

ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL:

Cuidado con pasión y ciencia

Nursing in the Context of Mental Health: Care with Passion and Science

**Cita este libro:**

Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (2025). *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Palabras Claves / Keywords:

Salud mental, adulto, enfermedad crónica, cuidado de enfermería.

Mental health, adult, chronic illness, nursing care.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL:

Cuidado con pasión y ciencia

Nursing in the Context of Mental Health: Care with Passion and Science

Editoras científicas

Luz Adriana Meneses Urrea & Dolly Villegas Arenas



EDITORIAL

Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia /Luz Adriana Meneses, Dolly Villegas Arenas [Autoras Científicas]- Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial. 2025.

328 páginas: gráficos; Tablas; Figuras; 24 cm

Incluye Referencias bibliográficas

ISBN Impreso: 978-628-7770-89-8 **ISBN Digital:** 978-628-7770-94-2 1.

Cuidado de enfermería en sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativos. 2. Cuidado de enfermería en el afrontamiento de niños, niñas y adolescentes con cáncer. 3. Cuidados Paliativos y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer. 4. El cuidado de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con Covid 19. 5. Soledad, depresión y abandono en el adulto mayor. 6. Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes. 7. Relación del INSLG y falta de conciencia de déficit con el pronóstico de pacientes. 8. Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores. 9. Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión en pacientes diabéticos durante la pandemia por Covid-19. 1. Luz Adriana Meneses, 2. Dolly Villegas Arenas. Salud Pública. Universidad Santiago de Cali. Facultad de Salud.

LC WY160

CO-CaUSC

IHMH/ 2025



Enfermería en el contexto de la salud mental: cuidado con pasión y ciencia

© Universidad Santiago de Cali

© Editoras científicas: Luz Adriana Meneses Urrea y Dolly Villegas Arenas

© **Autores:** José Manuel Alcaide Leyva, Juan Fernando Bedoya Sandoval, María Elena Castro Cataño, Lina Marcela Parra González, Viviana Rivera Romero, Luz Adriana Abonías González, Lady Diana Alarcón Ojeda, Angelica María Aragón Díaz, Camila Andrea Bula Ledezma, Daniel Elías Carmona Rivera, Jenny Katherine Cerón Gil, Laura Criado Castro, Lesdy Daniela González Mina, Namibia Idrobo Aguilar, Daniela Jiménez Ruiz, Jéssica López Peláez, Diana Isabel Montoya Cano, Diana Marcela Navarrete Suarez, Laura Valentina Rengifo Meneses, Lucero Sanclemente Diaz, Lesly Tatiana Toro Mina, Yizeth Valencia Carreño, Jhonnier Stiven Ruiz Lasso

Edición 50 ejemplares

Cali, Colombia-2025

Fondo Editorial

University Press Team

Carlos Andrés Pérez Galindo

Rector

Anisbed Naranjo Rojas

Directora General de Investigaciones

Comité Editorial

Editorial Board

Anisbed Naranjo Rojas

Jonathan Pelegrín Ramírez

Adriana Correa Bermúdez

Doris Lilia Andrade Agudelo

Florencio Arias Coronel

Odín Ávila Rojas

Yovany Ospina Nieto

Milton Orlando Sarria Paja

Proceso de arbitraje doble ciego

“Double blind” peer-review

Recepción/Submission

Agosto (August) de 2024

Evaluación de contenidos/

Peer-review outcome

Febrero (February) de 2025

Correcciones de autor/

Improved version submission

Mayo (May) de 2025

Aprobación/Acceptance

Septiembre (September) de 2025



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

PRÓLOGO

Foreword

La enfermería contemporánea se posiciona como guía de compasión y ciencia en la atención integral de la salud mental y el bienestar humano. En este compendio de investigación, se destacan los desafíos complejos que enfrentan los enfermeros, desde la delicada labor de acompañamiento espiritual en cuidados paliativos hasta el apoyo vital a niños con cáncer y la respuesta empática al duelo durante la pandemia de COVID-19.

Hoy en día, la enfermería ha evolucionado más allá de la atención física, abrazando enfoques holísticos que atienden las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y sus familias. Los estudios recopilados aquí subrayan cómo los enfermeros no solo alivian el dolor físico, sino que también son pilares emocionales esenciales para quienes enfrentan momentos críticos.

El cuidado espiritual se revela como un pilar fundamental en los cuidados paliativos, donde los enfermeros nutren el sentido de vida y los valores personales de los pacientes, asegurando que cada momento sea vivido con dignidad y confort.

En el ámbito del cáncer infantil, la enfermería va más allá de la atención clínica, ofreciendo apoyo incondicional a las familias y estrategias de afrontamiento que fortalecen el espíritu de los menores. La presencia y la calidez de los enfermeros son fundamentales para hacer más llevadera una experiencia que, de por sí, es sumamente desafiante.

Durante la pandemia de COVID-19, los enfermeros han sido faros de luz en el oscuro mar del duelo, facilitando rituales adaptados y brindando consuelo en entornos intensivos y finales de vida.

La compasión y empatía han sido cruciales para mitigar el dolor emocional de las familias y guiarlas en el difícil proceso de despedida.

Además, en la atención a adultos mayores, la enfermería desempeña un rol crucial en la mitigación de la soledad, la depresión y el abandono. Estudios demuestran cómo una red de apoyo afectuosa y estrategias de intervención efectivas pueden transformar significativamente la calidad de vida de esta población vulnerable.

En resumen, este compendio “Enfermería en el contexto de la salud mental: cuidado con pasión y ciencia” es un tributo a la dedicación y humanidad de los enfermeros en la lucha diaria por mejorar el bienestar físico, emocional y social de las personas en todas las etapas de la vida. El compromiso con un cuidado integral y personalizado hace de la enfermería un pilar fundamental en la promoción de la salud mental y el bienestar integral en nuestra sociedad actual.

Angelica María Soto González

INTRODUCCIÓN

Introduction

La salud mental en la época moderna es un desafío para la salud, el ritmo acelerado de vida, las presiones sociales, económicas y el flujo de información han ocasionado que cada vez más personas se vean afectadas por trastornos mentales diezmando la calidad de vida. En un mundo en constante cambio, la atención a la salud mental ha evolucionado significativamente. De cara al futuro, el enfoque y el compromiso con el bienestar psicológico se ha convertido en un tema central en la agenda global, en lugar de centrarse únicamente en la curación, el enfoque se ha ampliado a la prevención y la creación de entornos que promuevan el bienestar mental.

El enfermero es muy importante en el cuidado de la salud mental. Su rol tiene un impacto positivo tanto en el paciente, como en la familia y el entorno. El personal de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario de profesionales como trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales que orientan, ayudan y educan a las personas con problemas de salud mental.

Los siguientes capítulos se enfocan en la salud mental de las personas en el curso de vida, reflejan el interés de enfermería en un cuidado holístico, que permita a los profesionales la identificación temprana de riesgo y necesidades en salud mental de la persona, la familia y la comunidad para plantear intervenciones oportunas y dar continuidad al tratamiento promoviendo el bienestar integral y evitando complicaciones.

El libro “Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia” abre las puertas al lector en el ámbito de la salud mental, crucial en la atención moderna, al tiempo que sensibiliza a los profesionales de la salud hacia la prestación de servicios con un

enfoque biopsicosocial. Se destaca la promoción de la salud mental y se enfatiza la importancia de valorar el cuidado de la salud mental, abordando de manera rigurosa, realista y positiva.

Capítulo 1

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SUFRIMIENTO ESPIRITUAL DE LA PERSONA EN ENFOQUE PALIATIVOS: REVISIÓN DE ALCANCE

*Nursing Care in the Spiritual Suffering of the Person in Palliative
Approach: Scope Review*

Dra. Dolly Villegas Arenas

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Lesly Tatiana Toro Mina

<https://orcid.org/0000-0001-6348-6499>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Lesdy Daniela González Mina

<https://orcid.org/0000-0002-2949-3481>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Lucero Sanclemente Díaz

<https://orcid.org/0000-0001-6431-1244>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Resumen

Introducción: La espiritualidad es una dimensión integral del ser humano que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales, vinculada a su capacidad de trascender. Se resume en el sentido de la vida, los valores y las creencias. En el ámbito del cuidado paliativo,

Cita este capítulo

Villegas Arenas, D., González Mina, L. D., Toro Mina, L. T., & Sanclemente Díaz, L. (2025). El cuidado de enfermería en el sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativos: Revisión de alcance. En Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 9–37). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

el rol de enfermería es esencial para identificar las necesidades de la persona y realizar intervenciones adecuadas que lo ayuden a fortalecer y recuperar experiencias o vivencias que considera perdidas debido al proceso que enfrenta, garantizando así una satisfacción integral.

Objetivo: Identificar los cuidados de enfermería en el sufrimiento espiritual de la persona en cuidados paliativos **Metodología:** La búsqueda de alcance a través de bases de datos electrónicas: Sage Journal, Dialnet Plus, Springer, Scopus, Science Direct. Se utilizaron las combinaciones de los operadores booleanos AND, OR y para garantizar el uso correcto de los términos se consultó los descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS); las palabras clave utilizadas fueron: “Cuidado paliativo”, “cuidado enfermero”, “terapia espiritual”. Mediante el diagrama de flujo de Prisma se identificaron un total de 11 publicaciones que cumplen los criterios de elegibilidad y soportan la revisión. **Resultados:** Las categorías de cuidado identificadas fueron: escucha activa, facilitar el crecimiento espiritual. Apoyo emocional y dar esperanza. Estas categorías permitieron plantear cuidados de enfermería alineados con la taxonomía NANDA – NIC y NOC. **Conclusión:** El cuidado de enfermería no debe estar ajeno al cuidado de la espiritualidad, debe asumir una dimensión integral, dando relevancia a las necesidades de las personas en esta dimensión.

Palabras clave: Cuidado paliativo, cuidado enfermero, terapia espiritual.

Abstract

Introduction: Spirituality is an integral dimension of the human being that encompasses biological, psychological and social aspects, linked to his or her capacity to transcend. It is summarized in the meaning of life, values and beliefs. In the field of palliative care, the role of nursing is essential to identify the patient's needs and make appropriate interventions to help him/her strengthen and recover experiences or

experiences that he/she considers lost due to the process he/she is facing, thus guaranteeing an integral satisfaction. **Objective:** To identify nursing care in the spiritual suffering of the person in palliative care **Methodology:** Scope search through electronic databases: Sage Journal, Dialnet Plus, Springer, Scopus, Science Direct. Combinations of the Boolean operators AND, OR were used and to guarantee the correct use of the terms, the descriptors in Health Science (DeCS) were consulted; the keywords used were: "Palliative care", "nursing care", "spiritual therapy". A total of 11 publications that met the eligibility criteria and supported the review were identified using the Prisma ffigo diatram. **Results:** Results: The categories of care identified were: active listening, facilitating spiritual growth. Emotional support and giving hope. These categories made it possible to propose nursing care aligned with the NANDA - NIC and NOC taxonomy. **Conclusion:** Nursing care should not be alien to the care of spirituality, it should assume an integral dimension, giving relevance to the needs of people in this dimensionarty.

Keywords: Palliative care, nursing care, spiritual therapy.

Introducción

Los cuidados paliativos son el cuidado total, activo y continuo a la persona enferma y su familia por un equipo multidimensional, en cual se tiene como enfoque primario mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales; incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas físicos psicosociales y espirituales.

Sin embargo, el significado de los cuidados paliativos varía de manera constante por motivos culturales e históricos unido a factores transculturales lo que predispone la existencia de diferentes tipos de cuidados vinculados a la cronicidad, los procesos del dolor y muerte.

La experiencia del sufrimiento no disminuye con el avance de las tecnologías médicas ni con medicamentos, el sufrimiento disminuye implicando en el cuidado de la persona y su familia, un cuidado más humanista en el que se tenga en cuenta a la persona en todas sus dimensiones (1).

La espiritualidad es una dimensión del hombre tanto biológica, psicológica como social, relacionada con la capacidad de trascendencia, resumiéndose en sentido de la vida, valores y creencia. La presencia de enfermería en el cuidado paliativo es fundamental para identificar la necesidad de la persona, hacer una correcta intervención y ayudando a fortalecer y desarrollar aquellas situaciones o vivencias que él da por perdidas por el proceso vivido garantizando una satisfacción integral.

Desde el plano espiritual existen las necesidades espirituales donde es necesario acompañar a la persona en su satisfacción. En este plano se trata de intentar eliminar el sufrimiento innecesario, mitigar en lo posible el inevitable y asumir el sufrimiento que no se puede evitar en actitud sana (1).

Metodología

Se trata de una revisión de alcance relacionada con los cuidados de enfermería como ayuda y apoyo del sufrimiento espiritual de la persona en cuidados paliativos. Se emplearon los siguientes pasos: definición de la pregunta de investigación, búsqueda en las bases de datos, categorización de los estudios, la evaluación de los estudios incluidos en la revisión, la interpretación de los resultados y síntesis del conocimiento producido.

Búsqueda sistemática de la literatura: A partir de la Metodología PICO: (población, Intervención, Comparación Resultado), se formuló la pregunta problema: **¿Cuáles son los cuidados de enfermería en**

el sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativos?

La búsqueda se realizó a través de las bases de datos electrónicas como fueron: Sage Journal, Dialnet Plus, Springer, Scopus, Science Direct. Se utilizaron las combinaciones de los operadores booleanos AND, OR y para garantizar el uso correcto de los términos se consultó los descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS); las palabras clave utilizadas fueron: “Cuidado paliativo”, “cuidado enfermero”, “terapia espiritual”, la búsqueda comprendió el periodo entre febrero - marzo de 2022.

A través del objetivo y la pregunta problema se establecieron los Criterios de Selección: De Inclusión: Se consideraron elegibles sobre el tema aquellos disponibles en inglés, español o portugués y publicados entre enero de 2014 y marzo de 2022. De Exclusión: Documentos que no se logre acceder completamente.

Recolección de la Información

La recolección de la información se realizó mediante 4 fases, las cuales son:

Primera Fase

A partir de los objetivos formulados, los criterios de selección y tras la combinación de los diferentes descriptores en los diferentes buscadores, se realizó la primera aproximación a cada uno de los registros identificados. Tabla 1.

Los registros obtenidos en esta primera fase fueron 7.852 publicaciones que incluían los términos de búsqueda, se excluyeron 46 por duplicados en las diferentes bases de datos, se excluyeron 7.735 por no responder la pregunta orientadora, y 60 por no cumplimiento de los criterios de selección, para un total de 11 publicaciones que cumplen los criterios de elegibilidad. Figura 1.

Tabla 1.

Evolución de búsqueda inicial en bases de datos electrónicas

Base de datos	Algoritmos o ecuaciones de búsqueda	Documentos identificados	Trabajos que cumplieron los criterios de selección
Sage journal	Cuidado enfermero espiritual	3	1
Dialnet plus	Cuidados paliativos y espiritual	29	1
Sage journal	Sufrimiento espiritual	4	
Sage journal	Cuidado enfermería paliativa	8	0
Springer link	Spiritual palliative care	632	1
Scopus	Enfermería cuidado espiritual	4	1
Dialnet plus	Cuidado espiritual paliativo	188	1
Sage journal	Palliative spiritual care	333	2
Dialnet plus	Spiritual palliative care	101	0
Sciencedirect	Nursing and palliative care	6550	4

Segunda Fase

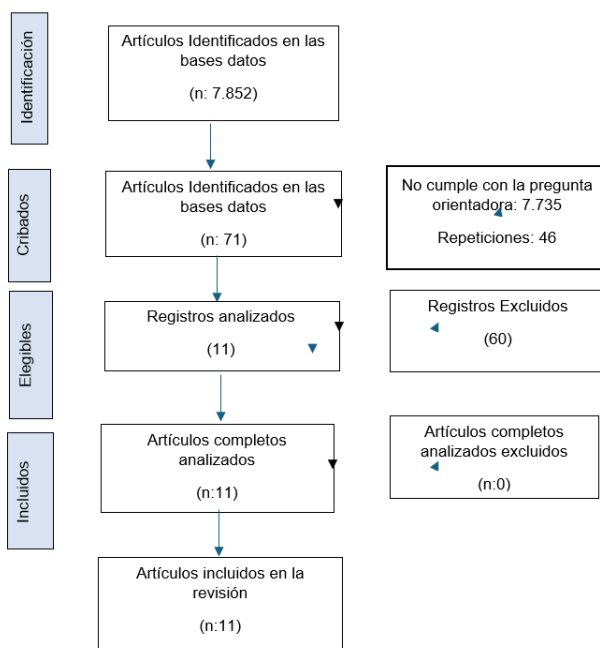
Los 11 artículos seleccionados en la fase anterior, fueron sometidos a un análisis de contenido realizado por los investigadores, se realizó lectura crítica del texto completo que permitió verificar nuevamente

los criterios de selección y valorar el rigor metodológico a partir de los criterios Joanna Briggs Institute (2). La revisión de los documentos y su respectiva clasificación se realizó en forma cruzada por parte de los autores, de este análisis no se excluyeron documentos. Los desacuerdos se resolvieron por consenso entre los autores.

El diagrama de flujo PRISMA resalta la trazabilidad de los documentos identificados, la selección de los sometidos a revisión y los elegibles para discusión.

Figura 1.

Diagrama de flujo: el cuidado de enfermería en el sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativos: revisión de alcance



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Tercera Fase

La consolidación de la información se realizó en un instrumento en una hoja de cálculo con las principales características.

Integración de los Resultados

La fase analítica permitió identificar 11 documentos y a partir de la caracterización, que consideró título, autor, año, objetivo y conclusión, se establecieron categorías de análisis relacionadas con los cuidados de enfermería para favorecer el sufrimiento espiritual. Tabla 2.

Tabla 2.

Características de los artículos que soportan la revisión de alcance.

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
1	Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: aporte para la humanización en salud.	Sonia Tejada Muñoz, Soledad Elizabeth Guerrero Quiroz, María Teresa Vega Ayasta, Rosa Diaz Machay, Mirtha Flor Cervera Vallejos, Lisseth Dolores Rodríguez Cruz.	2020	Cualitativa descriptiva.	La amabilidad en la relación enfermera paciente, Medidas de confort para satisfacción de necesidades básicas, Apoyo espiritual para el alivio del sufrimiento
2	El efecto de la atención plena de paz de 5 minutos sobre el sufrimiento y el bienestar espiritual entre los pacientes de cuidados paliativos: un estudio controlado aleatorizado.	Lim Liang Yik, Look Mei Ling	2020	Ensayo Clínico Controlado aleatorizado	En 40 pacientes cinco minutos de atención plena de paz, redujo significativamente el sufrimiento.

