coste-efectividad en los adultos con psicosis crónica grave. Este interrogante será respondido en todo el artículo.

## Objetivos

El objetivo principal será analizar la relación entre costes monetarios y efectos para la salud de los modelos de cuidados integrados en adultos con PCG.

Como objetivos secundarios se plantean:

- Identificar y describir los modelos de cuidados integrados incluidos en las evaluaciones económicas, y determinar la adherencia a las recomendaciones recogidas en *The Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist*, utilizando una versión específica para revisiones sistemáticas (TIDieR-SR)<sup>36</sup>.
- Describir y examinar el uso de recursos (incluyendo los costes del tratamiento psiquiátrico y la duración de la hospitalización, entre otros) utilizados en las evaluaciones económicas que evalúan los cuidados integrados frente a la atención estándar.
- Describir y examinar los efectos para la salud de los cuidados integrados utilizados en las evaluaciones económicas que evalúan los cuidados integrados frente a la atención estándar.
- Analizar los métodos y los resultados de las evaluaciones económicas que analicen la relación entre los costes y los beneficios o resultados en salud (coste-efectividad) de los diferentes modelos de cuidados integrados identificados en la literatura científica.
- Determinar la adherencia a las recomendaciones de la declaración de Estándares Consolidados de Reporte de Evaluaciones Económicas Sanitarias (CHEERS 2022).

## Metodología

### Diseño

Se trata de una revisión sistemática-metaanálisis de evaluaciones económicas de cuidados integrales en la atención a personas con PCG. El protocolo ha sido redactado siguiendo las recomendaciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols (PRISMA-P)<sup>37,38</sup> (ANEXO 1). Previo al inicio del proyecto, el

presente protocolo ha sido registrado en la plataforma PROSPERO ([https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42023447557](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023447557)).

Se realizará una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, EMBASE, CINAHL y PsycINFO (sin aplicar restricción temporal). Se diseñarán estrategias de búsqueda, usando términos de texto libre y estandarizados de los tesauros de cada base de datos, para la selección y extracción de datos. Además, se realizarán búsquedas de texto libre en los siguientes repositorios: WOS, SCOPUS y Google Académico, y se tendrán en cuenta las citaciones de artículos relevantes.

Posteriormente se seleccionarán los estudios que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, se procederá a la síntesis de datos y a la evaluación de la calidad de los estudios resultantes (CHEERS 2022, y otras).

Se realizará una síntesis narrativa de los resultados obtenidos. Si los datos obtenidos de los estudios seleccionados lo permitieran, se realizaría un metaanálisis.

Finalmente se interpretarán los resultados, y se extraerán las conclusiones o recomendaciones.

#### *Criterios de inclusión*

- Artículos y revisiones sistemáticas sobre intervenciones de cuidados integrados en adultos (18 años o más) con psicosis crónica grave sin limitación de género.
- Coste del tratamiento de los eventos adversos de medicamentos antipsicóticos.
- Evaluación económica completa que relaciona los costos y los resultados en una relación coste-efectividad incremental (ICER) o una medida del beneficio neto que incorpore los resultados en salud.
- Evaluaciones económicas que adopten el análisis de coste-efectividad (CEA).
- Análisis de costo-utilidad (CUA).
- Costos y resultados, independientemente del tipo de evaluación económica.
- Resultados de mejora de la calidad y duración de vida medida mediante los años de vida ajustados por calidad (QALY), ingresos al año, duración media de las hospitalizaciones, coste de la atención, visitas a urgencias y gasto en fármacos.

- No se aplicarán restricciones temporales ni lingüísticas en la búsqueda.
- Estudios experimentales, cuasiexperimentales, observacionales analíticos, estudios económicos completos coste-eficacia, coste-utilidad, coste-beneficio y descriptivos.