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
3	Creencias de los especialistas en cuidados paliativos sobre la atención espiritual	Megan Best, Phyllis Butow, Ian Olver	2016	Observacional descriptivo	De los encuestados quienes consideraban que era su responsabilidad brindar atención espiritual tenían mayor probabilidad de recibir formación y sentirse con la capacidad de brindarla y buscar ayuda si era necesario.
4	Bienestar espiritual entre pacientes con ambulatorios con cáncer que reciben simultáneamente cuidados oncológicos y paliativos.	Michael W. Rabow & Sarah J. Knish	2014	Observacional descriptivo	Mayor bienestar espiritual se correlacionó con una mayor calidad de vida y bienestar y con menos depresión, ansiedad, fatiga y dolor. En el análisis de regresión múltiple, las asociaciones persistieron entre el bienestar espiritual y la ansiedad, la depresión, la fatiga y la calidad de vida

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
5	Espiritualidad de los cuidadores paliativos, puntos de vista sobre el cuidado espiritual y asociaciones con el bienestar espiritual: un estudio de métodos mixtos	Clare o ´ callaghan, davinia seah, josephine mclayton	2019	Observacional descriptivo	Participaron 109 cuidadores (47,4% respondieron). El bienestar espiritual medio fue de 30,5 en FACIT-Sp-12. La afiliación religiosa se asoció con subpuntuaciones de fe más altas (P < 0,001). La espiritualidad fue muy importante para el 24,5%, la religiosidad para el 28,2% y nada importante para el 31,4% y el 35,9%, respectivamente. Los cuidadores oraron (P = 0,005) y meditaron (P = 0,006) más siguiendo los diagnósticos de los pacientes, obteniendo consuelo, orientación y fortaleza. Los cuidadores cuyas necesidades espirituales/religiosas fueron satisfechas en grado moderado/total por comunidades religiosas/de fe externas (23,8 %) informaron un mayor bienestar espiritual (P< .001). Los hospitales apoyaron las necesidades espirituales moderadas/completas del cuidador en un 19,3%. Las visitas de atención pastoral consolaron al 84,4% de quienes las recibieron (n = 32) pero provocaron malestar en el 15,6%. Los cuidadores también enfatizaron la importancia del personal humano y el tono organizacional para apoyar el cuidado espiritual

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
6	Intervención educativa en enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica.	Vargas-Escobar L.M.	2016	Ensayo Clínico Controlado aleatorizado	La intervención modificó significativamente la percepción final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual ($p \leq 0,016$), Fue efectiva en modificar significativamente la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total ($p \leq 0,001$), así como las subescalas de percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado ($p \leq 0,001$).
7	El bienestar espiritual y la provisión del cuidado espiritual en un equipo de enfermería.	Mesquita A.C; Avelino C.C.V; Barreto M.N; Nogueira D.A; De souzatterra F.; De cassia Lopes Chaves E.	2014	Observacional descriptivo	Principales resultados: Los profesionales presentaron bienestar espiritual y bienestar existencial y religioso moderado alto. En cuanto a la prestación de atención espiritual, a pesar de la implicación religiosa y de considerar importante la prestación de atención espiritual, sólo un reducido número de profesionales prestan este tipo de atención.

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
8	Actitudes y conocimientos de los estudiantes universitarios de enfermería sobre los cuidados paliativos: Un análisis de los factores que influyen	Qingjuan Jianga, Yunhong Lub, Yanping Yinga, Huihan Zhao	2019	Observacional descriptivo	La puntuación media del PCQN revisado fue de $16,10 \pm 5,04$. Sólo unos pocos encuestados (19,8%) expresaron su deseo de trabajar en cuidados paliativos en el futuro. Los resultados muestran que el conocimiento y la escuela, el grado, el género, el lugar de nacimiento y las creencias religiosas tienen impactos estadísticamente significativos ($P < 0,01$). Además, el análisis de regresión logística mostró que hablar sobre la muerte y cuidar a familiares moribundos puede influir significativamente en las actitudes de los estudiantes ($P < 0,05$).
9	Análisis de contenido de los efectos del aprendizaje de cuidados paliativos en la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el morir y la muerte digna.	Celia Martí-García, Laura Ruiz-Martín, Manuel Fernández-Alcántara, Rafael Montoya-Juárez, César Hueso-Montorod, María Paz García-Caro	2020	Mixto Cualitativo. Cuantitativo	Los estudiantes describieron sus percepciones con más detalle después del curso, con citas de códigos más numerosas, y sus respuestas posteriores al curso evidenciaron una reducción de la ansiedad sobre su propia muerte y un mayor reconocimiento de la necesidad de respetar las decisiones de los pacientes para una muerte digna.

N	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
10	Cuidados paliativos y calidad de vida en pacientes con cáncer en fase terminal. Una perspectiva familiar/paciente.	Alicia E. Hermosilla-Ávila, Olivia Sanhueza-Alvarado, Lorena Chaparro-Díaz	2021	Cualitativa descriptiva.	Las percepciones de los cuidados paliativos de enfermería se centraron en las relaciones transpersonales y los discursos hacia la referencia a una falta de cercanía entre el personal de enfermería y el paciente. Esto se expresó principalmente como una falta de comprensión emocional y necesidades insatisfechas. De estos resultados se extrajeron temas basados en el desarrollo de una relación transpersonal como prioridad, incluyendo la satisfacción de las necesidades y el acompañamiento empático fundamental para el bienestar emocional.
11	La Experiencia de Implantar Cuidados Paliativos en Centros de Cuidados de Larga Duración: Un Estudio de Teoría Fundamentada de los Cuidadores.	Shu-Wan Chiang, Shu-Chen Wu, Tai-Chu Peng	2021	Cualitativa descriptiva.	Se identificaron cuatro etapas principales en la aplicación de los cuidados paliativos: (1) sentirse inseguro, (2) aclarar los retos, (3) adaptarse a los retos y superarlos, y (4) comprender el significado de los cuidados paliativos. La categoría central de estos cuidadores como «los guardianes al final de la vida» refleja el espíritu de los cuidados paliativos.

Resultados

Los artículos incluidos en la revisión de acuerdo al año de publicación fueron: 2 de 2014, 2 del año 2016, 3 del año 2019, 2 del año 2020 y 2 del año 2021, con relación al país de publicación se identificaron 2 de España, 2 de Australia, 1 de Brasil, Chile, Colombia, Estados Unidos, Malasia, Perú y Taiwán respectivamente; la metodología más frecuente fue el diseño Observacional descriptivo con 5 artículos, metodología cualitativa con 3 artículos, Ensayo Clínico Controlado y, cuasiexperimental y Mixto (Cuali-Cuantitativo) con 1 artículo cada una. Los idiomas más frecuentes inglés y español con 5 cada uno y 1 artículo en portugués.

Redacción del Proceso de las Categorías

El proceso de categorización de los cuidados de acuerdo con lo encontrado en los artículos científicos se obtuvo un total aproximadamente de 4 categorías y tres subcategorías, teniendo en cuenta que en muchos artículos se obtuvieron algunos cuidados los cuales estaban conectados con las categorías ya encontradas. Tabla 3.

Obtenidas estas categorías se realizó el análisis bibliográfico, se realiza una tabla donde se plasma la información de cada categoría unida a sus subcategorías que son acciones que se llevan a cabo por medio de las categorías principales, pero son esenciales para un cuidado integral. Las categorías encontradas fueron:

Tabla 3.

Categorías de cuidado en la persona con sufrimiento espiritual.

N.º	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1	Escucha activa	• Apoyo en la toma de decisiones

N.º	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
2	Facilitar el crecimiento espiritual	• Apoyo espiritual • Facilitar el perdón
3	Apoyo emocional	
4	Dar esperanza	

Escucha Activa

La escucha activa presta atención y otorga importancia a los mensajes verbales. Por lo tanto, es útil que la enfermería considere un marco teórico para comprender el cuidado humanizado, exige que el enfermero este en capacidad de escuchar e interpretar lo que la persona quiere expresar, respetarla por encima de cualquier creencia, cultura, etnia, religión ya que con la comunicación también es posible facilitar la interacción permanente entre la díada paciente-familia (3).

De acuerdo a las bases científica, la atención plena y de paz fue efectiva para reducir el sufrimiento y mejorar rápidamente el bienestar espiritual entre los personas en cuidados paliativos, los ejercicios de atención plena permiten abandonar temporalmente su cavilación sobre el pasado y las preocupaciones sobre el futuro, liberarse de las sensaciones, pensamientos y sentimientos corporales que distraen al centrarse en un objeto específico de atención, como su respiración o el sentimiento; igualmente se ha demostrado el efecto beneficioso de las breves sesiones de atención plena en el bienestar espiritual donde el alivio del componente espiritual del sufrimiento podría estar mediado por el efecto calmante de la práctica breve, se informó que las prácticas de atención plena aumentan las ondas cerebrales alfa y Beta que corresponden a estados cerebrales profundamente relajados, respectivamente. Esta diferencia fundamental en el

enfoque puede ser valiosa en el manejo de personas con diferentes circunstancias, culturas, mecanismos de afrontamiento y fuentes de sufrimiento espiritual (4).

En esta categoría, se identifica apoyo en la toma de decisiones como una subcategoría, entendida como estrategia utilizada para fortalecer los vínculos y satisfacción de las necesidades de la persona, va ligada a la inclusión familiar en donde se incorpora empatía y seguridad siendo este, apoyo en el proceso del cuidado paliativo (5).

Facilitar el Crecimiento Espiritual

De acuerdo con las investigaciones científicas la espiritualidad ha sido identificado como dominio independiente para la calidad de vida de las personas con enfermedad terminal y el facilitar conlleva a generar un bienestar espiritual permitiendo disfrutar de la vida incluso experimentando síntomas físicos desagradables (6). Para que exista la facilidad del crecimiento espiritual debe haber capacitación que conlleve a la interiorización, apropiación y percepción del cuidado espiritual en las acciones del personal de salud, reflejado en la promoción de privacidad, escucha, compañía y dignidad de la persona manteniendo las prácticas holísticas, abarcando todo al cuidado en el que se brindan cualidades esenciales como lo es la bondad y preocupación por el otro (7).

En esta categoría, se identifica apoyo espiritual y facilitar el perdón. como subcategorías definidas, el apoyo espiritual ayuda a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural a través de sus creencias, facilitando el crecimiento espiritual donde identifica la capacidad y evoca la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida en la frecuencia con la que las personas en cuidados paliativos hablan sobre la muerte (8). Gracias al conocimiento adquirido por el personal de salud en cuidado paliativo se puede contribuir a la importancia de proveer el apoyo espiritual

para generar mayor satisfacción a las necesidades espirituales de las personas (9). Facilitar el perdón como acción de perdonar, de no tener en cuenta la falta que otro comete, esto es útil ya que brinda consuelo en los momentos finales y también permite que exprese palabras de amor y reconcilió consigo mismo y hacia los demás, aumentado la emocionalidad, Abordando un crecimiento personal y espiritual, bajo el apoyo compasivo del profesional de enfermería brindando el mejor cuidado posible, en las necesidades físicas y emocionales del proceso al final de la vida garantizando una muerte digna y tranquila (10).

Apoyo Emocional

Se basa en proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión, tiene como finalidad esencial que en circunstancias difíciles en las que se encuentren, pueda ser más “dueño” de lo que le pasa y sea capaz de tomar las decisiones que convengan a la salud física, emocional y psicológica. Por eso el personal de enfermería debe estar capacitado para brindar este apoyo profesional contribuyendo a la disminución de estrés y depresión tanto en la persona como en la familia (10-11). De acuerdo con las investigaciones científicas acompañar a la persona a reconocer el sufrimiento, identificar las causas (amenazas) explorar los miedos, recursos, ayudar a encontrar sentido, rehacerse; ayudar a trascender a otro nivel, cuando se consigue, hay una transformación del que sufre hacia otro estado de bienestar. Se ha demostrado que la reducción del estrés se da cuando el apoyo emocional es de manera fluida, donde mejora la espiritualidad y reduce el estrés, la depresión y la ira (6).

La comprensión ante el sufrimiento espiritual se basa en el principio básico de la humanidad, interactuar con la finalidad de resolver diversidades proporcionando ética lo cual lleva a la transformación del cuidado en cuanto a las necesidades humanas de los cuidadores, brindando direcciones valiosas para el cuidado paliativo (12).

Dar Esperanza

En la investigación científica la esperanza es importante para la adaptación y aceptación de la enfermedad en etapa paliativa, es una de las bases para la muerte digna. Existen formas de mantener y fomentar la esperanza a la persona lo que la hace valiosa para ponerla en práctica. Además, al fomentar la esperanza indirectamente también se mejoran otras áreas de la vida de la persona lo que favorece su situación actual. Es importante, tener en cuenta los factores que ponen en riesgo la esperanza para evitar que se llegue a la desesperanza. El fin de todos los cuidados paliativos es lograr que la persona encuentre el mayor bienestar posible. El manejo de la esperanza no es una tarea sencilla ni existen protocolos de intervención adecuados para ello, es por esto que la propia persona es quien mejor puede guiar en el proceso de trabajar con la esperanza (13).

Cuidados de Enfermería Frente al Lenguaje Estandarizado de Enfermería

Las categorías de cuidado permiten un plan de cuidados de Enfermería teniendo como referencia la taxonomía NANDA NIC - NOC. Tabla 4.

Tabla 4.

Plan de cuidados en sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC					
CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 10 Principios vitales CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/ Acciones CÓDIGO DE DX; 00066	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				Mantener	Aumentar
ETIQUETA: SUFRIMIENTO ESPIRITUAL R/C: Enfermedad crónica M/P: Percepción del sufrimiento	Dominio: 5 Salud percibida Clase: U salud y calidad de vida Resultado: Estado de comodidad psicoespiritual	[201116] Pérdida de la Fe	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2	4
		[201103] Esperanza		2	4
		[201104] Autoconcepto		2	4
		[201106] Afecto tranquilo y calmado		2	4
		[201109] Significado y objetivo de la vida		2	4
		[201110] Satisfacción espiritual		2	4
		[201111] Conexión con el propio interior		2	4
		[201113] Ansiedad		2	4
		[201115] Miedo		2	4
		[201117] Sensación de abandono espiritual		2	4

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)							
CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	3 conductual	CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	3 conductual
INTERVENCIÓN: FACILITAR CRECIMIENTO ESPIRITUAL: ACTIVIDADES: • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. • Fomentar conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales • Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionan fuerza y apoyo espirituales. • Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente • Fomentar el uso de celebraciones y rituales especiales Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento • Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación de cuerpo, mente y conductual espiritual • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. • Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea. • Facilitar el uso de la meditación, relajación oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo • Identificar fuente de enfado y resentimiento, cuando sea posible • Escuchar con empatía sin moralizar o recurrir a tópico • Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, amargura y resentimiento • Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo con los demás y con un ser superior • Ayudar al paciente a vencer bloqueos para la curación utilizando prácticas espirituales • Sugerir el uso de rituales tradicionales de fe, según sea conveniente.				INTERVENCIÓN: APOYO EMOCIONAL: ACTIVIDADES: • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Comentar la experiencia emocional con el paciente.			

Fuente: Formato adaptado por María Neila Sánchez C y Lucy Caicedo Solarte. 2022

Discusión

En la NANDA con el sufrimiento espiritual, se llega a concluir que las categorías están dentro del NIC, de este modo se realiza una tabla donde se plasma la información de cada categoría unida a la subcategoría que son intervenciones menores pero esenciales para el cuidado, posterior a ello se obtuvieron los dominios y las clases pertenecientes. Durante el análisis se observó que todas las categorías pertenecen al dominio conductual definido como los cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en el estilo de vida, de acuerdo a la clase se encontraron dos; R ayuda para el siendo actividades enfocadas para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento y la clase Q potenciación de la comunicación son todas aquellas intervenciones aplicadas para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Escucha Activa

En la evidencia científica, es importante aprender a escuchar, e interpretar lo que la persona quiere expresar, con el objetivo de percibir lo que necesita y lo que es importante para cada uno de ellos. estableciendo una relación con el enfermero que se caracterice a través del vínculo afectivo genuino, basado en la idea de que el cuidado profesional se logra a través de la comunicación y la disponibilidad honesta para realizar la compañía durante el proceso de la enfermedad (3, 4, 5).

La escucha activa en la taxonomía es definida como la clasificación de intervenciones de enfermería como, prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales (14). La subcategoría apoyo en la toma de decisiones definida por la NANDA como, proporcionar información y apoyo para tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria (14).

Como profesionales de enfermería y esencia del cuidado, la escucha activa es importante para conocer a la persona y a la individualización del cuidado, ya que el enfermero es perceptor de las manifestaciones verbales y no verbales, lo cual conlleva a distinguir sus miedos, incertidumbres, estado sentimental, manifestaciones faciales y motoras en cómo expresan el dolor. La individualización en el cuidado paliativo es fundamental para la construcción de un cuidado integral donde se puede abarcar cada una de sus necesidades desde cada ámbito y llegar a priorizar todos los factores que pueden afectar al final de la vida.

La escucha activa, permite generar apoyo en la toma de decisiones, debido a que las personas en esta etapa de la vida se enfrentan a múltiples inseguridades, dudas e incertidumbres lo que limita la autonomía para aportar y aceptar procesos sobre su salud. Siendo este un propulsor que lleva a ser parte de la toma de decisiones de la persona.

Facilitar el Crecimiento Espiritual

Apoyo espiritual es importante ya que favorece la calidad de vida y el bienestar espiritual de las personas, ayudan a superar miedos y afrontar la ansiedad por la muerte, mejora el conocimiento, actitudes, habilidades, confianza sobre sí mismo, la generosidad y la compasión ya que son valores espirituales mediante el desarrollo de la educación sobre cuidados paliativos y cuidados al final de la vida (6-7-8- 9-10).

Resaltando la importancia de que el enfermero adquiera conocimiento que le permita brindar cuidado de calidad.

Definida por la NANDA como, Facilitar el crecimiento de la capacidad para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida (14). Las subcategorías apoyo espiritual definida por la NANDA como, ayudar a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural

(14) y la de facilitar el perdón definida por la NANDA como, facilitar la disposición de un individuo para sustituir los sentimientos de enfado y resentimiento hacia el otro, hacia uno mismo o hacia un ser superior por beneficencia, empatía y humildad (14).

Centrándose desde el sufrimiento espiritual que experimentan las personas en la etapa terminal de la vida, se puede construir de esa pérdida continua de la vitalidad de la salud un componente fuerte el cual favorezca y facilite el crecimiento espiritual, si bien el ser humano a lo largo de su vida atraviesa diferentes tipos de situaciones el cual lleva a aferrarse más a la vida, en el cuidado paliativo cuando vivir es una opción restringida para la persona, la falta de fe se hace notoria, la necesidad de culpar a alguien por las situaciones vividas se hace cada vez más latente lo cual lleva a una ausencia masiva espiritual.

El ser humano es una fusión de cuerpo, alma y espíritu, aunque el alma no sea materializada esta causa el mismo efecto negativo en la salud como los aspectos fisiológicos. El conectarse con su interior y el ser superior, ayuda a cambiar la cosmovisión generando perspectivas diferentes a las percibidas sobre el futuro. Como pilar fundamental, la espiritualidad reconforta y genera tranquilidad porque se puede experimentar el descanso si se alivian las cargas.

Apoyo Emocional

De acuerdo con los artículos observados se define que es un cuidado que ayuda a disminuir el sufrimiento, angustia, tristeza, estrés y depresión en la persona y familia. Por eso se destaca la importancia de que los profesionales de enfermería estén capacitados para brindar este cuidado (6,10-11-12).

Definida por la NANDA como, proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión (14).

Como acompañantes en la etapa del final de la vida, como principio se puede permitir el desarrollo de amor y crecimiento personal, el enfermero ayuda a mantener el equilibrio emocional que puede verse afectado por diferentes circunstancias de la vida, es importante velar por el bienestar interno ya que lleva a una sensación de plenitud. El crecer emocionalmente produce una visión diferente de la vida y evita sufrimientos innecesarios, nos da la seguridad y certeza de que es posible alcanzar un bienestar y así mejorar la vida. debe ser receptivo a los cambios y acciones que pueden llevar un cambio de este para poder garantizar un ambiente estable donde se pueda ser emocionalmente libre.

Dar Esperanza

Dar esperanza es el trabajo unánime que desarrolla el equipo de trabajo de cuidados paliativos y la familia de la persona quien recibe el cuidado, ya que en esta área abarcan aspectos intangibles por ende se debe brindar, entorno de seguridad, confianza y sinceridad que haga más ameno el cuidado. Las personas enfermas tienen un efecto positivo en la sintomatología depresiva, y se ha establecido que la reducción del dolor promueve cambios. El sentido de la vida y las habilidades de afrontamiento involucra una serie de elementos que en su complejidad determinan que la persona sea elegible para recibir cuidados paliativos, como bien se articula en la Guía para el Manejo Integral de los Cuidados Paliativos, Por lo tanto, es útil que la enfermería considere un marco teórico para comprender el cuidado humanizado, que considere la necesidad de que las enfermeras sean científicas y clínicas, pero también humanitarias y morales (3,13).

Definida por la NANDA como, aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones (14). La esperanza es el intento de supervivencia del ser humano, es aferrarse a una vida conocida donde el cambio nos aterra y fuera de lo conocido no puede

existir nada, en el transcurso paliativo es la primera en desaparecer, aunque el ser humano es de cambios no es fácil afrontar la idea de partir del mundo, por lo cual es necesario aprender a confiar a creer que nada es imposible y que todo lo que se desea se puede lograr, no perder la fe ni el camino hacia esa meta, necesitamos como enfermeros estimular el objetivo de vida, partiendo desde lo ya construido, lo que pudo realizar, incitar desde sus logros pasados y dándoles un valor inigualable y de honra a la vida.

Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo ha permitido fortalecer el liderazgo y obtener conocimientos para brindar cuidados de enfermería en el sufrimiento espiritual de la persona en enfoque paliativo, ya que se ha demostrado que la espiritualidad en determinados momentos y circunstancias debe ser fortalecida, en la relación con Dios, con los otros y con sí mismo, permitiendo tener esperanza y mejorando la empatía. El cuidado de enfermería no debe estar ajeno al cuidado de la espiritualidad, se debe asumir una dimensión integral, dando relevancia a las necesidades de las personas en esta dimensión.

Limitaciones: Dificultad para acceder a literatura con acceso restringido.

Responsabilidades Éticas: Los autores declaran que han seguido los lineamientos de la Ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Conflicto De Intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la presente revisión.

Financiamiento: Ninguno.

Referencias Bibliográficas

1. Oko TMB. Enfermería en cuidados paliativos. Difusión Avances de enfermería (DAE, S.I.) C/ Arturo Soria, 336-2º planta. 28033 Madrid-España o de la presente edición; 2007.
2. Joanna Briggs Institute. Checklist for systematic reviews and research syntheses. 2020. Disponible en: <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>
3. Hermosilla-Ávilaa, AE.; Sanhueza-Alvaradob, O.; Chaparro-Díaz, L. Palliative care and quality of life in patients with cancer during the terminal phase. A family/patient perspective [Internet]. Elogim.com:2119. 2021 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/pii/S2445147921000734>
4. Yik LL, Ling LM, Ai LM, Ting AB, Capelle DP, Zainuddin SI, et al. The effect of 5-minute mindfulness of peace on suffering and spiritual well-being among palliative care patients: A randomized controlled study. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2021;38(9):1083–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909120965944>
5. Mesquita AC, Avelino CCV, Barreto MN, Nogueira DA, Fernandes DS. El bienestar espiritual y la provisión del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. 2014. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2092/record/display.uri?eid=2-s2.0-84937684368>
6. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. Support Care Cancer [Internet]. 2015;23(4):919–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>
7. Lm.V-E. Intervención educativa en enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica [Internet]. Elogim.com:2092.

- 2015 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2092/record/display.uri?eid=2-s2.0-85014217591>
8. Qingjuan Jianga, YL.; Yanping Yinga, HZ. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors [Internet]. Elogim.com:2119. 2019 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/pii/S0260691718310116>
 9. Best M, Butow P, Olver I. Palliative care specialists' beliefs about spiritual care. Support Care Cancer [Internet]. 2016;24(8):3295–306. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-016-3135-0>
 10. Peng S-WC-CW. The Experience to Implement Palliative Care in Long-term Care Facilities: A Grounded Theory Study of Caregivers [Internet]. Elogim.com:2119. 2021 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/pii/S1976131720300979>
 11. Martí-García, C.; Ruiz-Martínb, L.; Fernández-Alcántarac, M.; Montoya-Juárezd, R.; Hueso-Montorod, C.; García-Caro, MP. Content analysis of the effects of palliative care learning on the perception by nursing students of dying and dignified death [Internet]. Elogim.com:2119. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/pii/S026069171931545X>
 12. O'Callaghan C, Seah D, Clayton JM, Welz M, Kissane D, Georgousopoulou EN, et al. Palliative caregivers' spirituality, views about spiritual care, and associations with Spiritual Well-being: A mixed methods study. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2020;37(4):305–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909119877351>
 13. Tejada Muñoz, S; Guerrero Quiroz, SE.; Vega Ayasta, MT.;

Díaz Machay, R.; Cervera Vallejos, MF.; Rodríguez Cruz, LD. Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporté para la humanización en salud [Internet]. Elogim.com:3878. 2020 [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:3878/servlet/articulo?codigo=7705405>

14. Taxonomías NANDA, NOC, NIC [Internet]. Elogim.com:2464. [citado el 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2464/nanda/66>

Capítulo 2

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL AFRONTAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER. REVISIÓN DE ALCANCE

*Nursing Care in the Coping of Children and Adolescents with Cancer:
Scope Review*

Luz Adriana Meneses Urrea

<https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Jenny Katherine Cerón Gil

<https://orcid.org/0009-0008-7318-5524>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Angelica María Aragón Díaz

<https://orcid.org/0009-0004-6258-6286>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Yizeth Valencia Carreño

<https://orcid.org/0009-0007-4126-1441>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Resumen

Introducción: el cáncer infantil se considera una de las principales causas de muerte en niños y adolescentes en la Región de las Américas, ocasionando alta carga en la sociedad. La OMS menciona que cada

Cita este capítulo

Meneses-Urrea, L. A., Aragón Díaz, A. M., Cerón Gil, J. K., & Valencia Carreño, Y. (2025). Cuidado de enfermería en el afrontamiento de niños, niñas y adolescentes con cáncer: Revisión de alcance. En Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 39–71). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

año se registran cerca de 400.000 nuevos casos de cáncer en menores de 18 años en el mundo. **Objetivo:** Describir el cuidado de enfermería en el manejo y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Cáncer. **Metodología:** Revisión de alcance, se registró búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como PubMed, Sage Journal, Gale Onelife, Elsevier y Springer. Las palabras Claves (términos DeCS y MeSH): Fueron “Nursing”, “Care”, “Caring”, “Child”, “Children”, “Cáncer”, “Leukemia”, “Pediatric”; operador boléano: “AND”. Los documentos incluidos fueron del 2019 - 2023. Se seleccionaron 13 artículos. **Resultados:** se identificaron 2 categorías “estrategias de afrontamiento familiar y cuidado de enfermería en niños, niñas y adolescentes con cáncer”. En estrategia familiar se encontró el juego, el arte, posturas de yoga, narración de cuentos y la comunicación asertiva, relación de confianza entre el niño y el cuidador, cambios de roles padre-hijo. El cuidado de enfermería en niños con cáncer se encuentra centrado en la educación a los padres en el manejo del tratamiento de la enfermedad, para empoderarlos en la atención y así establecer cuidados de acuerdo con las necesidades del niño. **Conclusión:** Enfermería ejerce una función importante en el Cáncer infantil, aplicando acciones dinámicas bajo conocimientos derivados de la teoría, la investigación y la práctica en el cuidado de niños y sus familias.

Palabras Claves: Enfermería, Cuidado, Niño, Niños, Cáncer, Leucemia, Pediatría.

Abstract

Introduction: Childhood cancer is considered one of the main causes of death in children and adolescents in the Region of the Americas, causing a high burden on society. The WHO mentions that every year there are about 400,000 new cases of cancer in children under 18 in the world. **Objective:** To describe nursing care in the management and treatment

of children and adolescents diagnosed with cancer. Methodology: Scope review, systematic search was recorded in different databases such as PubMed, Sage Journal, Gale Onelife, Elsevier and Springer. The Keywords (terms DeCS and MeSH): They were “Nursing”, “Care”, “Caring”, “Child”, “Children”, “Cancer”, “Leukemia”, “Pediatric”; Boléan operator: “AND”. The documents included were from 2019 - 2023. 13 articles were selected. Results: 2 categories were identified “coping strategies and nursing care in children and adolescents with cancer”. In family strategy was found play, art, yoga postures, storytelling and assertive communication, relationship of trust between the child and the caregiver, changes of roles father-son. Nursing care in children with cancer is focused on educating parents in managing the treatment of the disease, to empower them in care and thus establish care according to the needs of the child. Conclusion: Nursing plays an important role in childhood cancer, applying dynamic actions under knowledge derived from theory, research and practice in the care of children and their families.

keywords: Nursing, Care, Caring, Child, Children, Cancer, Leukemia, Pediatric.

Introducción

El cáncer infantil se considera una de las principales causas de muerte en niños y adolescentes en la Región de las Américas, ocasionando alta carga en la sociedad y el sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud menciona que cada año se registran cerca de 400.000 nuevos casos de cáncer en menores de 18 años en el mundo; los más comunes son la leucemia, el cáncer cerebral, el linfoma, el neuroblastoma y los tumores de Wilms. En Colombia, cerca de 2200 niños padecen de algún tipo de cáncer; cerca del 60% de estos niños presentan algún tipo de leucemia, seguido de tumores cancerígenos del sistema nervioso central y linfomas de Hodgkin (1).

La probabilidad de sobrevivencia en niños con cáncer depende de los ingresos del país; en países con ingreso alto, el porcentaje de sobrevida es mayor al 80%, mientras que en los de mediano y bajo ingreso, la sobrevivencia es del 30% aproximadamente. En el caso de la leucemia, la sobrevida alcanza un 70% a nivel mundial (1-2).

La Organización Mundial de la Salud, en su lucha contra el cáncer infantil, ha implementado estrategias de prevención y mantenimiento de la salud con lo cual se espera que para el año 2030 países con mediano y bajos ingresos, aumenten la tasa de supervivencia al 60% aproximadamente. Una de las acciones implementadas es el paquete técnico de intervenciones estratégicas (CURE ALL) que representa la interacción de muchos países para mejorar la atención en salud de esta población, garantizando un Sistema de Salud más sólido (1).

Hasta ahora, no existe prevención primaria para el cáncer infantil, ni un cribado que permita la detección temprana de la enfermedad, por lo que muchas veces hay fallos en el diagnóstico o resultados tardíos; se evidencia barreras de acceso a la atención sanitaria, abandono al tratamiento, toxicidad o recidivas que aumentan los índices de mortalidad, disminución de la calidad de vida de los niños y sus cuidadores debido a problemas en la salud mental por causa de la enfermedad (3-4,).

La función del profesional de enfermería se enfoca en el cuidado del paciente oncológico y de su entorno, actuando como hilo conductor entre el paciente, su familia y el equipo de salud en pro de mantener su bienestar físico y emocional. El profesional de enfermería identifica las necesidades del niño y su familia y, plantea intervenciones que les permita dar continuidad al tratamiento desde casa y hacer frente a los cambios que se les imponen después de recibir el diagnóstico de la enfermedad (5-6).

De acuerdo con lo descrito por Lopes. et al., la intervención de

enfermería relacionada con la educación se enfatiza acerca de la enfermedad, síntomas, efectos secundarios de los medicamentos para generar destrezas en los cuidadores y empoderarlos en el cuidado del niño (7). Por su parte, Mattos et al. señalan que, para avanzar en el tratamiento terapéutico, es fundamental involucrar tanto al subsistema familiar como al equipo profesional, de modo que la experiencia de la enfermedad adquiera significados personales y sociales. (8).

Por tanto, es necesario describir el cuidado de enfermería en el manejo y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Cáncer.

Metodología

Revisión de alcance, se registró búsqueda sistemática en diferentes bases de datos electrónicas como PubMed, Sage Journal, Gale Onelife, Elsevier y Springer. Las palabras Claves (términos DeCS y MeSH): Fueron “Nursing”, “Care”, “Caring”, “Child”, “Children”, “Cáncer”, “Leukemia”, “Pediatric”; operador boléano: “AND”. La búsqueda fue desarrollada por los autores en un periodo de 2 meses.

Para la selección de los documentos científicos se definieron los criterios de inclusión como: publicaciones científicas de enfermería desarrollados entre los años 2019-2023; artículos de investigación científica, documentos con acceso abierto en las mencionadas páginas de investigación; estudios de enfermería desarrollados por profesionales de enfermería de diferentes países. Ahora entre los criterios exclusión se encontraron textos incompletos y no relacionados con el objetivo de estudio. Es importante mencionar que dentro de la investigación no se observaron artículos realizados en Colombia respecto al tema tratado.

Los artículos identificados fueron contrastados con los criterios de selección, de acuerdo con los objetivos y la pregunta orientadora. Se

expone a modo de resumen la evolución de la búsqueda, identificación y selección de trabajos para el presente estudio (Tabla 1).

Tabla 1.

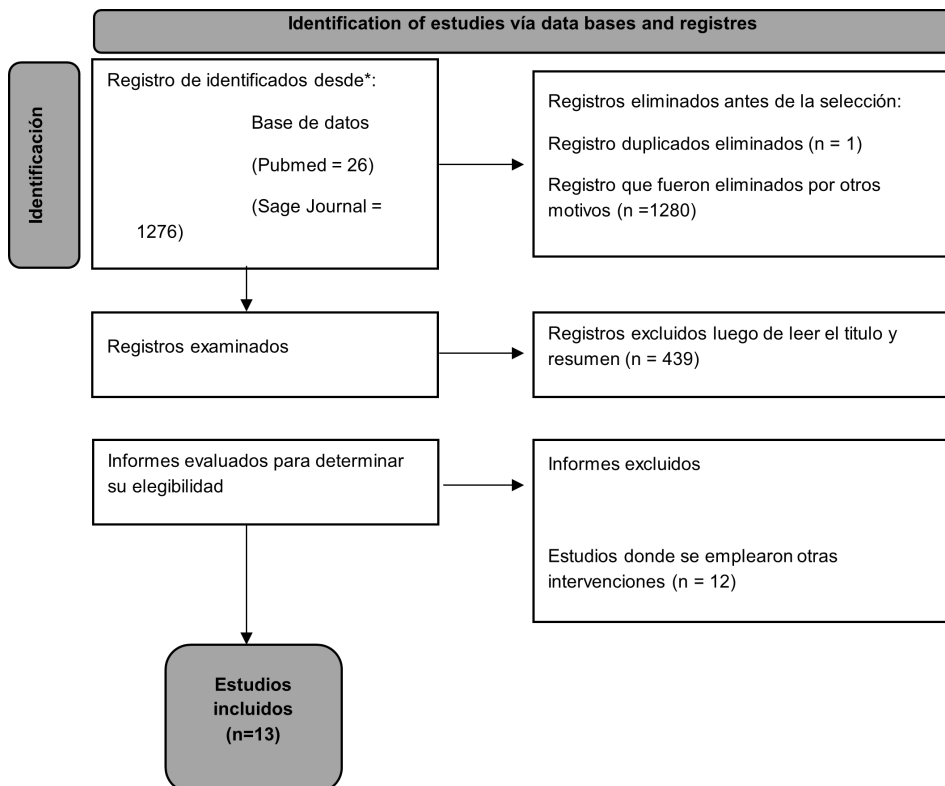
Evolución de búsqueda inicial en bases electrónicas

Bases de recopilación de datos	Resultados de búsqueda	Palabras clave
Pub Med	26	“Nursing” care an “children” and “leukemia”
Sage Journal	1276	Nursing caring and pediatric children and cancer
Gale Onelife	60	“Nursing” care and “child” and cancer
Elsevier	316	“Nursing” care and “leukemia” and “child”
Springer	125	“Nursing” care and “child” and cancer

Posteriormente fueron sometidos a un análisis de contenido realizado por los investigadores, se realizó lectura crítica del texto completo que permitió corroborar el cumplimiento de los criterios de selección y valorar el rigor metodológico de acuerdo con el diseño. El análisis fue realizado bajo los criterios Joanna Briggs Institute (JBI); se seleccionaron 13 artículos que cumplieron con un porcentaje mayor o igual al 70%. El diagrama de flujo PRISMA; resalta la trazabilidad de los artículos encontrados y la selección de los sometidos a revisión. (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama de flujo Prisma



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Para la recolección de la información científica se utilizó como herramienta una matriz de Excel, en donde se detallan los siguientes aspectos de cada referente tomado. (Título, autor, objetivo, tema y subtema de la investigación, metodología, resultados y observaciones) (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Matriz de registro

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Transitional care to home in the perspective of parents of children with leukemia.	Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC	BRASIL	2019	Estudio cualitativo, descriptivo, basados en los conceptos de la teoría del cambio para comprender y discutir la experiencia de padres con niños diagnosticados con LLA, que ya se encuentran en terapia de inducción que transitan de la atención domiciliaria a la hospitalaria. Estos datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, de mayo de 2016 a enero de 2017, organizadas en el software Atlas. ti 7º y sometido a análisis de contenido inductivo.	Se identificaron 3 subcategorías. Aprender el nuevo escenario del cuidado Impacto inmediato de los cambios Implementación del plan de orientación

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Caring for a child with Cancer experiences of Jordanian Mothers	Khulood K. Shattnawi, Heba Okour, Ahlam Alnatour, Nihaya Al-Sheyab, Lina Mrayan and Rachel A. Joseph.		2021	Investigación fenomenológica descriptiva para examinar las experiencias vividas por madres de niños diagnosticados con cáncer en Jordania. Las madres fueron reclutadas de las unidades de oncología y quimioterapia en un gran hospital en el norte de Jordania. Los participantes fueron informados sobre el estudio y aquellos que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado.	3 temas principales: 1. Respuesta emocional al conocer el diagnóstico: 2. Miedo a la enfermedad temida: 3. Desafíos del proceso de tratamiento