#### *Criterios de exclusión*

- Estudios que informan solo de resultados sin costes.
- Impacto en presupuestos.
- Estudios de coste de la enfermedad.
- Evaluación económica parcial (análisis de costos, minimización de costos).
- Estudios metodológicos,
- Los ICER que no son específicos en salud o si eran una medida del uso de los servicios sanitarios.
- No relacionados con la evaluación económica.
- Estudios sobre el análisis de impacto presupuestario.
- Estudios basados en modelos.
- Que usen el efecto clínico como único resultado.
- Reseñas, comentarios, cartas, editoriales o resúmenes.

#### *Comparadores*

Atención en salud mental estándar, tratamientos específicos, comparación con la práctica habitual o sin intervención.

#### *Pregunta de investigación*

¿Qué impacto tiene la atención integral en la relación coste-efectividad en personas adultas con psicosis crónica grave?

#### *Manejo de los artículos*

Dos revisores examinarán de forma independiente los títulos y resúmenes de los estudios recuperados, mediante la estrategia de búsqueda y las fuentes adicionales especificadas, para identificar estudios que potencialmente cumplan con los criterios de inclusión. Dos miembros del equipo de revisión recuperarán el texto completo de los estudios potencialmente elegibles y evaluarán su elegibilidad de forma independiente. Cualquier desacuerdo entre ellos sobre la elegibilidad de estudios particulares se resolverá mediante discusión con un tercer revisor. En caso necesario, se contactará a los autores de los estudios

elegibles para proporcionar información adicional o faltante.

Dos revisores extraerán de forma independiente los datos de los estudios incluidos para la evaluación de la calidad del estudio y la síntesis de la evidencia. Se creará y utilizará un formulario estandarizado. La información extraída incluirá país; diseño del estudio; entorno de estudio; características de los proveedores participantes; estudio de la población y la demografía de los participantes; detalles de la intervención (incluyendo propósito, desarrollo e implementación); condiciones de control si corresponde; metodología de estudio; tasas de reclutamiento y finalización de estudios; medidas de resultado; resultados; y evaluación del riesgo de sesgo. Las discrepancias se identificarán y resolverán mediante discusión con un tercer revisor cuando sea necesario.

#### *Proceso de selección de artículos*

##### Fase 1: Selección de título/resumen

Cada título y resumen serán evaluados por dos revisores independientes. Los revisores examinarán los criterios de inclusión, los títulos, los resúmenes y las palabras clave de las referencias potencialmente relevantes. Cualquier inquietud acerca de la relevancia del estudio se discutirá con un tercer revisor.

##### Fase 2: Selección de texto completo

El texto completo de todos los artículos que se incluyen después de la selección del título/resumen (fase 1) será revisado por dos revisores independientes. Cualquier desacuerdo con respecto a la elegibilidad de inclusión se resolverá mediante discusión entre los dos revisores independientes y en consulta con un tercer revisor independiente.

##### Fase 3: Extracción de datos

Se extraerá la siguiente información: autor; año de publicación; país; título; metas y objetivos; características de los participantes (p.ej., edad, género); características de la intervención (p.ej., ubicación, nivel de intervención, servicios, descripción del servicio); resultados de salud informados; recomendaciones, y referencias. Se probará un formulario de extracción de datos con algunos de los estudios incluidos y se perfeccionará si es necesario. Un revisor realizará la extracción de datos y un segundo

revisor los verificará de forma independiente para todos los estudios incluidos. Cualquier discrepancia será resuelta por un tercer revisor. Se contactará a los autores por correo electrónico para solicitar más información si alguna publicación carece de los detalles necesarios para la extracción completa o si faltan datos relevantes para la revisión.

Se utilizará la Herramienta TIDIER para evaluar revisiones sistemáticas de intervenciones integradas.

#### *Proceso de recogida de datos*

Los datos relevantes se importarán y almacenarán en un software de gestión de referencias (como Mendeley). Los datos se refinarán y se eliminarán las duplicaciones.