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Playful approaches and coping with childhood cancer treatment.	Nadja Caroline Bezerril Lopes; Ana Cláudia Gomes Viana; Zirleide Carlos Félix; Jancelice dos Santos Santana; Patrícia Tavares de Lima; Ana Lúcia de Medeiros Cabral.	BRASIL	2020	Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio involucró entrevistas semiestructuradas a diez niños entre 6 y 12 años. Se utilizó el análisis de contenido para analizar la información obtenida.	Surgieron dos categorías: el significado del juego tal como lo entienden los niños en tratamiento oncológico; y los sentimientos revelados a través del juego durante el tratamiento del cáncer. Categoría 1. El significado del juego en la comprensión de niños en tratamiento oncológico. En esta categoría, se verificó que los juegos hacen que los niños no se vean completamente privados de una actividad que es naturalmente parte de su vida diaria. Categoría 2: Los sentimientos revelados del juego durante el tratamiento oncológico Esta categoría expresa los discursos de los niños y refleja su percepción de los diversos sentimientos experimentados a partir de su participación en las actividades lúdicas realizadas durante el tratamiento.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					-Para algunos niños, los sentimientos que expresan al jugar son alegría y felicidad, e incluso pueden permitir momentáneamente para que se olviden de los eventos asociados a la enfermedad. - Pero, dependiendo de la etapa del tratamiento, algunos niños demostraron tener miedo de participar en las actividades. porque pueden sentir dolor y la enfermedad podría empeorar. -El dolor es una sensación frecuente en los pacientes afectos de cáncer, pudiendo llegar incluso a provocar un sentimiento de ira. - Para los niños que momentáneamente no pudieron participar en actividades más dinámicas como correr, el hecho de que pudieran volver a hacer este movimiento rescató el sentimiento de felicidad y contribuyó a que la perspectiva del niño no se centrara únicamente en las consecuencias asociadas al tratamiento como la alopecia. - Sin embargo, se percibió que el miedo es un sentimiento que también se puede experimentar, pues algunos niños creen que jugar durante el tratamiento no les ayuda a mejorar; al contrario, piensan que jugar empeora la enfermedad.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Experiences of young children with cancer and their parents with practical nursing care during the cancer trajectory.	Karin Enskär, Laura Darcy, Maria Björk, Susanne Knutsson and Karina Huus.	SUECIA	2020	Estudio longitudinal fue parte de un proyecto más amplio que explora cómo el cáncer afecta la salud y el funcionamiento cotidianos de los niños pequeños durante un período de 3 años desde el diagnóstico. Donde se incluye un análisis deductivo de entrevistas con niños pequeños y sus padres, centradas en las experiencias de las practicas del cuidado de la enfermera.	El análisis deductivo resultó en categorías que describen las prácticas de cuidado de las enfermeras el cuidado de niños pequeños con cáncer relacionadas con cada fase de la trayectoria de la enfermedad, basadas en los cinco conceptos de cuidado de Swanson. 1. fase: Prácticas de cuidado en el diagnóstico e inducción. - Mantener la creencia: describen la importancia de que la enfermera les infunda esperanza. - Saber: crear una relación de confianza, según la entrevistas, fundamental crear confianza - Estar con: señalaron la importancia de dejar que los padres actúen como una base segura para sus hijos, permitiéndoles estar física y mentalmente presentes. - Hacer por: quieren que las enfermeras les demuestren que tienen tiempo tanto para el niño como para los padres, incluso en momentos estresantes, señalaron que las enfermeras pueden crear algún tipo de estabilidad en la vida para ellos. - Habilitación: describieron su necesidad de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y los procedimientos para poder comprender su nueva situación y su efecto en la vida cotidiana. Por lo tanto, sugieren que las enfermeras proporcionen pequeñas cantidades de información en diferentes momentos, para que puedan tener la oportunidad de asimilarla y considerarla.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					2. fase: Prácticas de cuidado durante la terapia activa. -Mantener la creencia: quieren que la enfermera crea en su capacidad para manejar su situación. Según los niños y los padres, las enfermeras pueden crear y mantener una atmósfera positiva que los rodee. - Saber: enfatizan la importancia de enfocarse en cada miembro de la familia individualmente y escuchar sus experiencias y necesidades y no dar las cosas por sentadas. - Estar con: quieren que las enfermeras tengan amplios conocimientos y, por lo tanto, puedan realizar cuidados con destreza. -Hacer por: crear un entorno acogedor para los niños se describió en términos de respeto a la integridad del niño, "Creo que hay un mayor respeto por ella, o cómo puedo decirlo, es importante respetar la integridad de la persona cuidada" -Habilitación: describen haber recibido información y saber lo que sucederá como un apoyo y un sentimiento de agradecimiento hacia las enfermeras. También señalaron la importancia de cómo y cuándo se entregaba la información. 3. fase: Prácticas de cuidado durante la terapia de mantenimiento -Mantener la creencia: Según ellos, las enfermeras deben confiar en que el niño y los padres realicen las tareas por sí mismos. "Nunca se molestan cuando les sugerimos que escuchen nuestros consejos, pero es como si valorasen nuestra experiencia y opinión". - Saber: Los niños y los padres se reconocieron como expertos en la enfermedad y el tratamiento "Entonces le dije a la enfermera, no me toques con las manos frías, calientálas primero. Por lo tanto, no quieren que las enfermeras supongan que conocen mejor la vida cotidiana de la familia y las necesidades de cuidado.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					- Estar con: Los padres aprecian que las enfermeras se tomen el tiempo y se concentren en el niño, sin hacer comentarios sobre lo ocupados que están, incluso si las enfermeras tienen mucho que hacer. Sin embargo, si las enfermeras estaban muy ocupadas, los padres aprecian que las enfermeras programen un momento más apropiado en el que puedan hablar en un ambiente más relajado. - Hacer por: los niños manifestaron que conocen las rutinas y cómo se suelen realizar las cosas. Los niños todavía querían participar en los cuidados prácticos de enfermería, así como en la toma de decisiones. Incluso si los padres enfatizaban la importancia de las rutinas estandarizadas, también querían que las enfermeras fueran flexibles. - Habilitación: señalaron que la información debe ser individualizada, según la edad y madurez del niño, así como sus experiencias, su necesidad de apoyo en el manejo del funcionamiento cotidiano: por ejemplo, pidieron apoyo para contactar a los servicios de salud y escuelas, así como apoyo en el cuidado de los hermanos del niño, la relación entre los cónyuges, cómo manejar y establecer límites para su hijo y criarlo para que se cuide a sí mismo, como hacer suficiente actividad física. 4. fase: Prácticas de cuidado durante el seguimiento. - Mantener la creencia: destacaron experiencias positivas y momentos felices durante su trayectoria con el cáncer. “Ella (la enfermera) es genial y loca. Me encanta” - Saber: ayudar a los padres e hijos a reflexionar sobre la trayectoria completa del cáncer, por medio de reuniones para discutir temas de seguimiento y de la vida cotidiana con los equipos de oncología pediátrica.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					- Estar con: reportaron síntomas depresivos y falta de apoyo. Los padres pidieron apoyo emocional: por ejemplo, a la psicóloga del hospital, otros servicios como trabajadores sociales. También señalaron la necesidad de un plan de atención para futuros contactos de atención médica. - Hacer por: Los padres se sintieron agradecidos y satisfechos con la atención brindada a lo largo de la trayectoria del niño. Pero para los padres, la unidad de oncología pediátrica seguía siendo vista como una base segura que brindaba apoyo y tratamiento. - Habilitación: experimentaron el final del tratamiento del niño como incómodo y aterrador y estaban constantemente preocupados por los efectos secundarios a corto y largo plazo. Los padres también encontraron que la información y el apoyo de las enfermeras fueron útiles para disminuir estas preocupaciones.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Consensus on Quality Indicators for Pediatric Oncology Nursing Care in Mainland China: A Delphi Method and Analytic Hierarchy Process	Mengxue He, Hong Lu, Nanping Shen, Xinyi Wu, Guomei Shen, Xuezheng Zhou, Min Shen, Lin Mo and Hsu Lily.	CHINA	2022	Investigación con técnica Delphi modificada y un proceso de jerarquía analítica. Se desarrolló un cuestionario de encuesta utilizando una revisión de la literatura y entrevistas semiestructuradas.	Los expertos que participaron en la encuesta Delphi incluyeron nueve gerentes de enfermería, cuatro enfermeras clínicas especializadas y dos médicos oncólogos pediátricos. Seis expertos tenían título de licenciatura, ocho tenían maestría y uno tenía doctorado. En total, 12 expertos trabajaban en hematología y oncología pediátrica, mientras que los otros tres en pediatría. En la encuesta Delphi, el coeficiente de autoridad promedio fue de 0,93 a 0,96 para cada ronda de la encuesta. Después de tres rondas de encuestas, se identificaron 29 indicadores de calidad como resultados de enfermería importantes para evaluar la calidad de la atención de enfermería oncológica pediátrica en China continental. La puntuación media de la calificación de importancia de los indicadores osciló entre 4,67 y 5,00 en una escala de 5 puntos, y el coeficiente de variación osciló entre 0 y 0,19.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Family filial value on caring children with leukemia	Yuni Sufyanti Arief, Nursalam, Praba Diyan Rachmawati		2019	Estudio descriptivo con un diseño transversal. Los datos fueron recogidos por cuestionario y analizados con correlación de Spearman.	El peso de la importancia del indicador asignado por expertos varió entre 0,0040 y 0,0870. Este estudio contribuyó a la comprensión de la medición de la calidad de la atención de enfermería para la atención del cáncer pediátrico. Las fortalezas del estudio son las siguientes: primero, el procedimiento Delphi modificado formó un proceso confiable y transparente con rigor científico. Profesionales de la salud experimentados prestaron su experiencia para identificar indicadores de calidad. Sus altas tasas de respuesta reflejaron su compromiso y máxima dedicación durante este proceso. Los expertos pudieron compartir plenamente su experiencia y aclarar aún más los diversos puntos de vista sobre los indicadores de calidad durante la encuesta Delphi y la discusión grupal. Por lo tanto, el conjunto final de indicadores de calidad se estableció con resultados confiables, válidos y confirmados.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					En segundo lugar, se utilizó el Marco de Calidad de Donabedian para identificar indicadores dentro de las tres categorías de calidad de la atención, a saber, estructura, proceso y resultado. Este enfoque mejoró la exhaustividad de los indicadores de calidad y abarcó varias consideraciones prácticas de la atención de enfermería. Si bien el desarrollo de estos indicadores de mejora de la calidad podría ser un desafío, muchos estudios han sugerido que la creación de un vínculo definitivo entre la estructura, el proceso y el resultado es una forma importante de representar los servicios de enfermería integrados para reducir las brechas en el servicio y la calidad.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Family filial value on caring children with leukemia	Yuni Sufyanti Arief, Nursalam, Praba Diyan Rachmawati	INDONESIA	2019	Estudio descriptivo con un diseño transversal. Los datos fueron recogidos por cuestionario y analizados con correlación de Spearman.	Este estudio se divide en tres factores: responsabilidad, respeto y cuidado. Responsabilidad: Es la actitud de la madre hacia un sentido de responsabilidad en cuidado de un niño con leucemia. En este indicador la mayoría de los encuestados tenía una categoría de responsabilidad media (68,6%) y al menos una categoría baja (15%). Respeto: son la atención y la admiración de los padres por los niños que padecen leucemia, que consisten en de la atención de los padres a los nutrientes que necesitan los niños con leucemia, tratamiento del sangrado que ocurre en niños con leucemia, prevención de infecciones secundarias en niños con leucemia. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes (79.3%) pertenecía a la categoría media y la que menos era en la categoría baja (8,6%). Cuidado: es de la madre con la actitud que toma hacia en el cuidado del niño con leucemia la mayoría de los indicadores están en la categoría media (66,4%) y la menos están en la categoría alta (15,7%).

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Lived experiences with unmet supportive care needs in pediatric cancer: Perspective of Chinese children and their parents.	Lei Cheng, Ling Yu, Haiying Huang, Mingxia Duan	CHINA	2022	Estudio cualitativo descriptivo con recolección mediante entrevistas semiestructuradas cara a cara. Los datos se analizaron utilizando el método de análisis	A partir de los datos se generaron cuatro temas y ocho subtemas (tanto desde la perspectiva de los niños como la de los padres). mostrando como estos temas corresponden a los dominios del marco de atención de apoyo para la atención del cáncer. TEMA 1: Satisfacer las necesidades actuales a lo largo de la trayectoria del cáncer · participantes percibieron la naturaleza cambiante de varias necesidades a lo largo de sus respectivas trayectorias de cáncer. Sus necesidades insatisfechas estaban relacionadas con sus experiencias en cada etapa, Tanto los niños como los padres participantes expresaron su ansiedad acerca de la incertidumbre del viaje del cáncer, lo que perjudicó su capacidad para satisfacer sus necesidades actuales. Subtema 1: ¿Puedes decirme qué sigue después? Los niños describieron las múltiples necesidades afectadas por su enfermedad y tratamiento y se sintieron frustrados por la naturaleza impredecible.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					Tema 2: Comunicarse con un enfoque familiar pidieron una comunicación centrada en la familia. Desde la perspectiva de los niños y los padres, deben tener sus voces escuchadas e involucrar a cada miembro de la familia en su conversación diaria sobre el tratamiento y en el proceso de toma de decisiones. Subtema 1: Solo hablan con mis padres. Los niños participantes afirmaron que deben ser respetados por su conocimiento de los tratamientos, entender sus sentimientos y tener más oportunidades de comunicación interpersonal con los médicos. Subtema 2: Que cada miembro de la familia tenga voz. Los padres participantes compartieron su necesidad de una comunicación más abierta con respecto a los pensamientos y sentimientos de cada miembro de la familia. Sin embargo, no sabían cómo comunicarse eficazmente con su hijo durante el tratamiento. Tema 3: Brindar atención más allá del tratamiento. Los participantes describieron sus necesidades más allá del mero tratamiento de la enfermedad, pero con más apoyo emocional y provisión de información que exige una atención ampliada en cada etapa.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
					Subtema 1: Soy más grande que mi cuerpo. Los niños explicaron su necesidad de consolidación emocional e información sobre su pronóstico. Subtema 2: Hay cosas más allá del tratamiento. Los padres enfatizaron una mayor atención a los cuidados de transición, los cuidados paliativos y el cuidado de los hermanos. Tema 4: Obtener apoyo de la comunidad Los participantes percibieron un apoyo insatisfactorio por parte de la comunidad. Requerían el apoyo de la comunidad en su mentalidad, necesidades físicas y recursos. Subtema 1: No soy un monstruo. Los niños no estaban contentos de que los trataran de manera diferente. Experimentaron discriminación, estigma y estereotipo. Subtema 2: Queremos conectarnos con los recursos cercanos a nosotros. Había servicios de atención médica extrahospitalarios limitados específicamente para pacientes pediátricos con cáncer. Había una falta de atención coordinada del cáncer entre la comunidad y los hospitales en el sistema de salud.

Título	Autor	Lugar	Año	Metodología	Resultados
Parent empowerment program in caring for children with leukemia.	Yuni Sufyanti Arief, Praba Diyan Rachmawati.	INDONESIA	2019	Utilizando un diseño de pre/posttest y un diseño de investigación pre-experimental. REVISION DE CASO Y CONTROL)	Hubo un efecto de la aplicación del programa de empoderamiento de los padres sobre el conocimiento en familias con pacientes oncológicos antes de recibir tratamiento tiene un valor promedio de conocimiento de 9,00 y se incrementa después de recibir tratamiento con un valor promedio de 12,00. El análisis estadístico del conocimiento familiar en el tratamiento de niños con leucemia muestra un nivel de significación Las actitudes familiares en el tratamiento de niños con leucemia antes de la intervención estaban en su mayoría en la categoría negativa con una puntuación de actitud promedio de 23,36. Las actitudes familiares en el cuidado de los niños con leucemia después de recibir la intervención estuvieron en su mayoría en la categoría de positivas con un valor promedio de actitud de 25,04. Análisis estadístico de las actitudes familiares en el cuidado de Las acciones familiares en el tratamiento de niños con leucemia previo a la intervención se encuentran en la categoría de acción con un valor promedio de acción de 15,24. Las acciones familiares en el cuidado del niño con leucemia después de recibir una intervención experimentaron un incremento con un valor medio de 17,34, estando la mayoría en la categoría buena.

La revisión y clasificación de la información recolectada se realizó en forma cruzada, ordenando los contenidos de acuerdo con las variables del estudio y sus respectivas categorías de respuesta. El procedimiento se realizó a partir de lectura completa del artículo.

Se realiza el análisis de la información registrada en cada artículo científico a fin de develar resultados con base a los objetivos establecidos, el análisis de dicha información se hace en dos etapas, una etapa inicial.

individual, donde cada una de las integrantes del equipo realiza sus concluyentes y análisis por individual: y una etapa final, la cual consiste en comparar los análisis y llegar a resultados congruentes y unánimes para dar lugar a generar los hallazgos concluyentes.

Consideraciones Éticas

Los autores mencionan en sus artículos, que han seguido los lineamientos de la ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Resultados

Los resultados corresponden a 13 artículos publicados entre 2019 a 2023. Las publicaciones fueron realizadas en Brasil (3), China, Indonesia y Estados Unidos (2) en cada país y un artículo respectivamente de Suecia, Portugal, Corea del Sur y Jordania; entre los años de publicación se encuentran (4) del 2019, (2) para el 2020 y (2) para el 2021, (4) publicaciones del 2022 seguido de (1) publicación del 2023. Entre la población de estudio se encuentra padres con un rango de edad entre 24-62 años y niños, adolescentes entre 0 a 18 años, profesionales de enfermería. Con relación al tipo de estudio se identificaron 12 cualitativos, y 1 cuantitativo.

Se pudo identificar en los estudios 2 categorías: estrategias de afrontamiento familiar y cuidado de enfermería en niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Entre las estrategias de afrontamiento familiar, se encontraron 3 artículos donde se evidencia la importancia del uso de la ludoteca como estrategia para promover la alegría y felicidad; la cual aporta positivamente al afrontamiento de su enfermedad. Entre las que se encuentran: hula hoop, juegos con carros y pelotas, barajas de cartas, correr y atrapar, postura de yoga; además del arte (dibujo, danza, música, baile y narración de cuentos); y artículo relación la habilidad de comunicación asertiva.

Entre la categoría del cuidado de enfermería de los niños, niñas y adolescentes con cáncer y sus familias, se identificaron 4 artículos que refiere la importancia de la educación a los padres sobre cuidados para empoderarlos en la atención del niño y adolescentes, dos (2) artículos hablan sobre el manejo de las emociones y el estrés, dos (2) artículos afirman que se debe brindar a las familias información sobre la etiología, cambios en la transición del hospital al hogar, tratamiento, modo de uso, efectos adversos, signos y síntomas del empeoramiento clínico del niño, medidas preventivas relacionadas con el ambiente, medidas profilácticas, dieta y los cuidados generales, (1) artículo se centra en la investigación para la mejora de las brechas en la calidad en los tratamientos a los niños, y la disminución de las complicaciones no deseadas durante el tratamiento.

Discusión

La revisión permitió identificar dos categorías de cuidados de enfermería en el afrontamiento de niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Estrategias de Afrontamiento Familiar

El diagnóstico de Cáncer genera sentimientos de frustración, angustia, depresión y dolor tanto en el paciente como su familia; más aún cuando el diagnóstico afecta al niño. El análisis de los 4 artículos permitió evidenciar estrategias para el afrontamiento familiar de esta patología. El afrontamiento familiar de acuerdo con la Real Acade-

mia de la Lengua Española se define como “acción y efecto de afrontar, hacer frente al enemigo, y hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida” (9). De acuerdo con la OPS para los niños y sus familias, el cáncer ocasiona enfrentar situaciones nuevas y desafiantes que implica esfuerzos constantes, adaptación y ajuste psicosocial; los cuales pueden afectar negativamente indicadores cognitivos, conductuales, afectivos y suponer un riesgo para la recuperación de su enfermedad y su calidad de vida (10-12).