La extracción de datos incluirá:

- Autor y año de publicación.
- Periodo de observación o año en el que se llevó a cabo el estudio.
- Localización geográfica (p.ej., internacional, nacional, comunidad autónoma, provincia).
- Ámbito (p.ej., atención primaria, hospitalaria, mixto).
- Características metodológicas: diseño del estudio (transversal, encuesta, cohorte).
- Características de la muestra: edad (media con desviación típica), proporción de mujeres, tamaño muestral (número de participantes).
- Variables de interés: etiqueta diagnóstica, años con la enfermedad, número de ingresos al año y durante la enfermedad, configuración del programa, contenido del programa descrito por medio de los componentes de la lista de verificación TIDIER, mortalidad, adherencia al tratamiento, QALY y satisfacción del usuario.
- Resultados del estudio.

Dos revisores calificarán de forma independiente la calidad metodológica de los estudios.

Todos los estudios elegibles se incluirán en la revisión, independientemente de su calidad.

#### *Resumen y metadatos*

1. Indicadores cuantitativos → Metaanálisis, valoración de la heterogeneidad; I<sup>2</sup>, Q Test (Efectos fijos y aleatorios) Plot Forest.

2. Indicadores cuantitativos →  $n < 3$  sesgo de publicación → resúmenes cualitativos
3. Indicadores cualitativos → Análisis cualitativo

En un proceso de dos etapas, se evaluarán las asociaciones entre la recepción de la persona de atención integrada y las probabilidades de hospitalización durante el primer año de recibir atención primaria integrada en comparación con el año anterior. Para las personas hospitalizadas, también se calcularán las diferencias en la duración de la estancia antes y después de la atención integrada. Primero, una regresión logística probará las asociaciones entre la recepción de atención integrada por parte de las personas ingresadas y la probabilidad anual de una hospitalización. En segundo lugar, para quienes fueron hospitalizados, la duración de la estancia se modelará utilizando una regresión de mínimos cuadrados ordinarios, con este resultado transformado logarítmicamente para reducir el sesgo en su distribución. Todas las regresiones utilizarán correcciones de Huber/White para obtener estimaciones robustas del error estándar. Los análisis se realizarán con SPSS 25.

#### *Riesgo de sesgo y evaluación de la calidad de los estudios*

El riesgo de sesgo de los estudios observacionales primarios será evaluado siguiendo la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P).

Según la revisión de herramientas de evaluación de la calidad realizada se plantea el uso la lista de *Quality of Health Economic Studies* (QHES) para discriminar la calidad de los estudios como medida cuantitativa<sup>39-41</sup>.

Por otra parte, la declaración CHEERS 2022, recomendada por la International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) se usará como lista de verificación de informes y como guía para optimizar la calidad de los informes.

La lista de verificación del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se usará con el objetivo de evaluar la calidad metodológica del estudio.

La jerarquía Cooper se centra en la calidad de las fuentes de datos utilizadas, para informar los parámetros de un modelo, se modificó a partir de las jerar-

quías potenciales de fuentes de datos para análisis económicos, desarrolladas por Coyle y Lee. La jerarquía de Cooper proporciona una lista de fuentes potenciales para cada componente de datos de interés, incluida la medida del efecto clínico principal, datos clínicos de referencia, efectos adversos y complicaciones, uso de recursos, costos y utilidades.

Para describir los modelos de cuidados integrados incluidos en las evaluaciones económicas, y determinar la adherencia a las recomendaciones, se usará la versión específica para revisiones sistemáticas (TIDieR-SR).

Dos revisores participarán en la evaluación del riesgo de sesgo. Las discrepancias se resolverán mediante discusión y participación de un tercer revisor si es necesario. Es posible que se excluyan otros estudios según su calidad.

La valoración del sesgo de publicación se realizará mediante gráficos en embudo o “árboles de navidad”.

#### **Resultados y priorización**

Se comenzará con una visión general narrativa de los estudios incluidos en la revisión que proporcionará información sobre las características descriptivas de la intervención a estudio.

Anticipamos que habrá un alcance limitado para el metaanálisis debido a la variedad de resultados diferentes medidos en el pequeño número de ensayos existentes. Proporcionaremos una síntesis narrativa de los hallazgos, estructurada en torno al tipo de intervención, su contenido y tipo de resultado. Proporcionaremos resúmenes del efecto de la intervención para cada estudio mediante el cálculo de los cocientes de riesgos (para los resultados dicotómicos) o la diferencia de medias estandarizada (para los resultados continuos) si es posible.