De acuerdo con Lopes et al. En su estudio comprueba que los abordajes lúdicos (hula hoop, juegos con carros y pelotas, barajas de cartas, correr, atrapar y celular) son herramientas para el abordaje del cáncer infantil, brindando al niño un bienestar físico y emocional permitiendo olvidar la enfermedad, favorecer la aceptación del diagnóstico y el buen uso del tiempo libre. Es importante que a pesar de la sobrecarga laboral que puede presentar el profesional de enfermería se incluya esta práctica en la internación y se adapte de acuerdo con el ambiente y condiciones del niño. Este estudio demostró que esta práctica también permite al niño socializar con otros de su edad y con el personal médico (7). Por su parte Raybin. et al, evaluó prospectivamente los cambios en la calidad de vida y postura en los niños con cáncer que tuvieron exposición a las terapias de artes creativas con sesiones de danza/movimiento, canto, escuchar música, tocar un instrumento, dibujar, pintar con los dedos y trabajar con arcilla, simulación de uso paracaídas, respiración y posturas simples de yoga, trabajos con pelotas de fisioterapia; en los niños que se aplicó este tipo de terapias artísticas durante 5 años se evidenció cambios positivos en la calidad de vida y postura (13). Similar a lo encontrado por Cheng. et al, donde el dibujo y contar historias favorecen la expresión de los síntomas y las necesidades insatisfechas de niños y su familia (14). Por otro lado, Mattos. et al, evidencia que la escucha atenta y sensible del profesional de enfermería a las narrativas de las familias sobre la sintomatología del niño es una herramienta importante para ampliar el plan terapéutico en la práctica clínica (8).

Cuidado de Enfermería de los Niños, Niñas y Adolescentes

Con referencia al cuidado de enfermería se identificó 9 artículos que enfatiza la importancia del enfermero durante el proceso salud-enfermedad del niño y su familia.

Henderson menciona que el cuidado que brinda el profesional de enfermería implica la asistencia en todas las actividades que un paciente no pueda desarrollar por sí mismo, con la finalidad de contribuir a su salud y ayudarlo a la adaptación a su situación de enfermedad y alcanzar un nivel de independencia en su vida cotidiana (15).

Por consiguiente, Shattnawi. et al, considera que en el periodo de enfermedad del niño aumenta el estrés y la responsabilidad de los padres; por lo tanto, es muy importante involucrar a estos en grupos de apoyo liderado por enfermería donde se capacite al cuidador sobre el cuidado del niño favoreciendo la expresión de inquietudes y miedos ante esta enfermedad, informando las opciones de tratamiento para abordarla de manera eficaz (16). Dicho de otro modo, Arief. et al, expone que el enfermero debe empoderar a los padres para fortalecer el valor filial, sus creencias y valores lo que contribuirá a mejorar la capacidad de cuidar a los niños y minimizar los efectos de las condiciones crónicas en estos, ayudando a que encuentren sus propias necesidades además de proveerles conocimientos sobre la enfermedad para la toma de decisiones de manera oportuna y así poderlas satisfacer de manera efectiva (17,18); De acuerdo con Salvador. et al, la información adecuada suministrada por profesional de enfermería a los padres permite el empoderamiento de estos en el cuidado con el fin de lograr un tratamiento exitoso (19). En este sentido Silva-Rodriguesa. et al, coinciden que una comunicación continua entre los miembros del equipo en relación con las pautas de atención favorece a las familias después del alta y alfabetizándolas en las nuevas habilidades de cuidado, facilitado significativamente la transición hospitalaria al hogar (5). Similar a lo encontrado por Park. et al, quien se

enfoca en el desarrollo de métodos para promover las habilidades de comunicación y manejo de emociones como estrategia de una adaptación y resiliencia a los diferentes cambios que genera la enfermedad (20). Además, Cho. et al, propone que la comunicación diádica entre el enfermero y el paciente es fundamental para crear vínculos de confianza donde los pacientes se sientan tranquilos al narrar sus historias, sus experiencias, y permitir una empatía que favorezca la identificación de emociones, satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida (21). Enskär. et al, afirma que es necesario que enfermería desarrolle un plan de atención estandarizada, estructurado para el cuidado integral de los menores de 18 años con cáncer y el desarrollo de guías clínicas para educar a los niños y familias acerca de los cuidados que se requieren en cada etapa de la enfermedad (22). Finalmente He. et al, menciona que, en la práctica clínica del enfermero es importante la construcción de indicadores de calidad, que ayuden a medir los resultados y ajustar el tratamiento para un cuidado óptimo en los niños con cáncer y sus familias (23).

Conclusión

De acuerdo con lo expuesto en los artículos científicos estudiados, en el cuidado de Enfermería en niños, niñas y adolescentes con cáncer, se concluye que la implementación de estrategias como el juego, arte, y terapias de relajación enfocadas a facilitar el afrontamiento familiar en el proceso de enfermedad, aporta e impacta positivamente en el tratamiento y recuperación del paciente y su relación con el entorno.

Además, se encontró que empoderar e involucrar a la familia en el cuidado de niño a través de la comunicación asertiva, permite identificar y suplir las necesidades del niño del proceso de recuperación.

Limitaciones: dificultad para acceder a literatura con acceso restringido.

Responsabilidades éticas: los autores declaran que han seguido los lineamientos de la ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la presente revisión.

Financiamiento: ninguno.

Recomendaciones

Desarrollar estrategias dentro del cuidado de enfermería de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de cáncer, que se complementen con actividades no convencionales en pro de mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Referencias Bibliográficas

1. OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. Cáncer en la niñez y la adolescencia - [Internet]. [cited 2023 Oct 11]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>.
2. World Health Organization. El cáncer infantil [Internet]. [cited 2023 Oct 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Tasa de sobrevivencia de niños con cáncer aumenta del 40 al 61% [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 11]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-sobrevivencia-de-ninos-con-cancer-aumenta-del-40-al-61.aspx>
4. Aziza YDA, Wang ST, Huang MC. Unmet supportive care needs and psychological distress among parents of children with cancer in Indonesia. *Psychooncology* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Jul 2];28(1):92–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.4914>

5. Silva-Rodriguesa FM, Bernardo CSG, Alvarenga W de A, Janzen DC, Nascimento LC. Transicional care to home in the perspective of parents of children with leukemia. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 11];40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188974/doi/full/10.1590/1983-1447.2019.20180238>
6. Pérez Reyes JE, Padrón Fernández L, Plasencia Medina E, Pérez Urquiza R. Rol Educativo del Profesional de la Enfermería en la Prevención del Cáncer. *Revista Científica Hallazgos* 21, ISSN-e 2528-7915, Vol. 4, N° 3, 2019 (Ejemplar dedicado a: REVISTA CIENTÍFICA HALLAZGOS21), págs. 332-339 [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 29];4(3):332-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7148247&info=resumen&idioma=SPA>
7. Lopes NCB, Viana ACG, Félix ZC, Santana JDS, de Lima PT, Cabral AL de M. Playful approaches and coping with childhood cancer treatment/Abordagens lúdicas e o enfrentamento do tratamento oncológico na infância/Enfoques lúdicos y afrontamiento del tratamiento del cáncer infantil. *Enfermagem Uerj* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Oct 11];28:NA-NA. Disponible en: <https://usc.elogim.com:3443/ps/i.do?p=IFME&sw=w&issn=01043552&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA648388688&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext/dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.53040>
8. Mattos CX, da Silva LF, Braga TRL, Bubadué R de M, Partelli ANM, Cabral IE. Family caregivers' itineraries of preschool children who survived leukemia: implications for primary healthcare nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 11];76(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36753256/doi/full/10.1590/0034-7167-2022-0193>
9. Diccionario de la lengua española | afrontar | Definición | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2023 Oct 11]. Disponible en: <https://dle.rae.es/afrontar?m=form>

10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, La Fondation La Roche-Posay, Childhood Cancer International. Atención de la salud mental Atención psicosocial del cáncer pediátrico. [cited 2023 Oct 11]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56377/OPSNMHNvap-cp3220027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Sánchez Egea R. El tratamiento psicológico en familiares de niños con cáncer: un estudio meta-analítico. 2017 [cited 2024 Feb 29]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=155083&info=resumen&idioma=ENG>.
12. Fajardo-Rocha H, Montalvo-Prieto A. Rev. cienc. ciudad. 2019 [cited 2024 Feb 29]. p. 95–107 Vista de Competencias del cuidador familiar para cuidar a su familiar que recibe quimioterapia: Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1612/1506>.
13. Raybin JL, Zhou W, Pan Z, Jankowski C. Quality of Life Outcomes with Creative Arts Therapy in Children with Cancer. Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Oct 11];39(3):155–67. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2789/doi/full/10.1177/27527530211055988>
14. Cheng L, Yu L, Huang H, Duan M. Lived experiences with unmet supportive care needs in pediatric cancer: Perspective of Chinese children and their parents. Int J Nurs Sci [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 Oct 11];9(4):430–7. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/pii/S2352013222000679>
15. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2021 Jun 11 [cited 2023 Oct 11];10(1):3–17. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es/doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124.

16. ShattnawiKK, OkourH, AlnatourA, Al-SheyabN, MrayanL, Joseph RA. Caring for a Child with Cancer: Experiences of Jordanian Mothers. 2021 Mar 18 [cited 2023 Oct 11];30(8):1144–52. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2789/doi/full/10.1177/10547738211002021>.
17. Arief YS, Rachmawati PD. Parent empowerment program in caring for children with leukemia. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Oct 11]; 29:897–9. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/abs/pii/S1130862119302670>
18. Arief YS, Nursalam, Rachmawati PD. Family filial value on caring children with leukemia. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Oct 11]; 30:157–60. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2119/science/article/abs/pii/S1130862120300760>
19. Salvador Á, Crespo C, Barros L. The Benefits of Family-Centered Care for Parental Self-Efficacy and Psychological Well-being in Parents of Children with Cancer. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Oct 11];28(7):1926–36. Available from: <https://usc.elogim.com:2063/article/10.1007/s10826-019-01418-4>.
20. Park M, Choi EK, Lyu CJ, Han JW, Hahn SM. Family resilience factors affecting family adaptation of children with cancer: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Oct 11]; 56:102078. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102078>
21. Cho E, Akard TF. Perspectives From Adolescent and Young Adult Cancer Survivors for a Planned Nurse–Patient Dyadic Storytelling Intervention. <https://usc.elogim.com:2131/101177/08980101231189392> [Internet]. 2023 Jul 20 [cited 2023 Oct 11]; Available from: <https://usc.elogim.com:2789/doi/full/10.1177/08980101231189392>.
22. Enskär, K., Darcy, L., Björk, M., Knutsson, S., & Huus, K. Experiences of Young Children with Cancer and Their Parents with Nurses' Caring Practices During the Cancer Trajectory. *Journal*

- of Pediatric Oncology Nursing [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Oct 11];37(1):21–34. Available from: <https://usc.elogim.com:2789/doi/full/10.1177/1043454219874007>.
23. He M, Lu H, Shen N, Wu X, Shen G, Zhou X. et al, Consensus on Quality Indicators for Pediatric Oncology Nursing Care in Mainland China: A Delphi Method and Analytic Hierarchy Process. <https://usc.elogim.com:2131/101177/27527530211068727> [Internet]. 2022 Jan 15 [cited 2023 Oct 11];39(5):326–34. Available from: <https://usc.elogim.com:2789/doi/full/10.1177/27527530211068727>
24. McDonough J, Elliott J, Neuhaus S, Reid J, Butow P. Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review. *Psychooncology* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2024 Jul 2];28(4):653–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.500>

CUIDADOS PALIATIVOS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA: REVISIÓN DE ALCANCE

*Palliative Care and Quality of Life in Women Diagnosed
with Breast Cancer: Scope Review*

Lina Marcela Parra González

<https://orcid.org/0000-0003-2511-5923>

Unidad Central del Valle del Cauca
Cali, Colombia

Diana Marcela Navarrete Suarez

<https://orcid.org/0009-0001-3593-8416>

Unidad Central del Valle del Cauca
Cali, Colombia

Diana Isabel Montoya Cano

<https://orcid.org/0009-0005-0129-5415>

Unidad Central del Valle del Cauca
Cali, Colombia

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es una neoplasia con alta incidencia a nivel mundial; muchos estudios determinaron que los cuidados paliativos fueron oportunos en quienes padecen esta enfermedad, impactando la calidad de vida. **Objetivo:** Describir la evidencia asociada a cuidado paliativo y calidad de vida en mujeres diagnosticadas

Cita este capítulo

Parra González, L. M., Montoya Cano, D. I., & Navarrete Suarez, D. M. (2025). Cuidados paliativos y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama: Revisión de alcance. En Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 73–102). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

con cáncer de mama durante los años 2012 a 2022. **Métodos:** Mediante los Mesh y Decs se plantearon 4 ecuaciones de búsqueda en bases de datos Scopus, PubMed, Science Direct, Scielo para la búsqueda bibliográfica, los criterios de selección fueron: mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, publicación de artículos del año 2012 a 2022, idioma español, inglés, portugués, se encontraron 863 artículos, estos son revisados mediante la plataforma Rayyan, realizando análisis crítico de literatura haciendo uso de la lista de chequeo Strobe, donde se seleccionan 13 artículos a estudiar. **Resultados:** Se encontraron edades entre 21-60 años de edad y estadios avanzados de la enfermedad, autores declararon que la calidad de vida de estos pacientes disminuye gradualmente en el último año de vida, otros sustentan que el acceso a cuidados paliativos se obtiene en estadios avanzados donde las dimensiones de bienestar físico y emocional se encuentran disminuidas; otros investigadores refieren que la calidad de vida es mayor cuando hay fuentes de apoyo familiares, espirituales y sociales mediante el acompañamiento del personal asistencial. **Conclusión:** Nuestra evidencia muestra que trabajar en equipos de salud donde integren la calidad de vida y el cuidado paliativo mejora el bienestar del paciente de manera significativa.

Palabras Clave: Cuidado paliativo; calidad de vida; cáncer de mama, espiritualidad

Abstract

Introduction: Breast cancer is a neoplasm with high incidence worldwide; many studies determined that palliative care was timely in those suffering from this disease, impacting quality of life. **Objective:** To describe the evidence associated with palliative care and quality of life in women diagnosed with breast cancer during the years 2012 to 2022. **Methods:** Using Mesh and Decs, 4 search equations were proposed in Scopus, PubMed, Science Direct, Scielo databases for the literature search, the selec-

tion criteria were: women diagnosed with breast cancer, publication of articles from 2012 to 2022, Spanish, English, Portuguese language, 863 articles were found, these are reviewed using the Rayyan platform, performing critical analysis of literature using the Strobe checklist, where 13 articles are selected for study. **Results:** Ages between 21-60 years of age and advanced stages of the disease were found, authors stated that the quality of life of these patients gradually decreases in the last year of life, others argue that access to palliative care is obtained in advanced stages where the dimensions of physical and emotional well-being are diminished (2); other researchers report that the quality of life is higher when there are family (3), spiritual and social sources of support through the accompaniment of health care personnel (4). **Conclusion:** Our evidence shows that working in health teams where quality of life and palliative care are integrated significantly improves the patient's well-being.

Keywords: palliative care; quality of life; breast cancer; palliative therapy.

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad neoplásica metastásica que afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres, con una incidencia de 2,2 millones de casos en el año 2020 a nivel mundial, siendo la principal causa de mortalidad; alrededor de 685.000 mujeres fallecieron como consecuencia de esta patología. Se estipula que cerca de 1 de cada 12 mujeres enfermarán de cáncer de mama a lo largo de su vida. (1) En América Latina el cáncer de mama es uno de los más comunes y el segundo de mayor mortalidad en mujeres. Anualmente, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad, siendo en mayor porcentaje mujeres menores de 65 años. (2)

Por otra parte, en Colombia según The Global Cancer Observatory, para el año 2020, los nuevos casos de cáncer de mama fueron 15.509

(13,7%) y 4,411 muertes (8,0%)(3) y a nivel del departamento del Valle del Cauca, hasta semana epidemiológica 52 del año 2018 se notificaron al SIVIGILA 1.361 casos, se eliminaron el 23,8% de los casos (duplicados: 202, ajuste 6: 3, ajuste D: 15, residentes de Buenaventura: 26, residentes de otros departamentos diferentes del Valle del Cauca: 78), finalmente se realizó el análisis con 1.036 casos.(4)

El cáncer de mama conduce a diferentes manifestaciones clínicas que, dependiendo el estadio, puede afectar el bienestar de quien la padece, provocando diversas alteraciones que repercuten directa o indirectamente en la calidad de vida de la persona y su familia, generando una serie de incapacidades físicas, psicológicas, sociales, económicas, entre otras, entendiendo la definición de calidad de vida como “Un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno”(5).

Es de resaltar la importancia de la atención integral en esta patología haciendo uso de la estrategia de cuidados paliativos que se definen como “los cuidados apropiados para la persona con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo” (6) y tienen como objetivo “Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal aliviando el sufrimiento”. (7)

Existen criterios con respecto a las indicaciones de cuidados donde se tiene en cuenta el pronóstico de vida, estadio de la enfermedad y capacidad funcional(8). Se ha identificado que en el cáncer de mama la terapia paliativista genera un impacto de forma positiva con relación al alivio de los síntomas durante el transcurso del tratamiento, tales como dolor, fatiga, náuseas y vómitos, alteración del estado mental como la depresión, ansiedad y episodios de disnea.(9)

Cabe mencionar, que el tener acceso a este tipo de cuidados es desproporcionado debido a la relación que estos tienen con los determinantes sociales, ya que, aspectos como la precariedad social y económica hacen que el tratamiento oncológico paliativo se vea limitado o no sea efectivo(8).

Así mismo, existen diferentes barreras para llevar a cabo el plan de cuidados paliativos puesto que se presenta dificultad para identificar el momento en el cual iniciar la terapia. De igual manera, se ha determinado que en ocasiones los cuidados paliativos se involucran de manera tardía en la trayectoria de la enfermedad, causando poca efectividad y mantenimiento de la calidad de vida; (10) . Por otro lado existe una asociación entre las creencias espirituales percibidas y las prácticas espirituales reportadas, lo cual influye en la percepción y aceptación de los cuidados paliativos (11).

A raíz de consultar diversos estudios científicos, se determinó que existe carencia de información con relación a las prácticas de cuidados paliativos a desarrollar en personas con cáncer de mama y a su vez no hay suficientes investigaciones que sustenten el beneficio de esta terapia en cuanto a los factores internos y externos que influyen de manera significativa en el bienestar del individuo, su familia y entorno.

Con base a lo anterior, se identifica el problema y se formula la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la evidencia asociada a cuidado paliativo y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante los años 2012 a 2022?, con el objetivo de describir la evidencia asociada a cuidado paliativo y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante los años 2012 a 2022.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo donde se tuvo en cuenta la ruta de búsqueda de literatura. En este aspecto, la pregunta orientadora fue:

¿Cuál es la evidencia asociada a cuidado paliativo y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante los años 2012 a 2022? El estudio se realizó durante los años 2021 a 2023, mediante las bases de datos Scopus, PubMed, Science Direct, Scielo, teniendo como herramienta de búsqueda las palabras claves cuidados paliativos, calidad de vida y cáncer de mama, terapia paliativa, los términos DeCS y Mesh expuestos en la tabla 1. Y las ecuaciones de búsqueda “Care, Palliative and Breast Neoplasms and Quality of Life”, “Breast Cancer and Care Palliative”, “Human Mammary Carcinomas and Care Palliative” y “Health-Related Quality of Life and Breast Cancer”. Como criterios de inclusión se tuvo: Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, rango de publicación de artículos del año 2012 a 2022, idioma español, inglés, portugués. Se realizó respectiva revisión sistemática de literatura utilizando la herramienta web Rayyan para la selección de 863 artículos seleccionados en las 4 bases de datos elegidas y por medio de la aplicación de lista de chequeo según protocolo PRISMA se ejecutó el análisis crítico de literatura.

Tabla 1.

Términos Mesh y DeCS

MESH	DECS
Palliative Care Care, Palliative. Palliative Treatment. Therapy, Palliative.	Cuidado Paliativo Terapia paliativa. Atención Paliativa. Asistencia Paliativa de Apoyo.
Life Quality Health-Related Quality of Life. Health Related Quality of Life.	Calidad de Vida Calidad de vida relacionada con la salud.

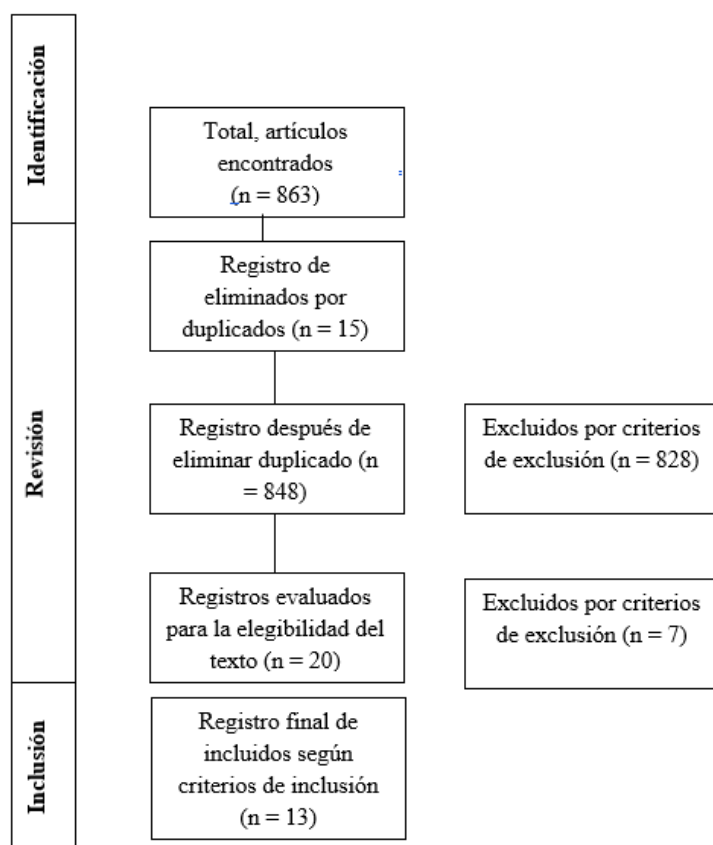
MESH	DECS
Breast Cáncer Breast Neoplasms. Mammary Carcinoma, Human. Human Mammary Carcinomas.	Cáncer de Mama Tumor de Mama. Neoplasia Maligna de Mama. Neoplasias Mamarias.

A partir de la identificación de 863 artículos, se obtuvieron 407 artículos registrados en la base de datos Pubmed, 344 en Scopus, 110 en Science Direct y 2 en Scielo, se pasó a la etapa de revisión donde se eliminaron 15 artículos duplicados, quedando 848 artículos de los cuales se excluyeron 828 de acuerdo a los criterios planteados, obteniendo posteriormente un número de 20 artículos evaluados para la elegibilidad del texto de los cuales se excluyen 7, para finalmente en la etapa de inclusión, obtener un total de 13 artículos. Figura 1.

Figura. 1.

Flujograma de selección de artículos.

Registros identificados en la base de datos Pubmed (n = 407)	Registros identificados en la base de datos Scopus (n = 344)	Registros identificados en la base de datos Scielo (n = 2)	Registros identificados en la base de datos Science Direct (n = 110)
--	--	--	--



Los artículos que soportan la revisión se consolidaron en una matriz de Excel que contiene los siguientes aspectos de los textos: referencia, objetivo, idioma, área temática y metodología. Tabla 2.

Tabla 2.

Descripción de artículos seleccionados

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Drageset S, Austrheim G, Ellingsen S. Quality of life of women living with metastatic breast cancer and receiving palliative care: A systematic review. Health Care Women Int [Internet]. 2021;42(7-9):1044-65. Available from: https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1876063	Explorar la calidad de vida de las mujeres que viven con CMM y reciben CP.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Revisión sistemática. Población: Mujeres adultas con cáncer de mama avanzado que recibieron cuidado paliativo presentado como un enfoque o como tratamiento y medición o descripción de la calidad de vida. Instrumentos: Se tuvo en cuenta las pautas PRISMA, se utilizó el marco PICO, con protocolo de revisión registrado en PROSPERO.
Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hanon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomized controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.	Realizar una revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados ensayos de 1984 a 2007 que evaluaron la efectividad de cuidados paliativos especializados.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Estudio piloto sistemático. Población: Mujeres mayores de 18 años diagnosticadas con cáncer de mama en estadios III con mal pronóstico y estadio IV, supervivencia de 6 a 24 meses. Instrumentos: Escalas Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being (FACIT-Sp), Quality of Life at the End of Life (QUAL-E), FAMCARE-P16

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Reed E, Simmonds P, Haviland J, Corner J. Quality of life and experience of care in women with metastatic breast cancer: A cross-sectional survey. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2012;43(4):747–58. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.005	Explorar la calidad de vida, la experiencia de atención y las necesidades de apoyo de las mujeres que viven con cáncer de mama metastásico en el Reino Unido.	Inglés	Calidad de vida	Tipo de estudio: Cuestionario transversal. Población: Diagnóstico confirmado de cáncer de mama metastásico para mujeres reclutadas en centros oncológicos, y participantes de sitio web que describieran el alcance de su enfermedad. Instrumentos: FACT-B, cuestionario autoadministrado para evaluar calidad de vida y la carga de síntomas.
Schulman-Green D, Linsky S, Jeon S, Kapo J, Blatt L, Chagpar A. Integrating palliative care into self-management of breast cancer: Protocol for a pilot randomized controlled trial. Contemporary Clin Trials. 2016;48:133–8.	Probar una intervención psicoeducativa, manejo de la atención del cáncer: una guía personal, destinada a mejorar el conocimiento de los pacientes con cáncer de mama sobre los cuidados paliativos y facilitar su integración oportuna en el autocuidado del cáncer.	Inglés	Cuidado paliativo	Tipo de estudio: Ensayo controlado aleatorizado piloto. Población: Mujeres con cáncer de mama en etapa I-IV, pronóstico de ≥ 6 meses, mayores de 21 años, residentes en Connecticut, con cualquier tipo de tratamiento (cirugía, quimioterapia, radiación). Instrumentos: método estándar de ocultamiento de la asignación de SNOSE.

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Greer JA, Moy B, El-Jawahri A, Jackson VA, Kamdar M, Jacobsen J, et al. Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer. JNCCN J Natl Compr Cancer Netw. 2022;20(2):136–43.	Determinar el efecto de una intervención de Cuidado Paliativo estructurada en la documentación de las discusiones de atención al final de la vida en el registro de salud electrónico.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Ensayo aleatorizado. Población: pacientes con cáncer de mama metastásico que se encontraban dentro de las 8 semanas de cualquiera de los siguientes indicadores clínicos que significan un mal pronóstico. Instrumentos: Métodos de procesamiento de lenguaje natural, el software de PNL, ClinicalRegex, muestran notas clínicas que contienen frases sobre discusiones al final de la vida.
Caringal KS, Medina MF, Umali MJPS. A Study on the Association of Perceived Spiritual Beliefs, Practices, and Well-being of Breast Cancer Patients in a Tertiary General Hospital. Acta Med Philipp. 2022;56(3):106–12.	Determinar las asociaciones de creencias espirituales percibidas y prácticas espirituales con el bienestar espiritual percibido entre pacientes con cáncer de mama que consultan en la Universidad de Filipinas - Hospital General de Filipinas (UP-PGH).	Inglés	Calidad de vida	Tipo de estudio: Estudio transversal analítico mediante muestreo no probabilístico. Población: Mujeres con cáncer de mama de 19 años en adelante que consultaron en la Clínica de Cáncer de Mama en el Instituto del Cáncer. Médicamente estables, capaz de comunicarse verbalmente o por escrito; capaz de entender y comunicarse en filipino o inglés; y que dieron su consentimiento informado. Instrumentos: Uso de estadística descriptiva. Se usó cuestionario formulado por investigadores sobre creencias espirituales, prácticas y bienestar espiritual.

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Gayatri D, Efreimov L, Mikolajczyk R, Kantelhardt EJ. Quality of life assessment and pain severity in breast cancer patients prior to palliative oncology treatment in indonesia: A cross-sectional study. Patient Preference Adherence. 2021;15:2017–26.	Evaluar la puntuación de calidad de vida y gravedad del dolor en pacientes con cáncer de mama avanzado en el Hospital Nacional del Cáncer de Indonesia y las asociaciones entre los dominios de calidad de vida con las puntuaciones de calidad de vida y dolor.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Estudio transversal. Población: Mujer mayor de 18 años, diagnóstico de cáncer de mama avanzado; sin dificultad en la comunicación durante recopilación de datos, sin ayuda de cuidador, programadas para iniciar cuidados paliativos oncológicos. Instrumentos: Cuestionario para calidad de vida EORTC Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative Care. Escala analógica visual para medición de dolor.
Khalili SM, Ataei PJ, Hazi ni A, Nasiri M, Kariman N, Doulabi MA. Comparing the quality of life of women suffering from breast cancer receiving palliative care and ordinary care. Immunopathol Persa [Internet]. 2020;6(2):e22–e22. Available from: https://doi.org/10.34172/ipp.2020.22	Este estudio se realizó para comparar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que reciben cuidados paliativos y cuidados ordinarios.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Descriptivo-analítico. Población: Mujeres con cáncer de mama que habían completado la terapia cuatro semanas antes del estudio. Instrumentos: Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea, cuestionario complementario de cáncer de mama y el Cuestionario Internacional de Actividad Física.

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Sánchez-Pedraza R, Sierrra-Matamoros F, Morales-Mesa OL. Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en pacientes con cáncer en Colombia: un estudio transversal. 2017;68.	Comparar los niveles de calidad de vida (CV) entre pacientes que recibieron o no cuidado paliativo (CP), y que tenían diagnóstico de cáncer de mama u otros tipos de cáncer ginecológico.	Español	Calidad de vida	Tipo de estudio: Estudio de corte transversal. Población: Pacientes de sexo femenino, con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama o algún tipo de cáncer ginecológico. Instrumentos: Escala FACT-G para medir la calidad de vida. Análisis bivariados para evaluar la asociación entre CP y características demográficas.
de Oliveira Valentino TC, Paiva CE, Hui D, de Oliveira MA, Ribeiro Paiva BS. Impact of Palliative Care on Quality of End-of-Life Care Among Brazilian Patients With Advanced Cancers. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020;59(1):39-48.	Evaluar el impacto de los cuidados paliativos en la reducción de medidas agresivas durante el final de la vida.	Inglés	Cuidado paliativo	Tipo de estudio: longitudinal retrospectivo. Población: pacientes que fallecieron por cáncer avanzado entre 2010 y 2014. Instrumentos: Se utilizó la prueba de Mann-Whitney, y Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisherptaran. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS (IBM, Armonk, NY), versión 21.0

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Aboshaiqah A, Al-Saedi TSB, Abu-Al-Ruyhaylah MMM, Aloufi AA, Alharbi MO, Alharbi SSR, et al. Quality of life and satisfaction with care among palliative cancer patients in Saudi Arabia. Palliat Support Care. 2016;14(6):621-7.	Determinar la relación entre la calidad de vida y la satisfacción con la atención entre los pacientes con cáncer en cuidados paliativos en Arabia Saudita.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: estudio transversal. Población: pacientes de cáncer saudíes con un diagnóstico confirmado, mayores de 18 años. Instrumentos: cuestionario de atención (EORTC QLQ-C15-PAL), Satisfacción de Atención al Paciente. El EORTC IN-PAT-SAT32. Los datos fueron procesados y analizados utilizando el software IBM SPSS.
O'Connor TL, Ngamphaiboon N, Groman A, Luczkiewicz DL, Kuszczak SM, Grant PC, et al. Hospice utilization and end-of-life care in metastatic breast cancer patients at a comprehensive cancer center. J Palliat Med. 2015;18(1):50-5.	Examinar utilización de cuidados paliativos, estado de pacientes al ingreso y calidad de la atención de pacientes tratados por cáncer de mama metastásico entre 1999 y 2010 en un Instituto Nacional del Cáncer (NCI) designado centro oncológico integral ubicado en el oeste de Nueva York.	Inglés	Calidad de vida y cuidado paliativo	Tipo de estudio: Análisis retrospectivo. Población: Mujeres tratadas por cáncer de mama metastásico. cáncer en Roswell Park Cancer Institute. Instrumentos: Escala de rendimiento paliativo Palliative Performance Scale (PPS). Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS).

Referencia	Objetivo	Idioma	Área temática	Metodología
Weru J, Gatehi M, Musib A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. BMC Palliat Care. 2020;19(1):1–12	Comparar terapia de la dignidad versus atención habitual en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos	Inglés	Cuidado paliativo	Tipo de estudio: Ensayo de control aleatorizado. Población: Adultos de habla inglesa de entre 18 y 65 años con cánceres avanzados en etapas III y IV en la Universidad Aga Khan. Hospital Nairobi. Instrumentos: Evaluación de síntomas de Edmonton escala (ESAS), el modelo lineal general (GLM).

Resultados

La mayoría de los artículos seleccionados fueron publicados entre los años 2012 a 2022, en idioma inglés preferentemente 12 artículos y 1 en idioma español; el número de participantes de los estudios osciló entre 277; estudios específicos sobre cuidado paliativo fueron 3; 7 estuvieron dirigidos a cuidado paliativo relacionado con calidad de vida y 3 estudios sobre calidad de vida en específico. De este análisis emergieron 2 categorías propias de los pacientes: calidad de vida y aspectos psicológicos y emocionales en cuidado paliativo.

Características de los Pacientes

De acuerdo con los artículos seleccionados, se encontró distintas características personales y sociodemográficas, que se incluyeron en los estudios relacionados con cuidado paliativo y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, descritos a continuación.

Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con edades entre 21-60 años, la mayoría laboraban, tenían hijos y esposos, residentes en zonas urbanas, mastectomizadas o no, estadio avanzado (12), metastásico o no (13), con o sin mal pronóstico (14), en tratamiento con quimioterapia, radioterapia, tratamiento paliativo o convencional, con creencias espirituales y bienestar espiritual (15), la mayoría en un nivel académico de educación básica secundaria, con principales tratamientos oncológicos paliativos como la quimioterapia y la terapia hormonal (12).

Mujeres en etapa I-IV, con un pronóstico de ≥ 6 meses, tienen más de 21 años, hablan inglés y viven en Connecticut. Los participantes pueden recibir cualquier tipo de tratamiento (13).

Mujeres con cáncer de mama metastásico que asistían para tratamiento o seguimiento en dos centros de cáncer en el sureste de Inglaterra durante un período de 24 meses (16). Pacientes atendidos

mayores de 18 años, que fallecieron entre 2010 y 2014 (17), pacientes fallecidos (18).

Rango de edades de 50-59 años un 32,4%, estado civil: casados un 63%, religión: católicos romanos 75,8%, graduados de preparatoria 39,3%, desempleados 71,2%, en estadio 3 del cáncer 47,5% (15).

Calidad de Vida

Gayatri y colaboradores (12) manifestaron que la calidad de vida está influenciada por aspectos como lo son la edad, sexo, nivel educativo, estado civil, número de hijos, situación de vida y diagnósticos. Además, aspectos culturales como la espiritualidad/religiosidad. Una revisión sistemática indicó que las personas con cáncer avanzado que recibieron cuidados paliativos tenían una mejor calidad de vida y síntomas que aquellos con tratamiento convencional.

Zimmerman y colaboradores (19) declararon que la calidad de vida tiende a disminuir gradualmente en el último año de vida, con una fuerte caída en los últimos 2-3 meses.

Drageset S y colaboradores (20), aseguraron que la calidad de vida era mejor entre personas que recibían quimioterapia a diferencia de los que solo recibían atención de apoyo; por último, la calidad de vida en los siguientes artículos se encuentra descrita en diferentes dimensiones:

En los estudios relacionados con calidad de vida, los instrumentos evalúan el constructo a través de diferentes dimensiones, entre ellas las identificadas en el marco de este artículo: dimensión física, psicológica, social y espiritual.

Dimensión Física

Drageset y colaboradores (20) afirmaron que el manejo farmacológico del dolor en pacientes ambulatorias quimioterapia paliativa alivió significativamente el dolor y mejoró la calidad de vida, Sánchez-Pe-

draza y colaboradores (21) aseguró que hubo mayor proporción de personas con estadios avanzados que recibieron cuidado paliativo, encontrando menor calidad de vida en personas remitidas a cuidado paliativo con respecto a los dominios de bienestar físico y funcional.

Gayatri y colaboradores (12) confirmaron que el manejo farmacológico del dolor en pacientes ambulatorias bajo quimioterapia paliativa alivió significativamente el dolor y mejoró la calidad de vida relacionada con el funcionamiento físico.

Dimensión Psicológica

Drageset y colaboradores (20) evidenció que la calidad de vida se vio fomentada de acuerdo al mejoramiento del funcionamiento emocional, perspectiva futura e insomnio; Reed E y colaboradores (16) mencionó que la mayoría de personas sintieron que su principal fuente de apoyo psicológico era la familia y los amigos y quienes recibieron servicios de apoyo formales sintieron que fueron beneficiosos para sobrellevar su enfermedad; Gayatri D y colaboradores (12) indicó que quienes no contaban con el apoyo de sus familiares, tenían una puntuación alta de ansiedad/depresión y una calidad de vida deficiente.

Dimensión Social

Drageset y colaboradores (20) definieron que la calidad de las interacciones con los proveedores de atención médica influyó en la forma en que las mujeres enfrentaron su cáncer. Reed E y colaboradores (16) concluyó que la calidad de las interacciones con profesionales de salud tenía un impacto en la forma en que las mujeres enfrentaban sus situaciones, mejorando su calidad de vida frente a la enfermedad.

Dimensión Espiritual

Caringal y colaboradores (15) y Gayatri D y colaboradores (12) determinaron que el hecho de tener fuertes creencias espirituales contribuye

a una perspectiva positiva y sensación de bienestar que influye en la calidad de vida, Drageset S y colaboradores (20) reveló que el cuidado paliativo centrado en la espiritualidad mejoró el bienestar emocional y la comodidad, además de reducir la ansiedad y la depresión.

Aspectos Psicológicos y Emocionales en Cuidado Paliativo

Aboshaiah y colaboradores (22) mencionaron que la función emocional de las personas con cáncer paliativo se asoció más estrechamente con la satisfacción general con la atención que la función física o el estado de salud global.

Schulman-Green y colaboradores (13) aseguraron que un mejor conocimiento de los cuidados paliativos, los comportamientos de auto-control y el manejo de los sentimientos conducirá a mejores resultados de salud.

Por otro lado, en 4 investigaciones se abarcaron los cuidados paliativos en una amplia dimensión, de Oliveira Valentino TC y colaboradores (17) y Greer A y colaboradores (14) consideraron que las personas con mayor derivación a cuidado paliativo temprano, tenían menor ingreso a UCI y requerían menos atención al final de la vida.

Calidad de Vida y Cuidado Paliativo

De otra forma, autores hablan de la calidad de vida y cuidado paliativo de manera integrada en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, Khalili y colaboradores (23) demuestran que la calidad de vida en pacientes con cuidado paliativo mejora significativamente al reducir factores como la depresión y el dolor, donde se vio reflejado gracias al aumento de apoyos sociales, y un incremento del apoyo familiar en cuanto al rol efectivo en la cultura Iraní, también entrenando a la familia para proporcionar ayuda emocional para el paciente; de igual forma afirma Gayatri y colaboradores (12) sostuvo que la calidad de vida aumenta y los síntomas disminuyen en personas con cuida-

do paliativo, teniendo en cuenta el alivio del dolor mediante medidas farmacológicas y tratamiento psicológico y conductual a diferencia de las mujeres que reciben tratamiento convencional. O'Connor y colaboradores (18) encontró que las derivaciones tempranas a servicios de hospicio permiten el manejo precoz de la angustia física y psicosocial como cuidado paliativo, obteniendo las personas que adquieren esta atención una mayor probabilidad de morir en el hogar, ya que las probabilidades de morir en un cuadro agudo y ser menos propenso a tener una directiva anticipada es aumentada.

De otro modo, Khalili y colaboradores (23) concluyeron que la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que recibieron cuidados paliativos es significativamente mejor que los pacientes que recibieron atención ordinaria, a pesar de las diferencias socioeconómicas entre países asiáticos y europeos, así mismo, el efecto de los paliativos produce reducción de los síntomas mejorando la calidad de vida. Las personas que recibieron cuidados paliativos que estaban en sesiones de fisioterapia tenían más actividad física que el grupo de atención ordinaria.

Aboshaiqah y colaboradores (22), sostienen que un aumento de la satisfacción y la función emocional como cuidado paliativo conduce a una mayor satisfacción general; Zimmermann C y colaboradores (19) confirma la anterior idea mencionando que pacientes que hicieron parte de intervenciones de cuidado paliativo obtuvieron una mayor satisfacción tanto emocional como física a diferencia de pacientes que solo tuvieron atenciones de control. A diferencia de los estudios mencionados anteriormente, Weru J y colaboradores (24) aseguró que, no se demostró que la terapia de dignidad incorporada en la atención de rutina mejore la calidad de vida de estas mujeres en comparación con la atención de rutina solamente.

Discusión

En este estudio, se investigó la evidencia asociada a calidad de vida y cuidado paliativo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, determinando que diversos factores ya sean sociodemográficos, culturales, académicos o características personales podrían influir positiva o negativamente en el acceso a terapia paliativa. A raíz del análisis de planteamientos de diversos autores, se postularon resultados de acuerdo con una serie de categorías que crean una visión integral con diferentes panoramas, cuestionando los cuidados paliativos y la calidad de vida desde dimensiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales. Esta investigación identificó frente a la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama que tener una creencia en un ser supremo al que pudieran recurrir en situaciones de agobio durante su enfermedad, generaba un bienestar espiritual, lo que llevaba a mayor afrontamiento y un aumento de la capacidad funcional (11), mientras que otros autores afirmaron que la espiritualidad conducían a enfrentar aspectos psicológicos y disminuir estados de depresión y ansiedad (12); otros estudios recientes demuestran que tanto el apoyo familiar (13) y el apoyo de pareja (14) fortalecen el afrontamiento, lo cual disminuyen diversos trastornos mentales como el depresivo que pueden ocurrir a raíz del impacto provocado al transcurrir la enfermedad con la aparición de síntomas que alteran la calidad de vida; sin embargo, después de someterse a tratamientos agresivos como la radioterapia, se afectan los factores financieros, lo que puede convertirse en una limitación al momento de acceder a otros servicios de salud comprometiendo su estado general (13); del mismo modo, cuando se habla de cuidados paliativos en otros estudios, autores como Bergqvist y colaboradores, plantearon que los personas más jóvenes, quienes tienen mayor economía y residencia en localizaciones urbanas, poseen mayores posibilidades de acceso a tratamiento paliativo(15), mientras que un estudio retrospectivo estadounidense, reflejó que las mujeres afrodescendientes tenían mayores probabili-

dades de recibir intervenciones agresivas al final de la vida de bajo valor, asociándose a un incremento de la tasa de mortalidad de esta población; así mismo, las mujeres afro no hispanas eran más propensas a no tener seguro médico, no estar casadas y residir en barrios de nivel socioeconómico más bajo en comparación con otros grupos raciales (16); de lo anterior, podemos aportar que las diferencias étnicas y culturales tienden a tener influencia frente a una oportunidad digna de atención en salud. En este contexto, el manejo sobre los cuidados paliativos tiende a ser un desafío, debido a que no se establece el momento exacto o más apropiado para iniciar esta terapia (17); incluso, investigadores como Kim y colaboradores mostraron que estos cuidados se priorizan a personas de la tercera edad, lo cual, el no tener oportunidades de utilizarlos en estadios tempranos, puede tener un impacto negativo(18), teniendo en cuenta que la calidad de vida tiende a disminuir gradualmente en el último año de vida, específicamente en los 2 a 3 meses, por lo que una pronta derivación, evidencia que tanto las remisiones a unidades de cuidados intensivos, como las muertes en instituciones hospitalarias disminuyen (19). Por otro lado, Hoeltgen y colaboradores en su estudio aseguran que, más del 30% de las personas que recibieron radioterapia paliativa experimentaron mejoras en su sintomatología, la investigación indica que la radioterapia puede ser efectiva para aliviar las manifestaciones clínicas presentes, especialmente cuando se administra con dosis más elevadas (20).

De acuerdo a la evidencia en artículos expuestos, los siguientes escritores sostienen la asociación entre el dominio de funcionalidad frente al cuidado paliativo y su relación con la calidad de vida; Weru y colaboradores asegura que, la capacidad funcional es uno de los aspectos más afectados comparados con los síntomas físicos (21); pero se ha evidenciado que los que usuarios con cáncer de mama que mayormente son remitidos a cuidados paliativos, son aquellos con una funcionalidad ya reducida (22), teniendo poca efectividad los cui-

datos propios de la enfermedad terminal al final de la vida, dado a que el objetivo de la terapias no se cumple a cabalidad; de hecho, se ha planteado que el diagnóstico de cáncer de mama a una edad más temprana y poseer un mayor número de hijos provoca menor bienestar social y funcional (23); sin embargo, ante una adecuada intervención paliativa, mejora significativamente la calidad de vida (24), independientemente de los factores asociados que puedan interferir, recordando además que la terapia paliativa integra aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales en pro de un bienestar. En una revisión sistemática con metaanálisis, se consideró esencial tener un enfoque individualizado al considerar la práctica de actividad física en el tratamiento paliativo de pacientes con cáncer avanzado, ya que debe tenerse en cuenta el historial de actividad física, el tipo de metástasis o estadio, el estado nutricional y otros factores para equilibrar cuidadosamente los riesgos asociados con el ejercicio y los beneficios que este puede aportar a la calidad de vida (25). Knoerl y colaboradores en su estudio “explorando el impacto del ejercicio y la rehabilitación mente-cuerpo”, determinó que la intervención produjo una mejora sustancial en el desempeño físico y cognitivo en mujeres con cáncer de mama, en comparación con la rehabilitación mediante ejercicio, un mes después de la cirugía. Además, la terapia de rehabilitación contribuyó a reducir las emociones de estrés y ansiedad desde el momento del diagnóstico hasta un mes después de la operación (26). Por otra parte, las personas que se encuentran en etapa tardía de la enfermedad y a su vez, interactúan con el personal médico acerca de sus preferencias, tienen mayores posibilidades de una atención menos agresiva al final de la vida, mejorando su calidad de vida y el proceso de duelo del cuidador (27); de igual manera, los pacientes desde su perspectiva aseguran que una atención de calidad, promueve un estado de confort y transición exitosa a cuidados paliativos (28), por esta razón, la interacción con los proveedores de salud y una atención temprana, conduce a menor probabilidad de morir en

un caso agudo (29). Adicionalmente, se encontró que en países con altos ingresos como Canadá prestan un servicio de asesoramiento psicológico paliativo, disminuyendo la tasa de ansiedad y depresión (30); mientras que en otro contexto, un estudio de investigación en Malasia descubrió que la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama experimentaban desafíos psicológicos no atendidos, como la preocupación acerca del futuro y sentimientos de tristeza; además, enfrentaban síntomas físicos como malestar, fatiga, y dolor. Este estudio pone de manifiesto que las personas con cáncer de mama enfrentan necesidades complejas y tienen acceso limitado a servicios de cuidados paliativos (31); en este sentido, otras investigaciones comprobaron que la atención de cuidados paliativos domiciliarios produce una mejora en diversos síntomas, como el dolor, las náuseas y la fatiga, fortaleciendo la autodependencia (32), autocontrol y autocuidado (33). Cabe mencionar, que durante la pandemia Covid-19, el estrés psicológico se evaluó, donde las pacientes paliativas con cáncer de mama se vieron afectadas por las restricciones y dificultades de acceso a las entidades de salud, sin embargo, la implementación de tele-consultas como intervenciones paliativas, lograron aumentar el nivel de satisfacción de quienes hicieron uso de estas.

Conclusiones

En conclusión, los resultados revelaron que una serie de factores sociodemográficos, culturales, académicos y personales pueden influir en el acceso a la terapia paliativa. Se encontró que la espiritualidad desempeña un papel importante en el bienestar de las mujeres con cáncer de mama, así como el apoyo familiar y de pareja. Sin embargo, factores financieros pueden convertirse en una limitación para acceder a servicios de salud después de tratamientos agresivos como la radioterapia. Las diferencias étnicas y culturales también influyen en la atención médica y los cuidados paliativos que reciben las pacientes. Además, la edad y el momento en que se inician, son aspectos

tos cruciales para mejorar la calidad de vida. En conjunto, estos hallazgos subrayan la compleja interacción entre la calidad de vida, los cuidados paliativos y una serie de factores que afectan el acceso y la efectividad de la atención médica en personas con cáncer de mama. Estos resultados pueden tener importantes implicaciones para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas en esta situación.

Referencias Bibliográficas

1. Salud O mundial del Cáncer de mama [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Salud OP del Cáncer de mama [Internet]. 2019. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
3. Organization WH. Globocan [Internet]. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
4. Moreno P, Gobernación Valle del Cauca, Secretaria de salud. De Enfermedades Crónicas Cáncer En Menores De 18 Años Cáncer De Mama Y Cuello Uterino Exposición a Flúor. 2018;77. Disponible en: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=-Tools2&lTipo=viewpdf&id=29786>.
5. México G de. Calidad de vida para un envejecimiento saludable [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De acuerdo con la OMS la calidad de vida es%3A&text=Es un concepto de amplio,” \(OMS%2C 2002\)](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De acuerdo con la OMS la calidad de vida es%3A&text=Es un concepto de amplio,” (OMS%2C 2002))
6. Minsalud. ABECÉ: Cuidados Paliativos. Minist salud-Colombia [Internet]. 2016;10. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

7. Salud OP del Fundamentos del cuidado paliativo. 2019; Disponible en: https://www.campusvirtualsp.org/es/courses/self-learning?field_nombre_del_curso_value=fu&field_sol_cursos_categoria_tid=All&captcha_sid=28611443&captcha_token=ebd7a8e-8f06251a347fd7e48c5553b03
8. Visentin A, De M, Mantovani F, Kalinke LP, Boller S, Maria L, et al. A terapêutica paliativa em adultos com câncer: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm* [Internet] [Internet]. 2018;71(2):272-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>
9. Ledoux M, Rhondali W, Lafumas V, Berthiller J, Teissere M, Piegay C, et al. Palliative care referral and associated outcomes among patients with cancer in the last 2 weeks of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(1):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000977>.
10. Miranda M, Miranda M. Transição para o cuidado paliativo exclusivo de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2021;74(5):1-8.
11. Caringal KS, Medina MF, Umali MJPS. A Study on the Association of Perceived Spiritual Beliefs, Practices, and Well-being of Breast Cancer Patients in a Tertiary General Hospital. *Acta Med Philipp*. 2022;56(3):106-12.
12. Gayatri D, Efremov L, Mikolajczyk R, Kantelhardt EJ. Quality of life assessment and pain severity in breast cancer patients prior to palliative oncology treatment in Indonesia: A cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:2017-26. doi:10.2147/PPA.S320972. PMC+1Taylor & Francis Online+1
13. Da Silva JGB, Costa DT, Lima Cavalcanti ID, Nogueira MC de BL, de Oliveira DA. Quality of life in women with breast cancer under radiotherapy. *Can Oncol Nurs J*. 2022;32(2):162-71.

14. Karlsen R V., Høeg BL, Dalton SO, Saltbæk L, Dehlendorff C, Johansen C, et al. Are education and cohabitation associated with health-related quality of life and self-management during breast cancer follow-up? A longitudinal study. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2023;62(4):407-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2199128>
15. Bergqvist J, Hedman C, Schultz T, Strang P. Equal receipt of specialized palliative care in breast and prostate cancer: a register study. *Support Care Cancer*. 2022;30(9):7721–30. doi:10.1007/s00520-022-07150-y. SpringerLink+1PMC+1
16. Giap F, Ma SJ, Oladeru OT, Hong YR, Yu B, Mailhot Vega RB, et al. Palliative care utilization and racial and ethnic disparities among women with de novo metastatic breast cancer in the United States. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2023;200(3):347-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10549-023-06963-7>
17. Chvetzoff G, Bouleuc C, Lardy-Cléaud A, Saltel P, Dieras V, Morelle M, et al. Impact of early palliative care on additional line of chemotherapy in metastatic breast cancer patients: results from the randomized study OSS. *Support Care Cancer* [Internet]. 2023;31(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07561-x>
18. Kim SJ, Patel I, Park C, Shin DY, Chang J. Palliative care and healthcare utilization among metastatic breast cancer patients in U.S. Hospitals. *Sci Rep* [Internet]. 2023;13(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-31404-2>
19. De Oliveira Valentino TC, Paiva CE, Hui D, de Oliveira MA, Ribeiro Paiva BS. Impact of Palliative Care on Quality of End-of-Life Care Among Brazilian Patients With Advanced Cancers. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;59(1):39-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.021>

20. Hoeltgen L, Meixner E, Hoegen P, Sandrini E, Weykamp F, Forster T, et al. Palliative Radiotherapy for Symptomatic Locally Advanced Breast Cancer. *Technol Cancer Res Treat*. 2023;22:1–8.
21. Weru J, Gatehi M, Musibi A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):114. doi:10.1186/s12904-020-00614-0. SpringerLink
22. Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros F, Morales-Mesa OL. Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(1):25–34. doi:10.18597/rcog.2979. Revista Colombiana de Obstetricia
23. Reed E, Simmonds P, Haviland J, Corner J. Quality of life and experience of care in women with metastatic breast cancer: A cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012;43(4):747–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.005>
24. Khalili SM, Ataei PJ, Hazini A, Nasiri M, Kariman N, Doulabi MA. Comparing the quality of life of women suffering from breast cancer receiving palliative care and ordinary care. *Immunopathol Persa* [Internet]. 2020;6(2):e22–e22. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/ipp.2020.22>
25. Toohey K, Chapman M, Rushby AM, Urban K, Ingham G, Singh B. The effects of physical exercise in the palliative care phase for people with advanced cancer: a systematic review with meta-analysis. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2023;17(2):399–415. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01153-0>
26. Knoerl R, Giobbie-Hurder A, Sannes TS, Chagpar AB, Dillon D, Dominici LS, et al. Exploring the impact of exercise and mind–

- body prehabilitation interventions on physical and psychological outcomes in women undergoing breast cancer surgery. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022;30(3):2027-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06617-8>
27. Greer JA, Moy B, El-Jawahri A, Jackson VA, Kamdar M, Jacobsen J, et al. Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer. *JNCCN J Natl Compr Cancer Netw*. 2022;20(2):136–43. doi:10.6004/jnccn.2021.7040.
 28. Aboshaiqah A, Al-Saedi TSB, Abu-Al-Ruyhaylah MMM, Aloufi AA, Alharbi MO, Alharbi SSR, et al. Quality of life and satisfaction with care among palliative cancer patients in Saudi Arabia. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):621–7.
 29. O'Connor TL, Ngamphaiboon N, Groman A, Luczkiewicz DL, Kuszczak SM, Grant PC, et al. Hospice utilization and end-of-life care in metastatic breast cancer patients at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med*. 2015;18(1):50–5.
 30. Atinafu BT, Demlew TM, Tarekegn FN. Among Palliative Care Patients with Cancer at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2022;32(2):331–42
 31. Shamieh O, Alarjeh G, Li H, Abu Naser M, Abu Farsakh F, Abdel-Razeq R, et al. Care Needs and Symptoms Burden of Breast Cancer Patients in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10787. doi:10.3390/ijerph191710787.
 32. Biswas J, Faruque M, Banik PC, Ahmad N, Mashreky SR. Quality of life of the cancer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(7 July):1-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>

33. Schulman-Green D, Linsky S, Jeon S, Kapo J, Blatt L, Chagpar A. Integrating palliative care into self-management of breast cancer: Protocol for a pilot randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2016;48:133-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2016.04.009>

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA FRENTE AL DUELO POR MUERTE DE FAMILIARES CON COVID-19: REVISIÓN DE ALCANCE

*Nursing Care for Bereavement of Family Members With COVID-19:
A Scope Review*

Dra. Dolly Villegas Arenas

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Lady Diana Alarcon Ojeda

<https://orcid.org/0000-0003-3977-5535>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Daniel Elías Carmona Rivera

<https://orcid.org/0000-0003-2911-3562>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Laura Valentina Rengifo Meneses

<https://orcid.org/0000-0002-0343-6622>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

Resumen

Introducción: El duelo por la pérdida de seres queridos debido al COVID-19 es un proceso doloroso e impactante en la vida de numerosas personas a nivel global. La pandemia, con su rápida difusión y consecuencias devastadoras, no solo generó una crisis de salud nunca vista, sino que, causó un profundo impacto emocional en aquellos que tuvieron que lidiar con la pérdida de seres queridos. Este duelo suele

Cita este capítulo

Villegas Arenas, D., Carmona Rivera, D. E., Alarcón Ojeda, L. D., & Rengifo Meneses, L. V. (2025). El cuidado de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19: Revisión de alcance. En Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 103-136). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

ser acompañado de emociones de desamparo y soledad, necesita un lugar de reflexión y respaldo para manejar las emociones y hallar maneras de seguir adelante, respetando la memoria de aquellos que ya no están intentando reconstruir la esperanza en medio de la adversidad. **Objetivo:** Describir los cuidados de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19., Según el lenguaje estandarizado de enfermería. **Metodología:** Se realizó una revisión de alcance relacionada con los cuidados de enfermería que apoyen el duelo de familiares frente al fallecimiento de un familiar con COVID-19. **Resultados:** Se identificaron tres categorías de necesidades para definir los cuidados, Apoyo emocional, apoyo de familiares/amigos y apoyo de servicios de duelo, que permitieron cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Apoyo emocional, aumento de los sistemas de apoyo, facilitar el duelo y apoyo de servicios de duelo. **Conclusión:** La pandemia de COVID-19 ha alterado drásticamente la forma en que las personas llevan el duelo, los síntomas de duelo experimentados por los familiares, aunque finalmente disminuirán, este proceso de recuperación requerirá modos de intervención por parte de profesionales de enfermería para el curso de duelo saludable.

Palabras clave: Duelo, cuidado, familia, mortalidad, COVID-19.

Abstract

Introduction: Grieving the loss of loved ones due to COVID-19 is a painful and impactful process in the lives of numerous people globally. The pandemic, with its rapid spread and devastating consequences, not only generated a health crisis never seen before, but also caused a profound emotional impact on those who had to deal with the loss of loved ones. This grief is often accompanied by emotions of helplessness and loneliness, needing a place of reflection and support to manage emotions and find ways to move forward, respecting the memory of those who are gone and trying to rebuild hope in the midst of adversity. **Objective:** To descri-

be nursing care for bereaved family members with COVID-19 according to standardized nursing language. **Methodology:** A scoping review was conducted on nursing care that supports family bereavement after the death of a family member with COVID-19, **Results:** Three categories of needs were identified to define care, Emotional support, family/friend support and bereavement services support, which allowed nursing care according to NANDA, NIC, NOC taxonomy. Emotional support, augmenting support systems, facilitating bereavement and bereavement services support. **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has drastically altered the way people grieve, the grief symptoms experienced by family members, although they will eventually diminish, this recovery process will require modes of intervention by nursing professionals for the course of healthy grieving.

Keywords: Grief, care, family, COVID-19.

Introducción

Aunque el duelo es una parte natural de la experiencia humana, esta es intensamente dolorosa y tiene impacto negativo en la salud física y mental (1), se pueden ver las más de 6,485,090 millones de muertes atribuibles a la COVID-19 en todo el mundo al 28 de agosto de 2022 (2) y es notable una mortalidad excesiva y medidas de protección restrictivas en la salud pública. Estas situaciones han llevado a que muchas personas experimentaran duelo en circunstancias extraordinarias debido a las muertes en las diferentes instituciones de salud, durante este tiempo de pandemia, han diferido en muchos aspectos de lo “normal” por lo tanto, los rituales y ceremonias se vieron interrumpidos por las medidas de confinamiento limitando el apoyo disponible y exponiendo a otros desafíos psicosociales asociados con vivir una pandemia (3- 4-5). Hay factores que influyen en las complicaciones relacionadas con el duelo y, entre ellos está la falta de preparación avanzada para la pérdida y menos redes sociales de apoyo (6-

7). Los factores asociados con el desarrollo de duelo complicado son comúnmente experimentados por las personas en duelo durante la pandemia, lo que sugiere que un número considerable de personas viven con secuelas psicológicas, físicas y sociales a largo plazo de su experiencia de duelo relacionado con la pandemia.

Los estudios que abordan el duelo durante la pandemia han encontrado que el duelo prolongado y complejo es común (8-9). Es importante destacar que estas reacciones se han relacionado con experiencias particulares. La imposibilidad de asistir al funeral restringido y agonizante y los rituales posteriores a la muerte se han asociado con sentimientos de ira, culpa y falta de aceptación de la muerte (10).

De esta manera, es importante resaltar la asistencia afectiva, ya que en los dolientes surgen sentimientos de ansiedad y tristeza, pero aprecian sentirse atendidos con empatía, recibiendo información efectiva sobre el estado y pronóstico de su familiar y los demás servicios de apoyo que tiene a su disposición para facilitar el curso del duelo (11). Es fundamental examinar el papel que asumen los enfermeros ante este problema y más cuando estudios comprueban que cuanto más cerca estaba el paciente de la muerte y, a menudo, usaban tecnología de video para estas interacciones con sus familiares (12) los niveles de angustia psicológica en personas que pudieron visitar en el momento de la muerte disminuyeron. Por lo tanto, este artículo describe los cuidados de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19, teniendo en cuenta el lenguaje estandarizado de enfermería.

Metodología

El presente estudio es una revisión de alcance entendida como resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica (13), en este caso relacionada con los cuidados de enfermería que apoyen el duelo de familiares frente al fallecimiento de un familiar con COVID-19.

Recolección de la Información

Primera Fase

A partir de la Metodología PICO: (población, Intervención, Comparación Resultado), se formuló la pregunta problema: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19, según el lenguaje estandarizado de enfermería?

Criterios de Selección: De Inclusión: Se consideraron elegibles sobre el tema aquellos artículos disponibles en inglés y español y publicados entre noviembre de 2019 y marzo de 2022, la búsqueda se realizó a través de los motores de búsqueda de Sciencedirect, SageJournals, OXFORT Academic, Scopus, PubMed; se utilizaron las combinaciones de los operadores booleanos AND, OR y para garantizar el uso correcto de los términos se consultó los descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS); las palabras clave utilizadas fueron: Duelo, cuidado, familia, COVID-19, la búsqueda comprendió el periodo entre noviembre 2019 - marzo de 2022. Criterios de exclusión: Documentos que no se logre acceder completamente.

A partir del objetivo, los criterios de selección y tras la combinación de los diferentes descriptores en los buscadores, se realizó la primera aproximación a cada uno de los registros identificados. En el proceso de selección se examinaron títulos y resúmenes para descartar los estudios irrelevantes, se buscaron los textos completos de aquellos estudios potencialmente relevantes y se verificó su adecuación a los criterios de inclusión.

Los registros obtenidos en esta primera fase fueron 438 publicaciones que incluían los términos de búsqueda, se excluyeron 20 por duplicados en las diferentes bases de datos y 96 por no responder la pregunta orientadora; se excluyeron 311 que no cumplieron los criterios de elegibilidad, para un total de 11 estudios elegibles. Tabla 1

Tabla 1.

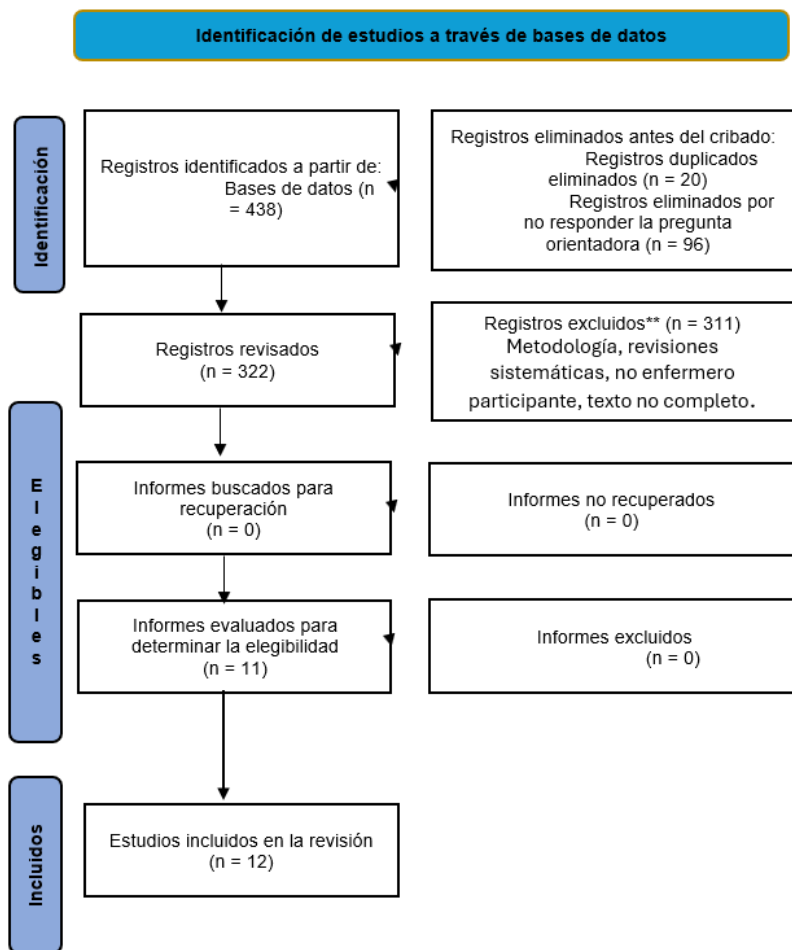
Evolución de búsqueda inicial en las bases de datos electrónicas.

Base de datos	Algoritmos y ecuaciones de búsqueda	N.º identificados	Trabajos seleccionados
Sciencien-direct	COVID 19 AND NURSE AND Bereavement OR GRIEF	108	4
SageJour-nals	[All bereavement and death and covid] AND [All nurse]	290	2
OXFORT Academic	Duel AND death AND covid	10	0
PubMed	COVID 19 Family Visits AND Death OR Berea-vement AND COVID 19 AND Bereavement	30	5
TOTAL		438	11

El proceso de identificación, filtrado y selección de los textos fue rea-lizado mediante el diagrama de flujo PRISMA gráfica 1, que resalta la trazabilidad de los documentos identificados.

Figura 1.

Diagrama de flujo de prisma El cuidado de enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19: Revisión de alcance



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7

Segunda Fase

Los 11 artículos seleccionados en la fase anterior fueron sometidos a un análisis de contenido realizado por los investigadores, se realizó lectura crítica del texto completo que permitió verificar nuevamente los criterios de selección y valorar el rigor metodológico a partir de los criterios Joanna Briggs Institute (14). La revisión de los documentos y su respectiva clasificación se realizó en forma cruzada por parte de los autores, los desacuerdos se resolvieron por consenso entre los autores.

Tercera Fase

La consolidación de la información se realizó en una hoja de cálculo con las principales características: título, autor, fecha, lugar, objetivo, metodología y resultados, permitiendo una mirada a los estudios.

Integración de los Resultados

La fase analítica permitió identificar 11 documentos y a partir de la caracterización, se establecieron categorías de análisis relacionadas con los cuidados o apoyos para favorecer el duelo durante la pandemia por COVID-19. Tabla 2.

Tabla 2.

Características de los artículos que soportan la revisión de alcance

N.º	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
1	Necesidades de apoyo y barreras para acceder al apoyo: resultados de referencia de una encuesta nacional de métodos mixtos de personas en duelo durante la pandemia de COVID-19	Emily harrop, Silvia Goss, Damián Farnell, Mirella Longo, Anthony Byrne, Kali Barau, Anna Torrens-Burton, Annmarie Nelson, Kathy Seddon, Linda Maquin, Eileen Sutton, Audrey Roulston, Anne Finucane, Alison Penny, Kirsten V Smith, Stephanie Sivel, Lucy E. Selman	Reino Unido 2021	Longitudinal descriptivo	Se identificaron necesidades de alto nivel de apoyo emocional. La mayoría de los participantes no habían buscado apoyo en los servicios de duelo (59 %, n = 422) ni en su médico de cabecera (60 %, n = 428). De los participantes que habían buscado dicho apoyo, más de la mitad experimentaron dificultades para acceder a los servicios de duelo (56 %, n = 149) /apoyo de un médico general (52 %, n = 135). Alrededor del 51% reportó una vulnerabilidad alta/severa en el duelo; entre estos, el 74% no accedía a servicios de duelo o de salud mental.
2	Morir en tiempos de COVID-19: Experiencias en diferentes entornos de atención: un estudio de cuestionario en línea entre familiares en duelo (el estudio CO-LIVE)	Berivan Yildiz, Ida J Korfage, Erica FE Witkamp, Anne Goossensen, Liza GG van Lent4, H Roeline Pasman, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Masha Zee and Agnes van der Heide	Países Bajos 2022	Observacional Descriptivo	Los familiares en duelo de pacientes que fallecieron en un hospital evaluaron con mayor frecuencia la atención médica (79 %) como suficiente, mientras que la atención médica (54,5 %) fue evaluada con menos frecuencia como suficiente en las residencias de ancianos. El apoyo emocional a los familiares se evaluó con mayor frecuencia como suficiente en el hogar (67,7 %) y con menos frecuencia en las residencias de ancianos (40,3 %). El apoyo emocional suficiente para los familiares se asoció con una mayor probabilidad de calificar el lugar de la muerte como apropiado.

N.º	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
3	Experiencias de los profesionales de la salud y la asistencia social en la prestación de cuidados al final de la vida durante la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo	Jeffrey R Hanna, Elizabeth Rapa, Louise J. Dalton, Romero Hughes, Louise M Quarmby, Tamsin McGlinchey, Warren J. Donnellan, Kate M. Bennett, Catriona Mayland*, Stephen R Mason*	Reino Unido 2021	Cualitativo	Los datos representan las experiencias de los profesionales de brindar atención al final de la vida en el hospital (n = 10), hospicio (n = 3) y hogar de cuidado (n = 3) ajustes en las últimas semanas y días de vida. En general, se identificaron dos temas: (1) desafíos y facilitadores para brindar atención al final de la vida durante la pandemia de COVID-19, y (2) necesidades de apoyo de los familiares cuando un miembro de la familia estaba muriendo durante la pandemia de COVID-19
4	Morir por COVID-19 : soledad, discusiones sobre el final de la vida y apoyo para pacientes y sus familias en hogares de ancianos y hospitales. Un estudio de registro nacional	Peter Strang, Jonas Bergström, Lisa Martinsson, Staffan Lundström	Suecia 2020	Observacional Descriptivo	No hubo diferencias estadísticas en la proporción de discusiones de EOL para pacientes, mientras que las discusiones de EOL para familiares fueron más comunes en los hospitales (P < 0.05). Se ofreció una oferta de charlas de seguimiento a uno o dos meses después, junto con el 82% de muertes en hogares de ancianos y el 73% en hospitales (P < 0,05). Por el contrario, el personal estuvo presente en el momento de la muerte en el 55 % de los casos en residencias de ancianos y en el 38 % de los hospitales (p < 0,001).

N.º	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
5	Consejería de duelo de enfermeras para familiares en duelo de pacientes con COVID-19 en Wuhan, China: una encuesta transversal.	Kong, Chan ; Tan, Lingling; Gao, Xudong; Fan, Hongru ; Zhang, Juan ; Wang, Zhimin; Wang, Jing.	China 2021	Observacional Descriptivo	La puntuación media de AGCS fue de 32,89 (DE = 9,46), con una puntuación de tasa porcentual general del 65,6 %. Los factores que influyeron en las actitudes hacia la consejería de duelo incluyeron otras habilidades de consejería de duelo, nivel educativo, habilidades de comunicación y capacitación relacionada con la consejería de duelo ($p < 0.05$). La puntuación media de SGCS fue de 18,81 (DE = 4,25), con una puntuación de tasa porcentual general del 58,7 %. Los factores que influyeron en las habilidades de consejería de duelo incluyeron responsabilidades y roles, frecuencia de contacto con los dolientes y una visión positiva de la consejería de duelo
6	Apoyo de duelo en la primera línea de COVID-19: recomendaciones para médicos de hospitales	Lucy E. Selman Davina Chao, Ryann Sowden, Steve Marshall, Charlotte Chamberlain, Jonathan Koffman	Reino Unido 2020	Cualitativo	Los profesionales de la salud y de la atención social, y aquellos que brindan apoyo a los dolientes de manera informal, pueden alentar a quienes están de duelo a expresar su dolor y comunicarse con otros, en línea o por teléfono, cartas o videos. Aunque estos métodos no pueden reemplazar la conversación cara a cara y el afecto físico, permiten la conexión en el interin.
7	Testigos y víctimas: trabajadores de la salud y duelo en tiempos de COVID-19	Michael W. Rabow, Chao-Hui S. Huang, PhD, MA, medicina, Gloria E. White-Hammond, Rodney O. Tucker	USA 2021	Cualitativo	Con el alcance y la imprevisibilidad de la actual crisis de salud pública de COVID-19, debemos reconocer una creciente crisis mundial de salud mental, incluso entre los trabajadores de la salud. Si bien nadie puede predecir definitivamente lo que se necesita para que los trabajadores de la salud se lamenten, se aflijan, procesen y sanen en tiempos de COVID-19, es imperativo tratar de prevenir cuando sea posible y reparar cuando sea necesario el daño psicológico causado por la pandemia.

N.º	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
8	Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente	María Antonia Lacas- ta-Reverte, Marta To- rrijos Zarcero, Yolanda López-Pérez, Diego Carracedo San- chidrián, Teresa Pérez Manrique, Carlos Casado Sanmartín, Cristina Rocamora González, Laura Blanco Rosado2, Noelia Iglesias Gutiérrez, Emma Vidal Bermejo, Daniel Trigo Varel y Jesús Martí-Esquitino	España 2020	Observacional Descriptivo	La edad media de los fallecidos fue de 76 años. El 58 % eran hombres. Los familiares atendidos fueron hijo/a (54 %), cónyuge o pareja (20 %), hermano/a (2 %). En relación con el lugar de fallecimiento, el 41 % en plantas de hospitaliza- ción, el 27 % en Urgencias, el 22 % en la planta de cuidados paliativos y el 10 % en UCI. El tipo de atención fue en el 53 % de los casos telefónica, en el 16 % presencial, en el 12 % telefónica y presencial y en el 3 % a través de videollama- da. En un 63 % de las veces se realizó apoyo, asesoramiento puntual o atención específica ca mientras que en el 37 % se ofreció apoyo y disponibilidad.
9	“Decir adiós solo y sin un apoyo cercano fue difícil” - Morir durante la pande- mia de COVID-19: una encuesta en línea entre fami- liares en duelo sobre la atención al final de la vida de pacientes con o sin infección por SARS-CoV2	Karlotta Schloesser, Ste- ffen T Simón, berenike pauli, raymond voltz , charlotte leisse, agnes van der heide, Ida J. Korfage, Ana Pralong , claudia bausein , melanie joshi, julia strupp	Alema- nia 2021	Observacional Descriptivo	La carga para los familiares en el ámbito hospitalario fue mayor en comparación con los familiares de los pacientes que fallecieron en el hogar. 45/81 y 44/81 familiares respec- tivamente relataron que médicos y enfermeras tuvieron tiempo para discutir el estado del paciente. Sin embargo, los familiares informaron de una falta de comunicación proactiva por parte de los profesionales de la salud.

N.º