#### *Síntesis de datos*

El análisis de datos se realizará con el programa SPSS 25. Se presentarán tablas que faciliten una descripción general de los estudios.

Se llevará a cabo un marco de síntesis para sintetizar narrativamente la evidencia sobre los tipos de intervenciones, los resultados de salud y los grupos de población. La heterogeneidad entre los estudios se

evaluará y se tendrá en cuenta dentro de esta síntesis. Cuando sea factible, se utilizarán métodos metaanalíticos apropiados.

Los resultados informados se evaluaron para evaluar si serán adecuados para el metaanálisis.

Se calcularán las razones de probabilidad (OR) agrupadas y los intervalos de confianza (IC) del 95 % mediante un modelo de efectos aleatorios, la prueba de Mantel-Haenszel para resultados dicotómicos.

### *Análisis de subgrupos o subconjuntos*

Realizaremos análisis de subgrupos por poblaciones y tipos de intervención cuando corresponda.

### *Análisis adicionales*

Si hay datos suficientes disponibles, las fuentes de heterogeneidad se investigaran mediante análisis de subgrupos: diagnóstico, sexo, rango de edad y procedencia. El sesgo de publicación o aquel debido a los efectos de los estudios pequeños será investigado mediante un diagrama de embudo y las pruebas de Egger y/o de Begg, cuyos resultados serán considerados estadísticamente significativos con valores de  $P < 0.10$ .

### **Consideraciones éticas**

Debido a las características de este trabajo, basado principalmente en el análisis de estudios previos, no procede aprobación por parte de un comité de ética de la investigación.

### **Bibliografía**

- Delespaul PH; de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland [Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands]. *Tijdschr Psychiatr*. 2013;55(6):427-38.
- Bagalman E, Napili A. Prevalence of mental illness in the United States: Data sources and estimates. Congressional Research Service. 2014.
- Association AP, APA. *DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta Edición*. 2013; Disponible en: [https://www.academia.edu/50002540/DSM\\_V\\_Manual\\_Diagn%C3%B3stico\\_y\\_Estad%C3%ADstico\\_de\\_Trastornos\\_Mentales\\_5ta\\_Edicion](https://www.academia.edu/50002540/DSM_V_Manual_Diagn%C3%B3stico_y_Estad%C3%ADstico_de_Trastornos_Mentales_5ta_Edicion)
- Lambert M, Ruppelt F, Siem AK, Rohenkohl AC, Kraft V, Luedecke D, Sengutta M, Schröter R, Daubmann A, Correll CU, Gallinat J, Karow A, Wiedemann K, Schöttle D. Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). *Schizophr Res*. 2018;193:377-383.
- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Rates and predictors of 18-months remission in an epidemiological cohort of 661 patients with first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(9):1089-1099.
- Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman JA. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):514-9.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Asai I, Möller HJ, Gautam S, Detraux J, Correll CU. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
- World Health Organization. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: WHO. 2007;44.
- Gebremeskel AT, Udenigwe O, Etowa J, Yaya S. Unpacking the challenges of fragmentation in community-based maternal newborn and child health and health system in rural Ethiopia: A qualitative study. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291696.
- Savigny D de, Adam T. Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: WHO. 2009;107.
- Gaynes B, Brown C, Lux LJ, Sheitman B, Ashok M, Boland E, et al. Relationship Between Use of Quality Measures and Improved Outcomes in Serious Mental Illness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015. (Technical Briefs, No. 18.)
- Lauriks S, Buster MC, de Wit MA, Arah OA, Klazinga NS. Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health*. 2012;12:214.
- Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME, Mauer B. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. 2006;25(4):1-87.
- Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenheck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(9):861-8.
- Pirraglia PA, Rowland E, Wu WC, Friedmann PD, O'Toole TP, Cohen LB, Taveira TH. Benefits of a primary care clinic co-located and integrated in a mental health setting for veterans with serious mental illness. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E51.
- Department of Mental Health and MO HealthNet. *Progress Report: Missouri CMHC Healthcare Homes*. 2013.
- Kilbourne AM, Lai Z, Bowersox N, Pirraglia P, Bauer MS. Does colocated care improve access to cardiometabolic screening for patients with serious mental illness? *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(6):634-6.
- Chwastiak L, Cruza-Guet MC, Carroll-Scott A, Sernyak M, Ickovics J. Preventive counseling for chronic disease: missed opportunities in a community mental health center. *Psychosomatics*. 2013;54(4):328-35.
- De Hert M, Detraux J, van Winkel R, Yu W, Correll CU. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol*. 2011 18(2):114-26.
- Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract*. 2007;24(1):34-40.
- Planner C, Gask L, Reilly S. Serious mental illness and the role of primary care. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(8):458.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with

- severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
23. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2013;39(2):306-18.
24. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE, Marx CE, Butterfield M, Elbogen EB. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv*. 2008;59(8):847-52.
25. Morrato EH, Newcomer JW, Kamat S, Baser O, Harnett J, Cuffel B. Metabolic screening after the American Diabetes Association's consensus statement on antipsychotic drugs and diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(6):1037-42.
26. Collins C, Hewson DL, Munger R, Wade T. Evolving models of behavioral health integration in primary care. New York: Milbank Memorial Fund. 2010;504:1-88.
27. Parks J, Pollack D, Bartels S, Mauer B. Integrating behavioral health and primary care services: Opportunities and challenges for state mental health authorities. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. 2005;
28. Koyanagi C, Garfield R, Howard J, Lyons B. Medicaid policy options for meeting the needs of adults with mental illness under the Affordable Care Act. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2011.
29. Boardman JB. Health access and integration for adults with serious and persistent mental illness. *Fam. Syst. Health*. 2006;24(1):3-18.
30. Wolfe I, Satherley RM, Scotney E, Newham J, Lingam R. Integrated Care Models and Child Health: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20183747.
31. Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, Weeks WB. Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(6):546-51.
32. Satcher D, Rachel SA. Promoting Mental Health Equity: The Role of Integrated Care. *J Clin Psychol Med Settings*. 2017;24(3-4):182-186.
33. Wells R, Kite B, Breckenridge E, Sunbury T. Community Mental Health Center Integrated Care Outcomes. *Psychiatr Q*. 2018;89(4):969-982.
34. Pomerantz AS, Corson JA, Detzer MJ. The challenge of integrated care for mental health: leaving the 50 minute hour and other sacred things. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16(1):40-6.
35. Zolnierok CD. Mental health policy and integrated care: global perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(7):562-8.
36. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman DG, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb SE, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt JC, Chan AW, Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687.
37. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA; PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1.
38. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA; PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;350:g7647.
39. Azharuddin M, Adil M, Ghosh P, Sharma M. Assessing the Quality of Economic Evaluation of Treatment Options for Parkinson's disease Using the Quality of Health Economic Studies (QHES) Scale. *Mov Disord*. 2018; 33 (suppl 2).
40. Woerschling AL, Borrego M, Raisch DW. Using the quality of health economic studies instrument to assess pharmacoeconomic studies evaluating recent food and drug administration drug approvals. *Value Health*. 2013;16(3):A19.
41. Ofman JJ, Sullivan SD, Neumann PJ, Chiou CF, Henning JM, Wade SW, Hay JW. Examining the value and quality of health economic analyses: implications of utilizing the QHES. *J Manag Care Pharm*. 2003;9(1):53-61.
42. Sterne JA, Egger M. Funnel plots for detecting bias in meta-analysis: guidelines on choice of axis. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(10):1046-55.
43. Egger M, Davey G, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;315:629.
44. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics*. 1994;50(4):1088-101.



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

## **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)**

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición semestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es una revista especializada en cuidados enfermeros de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL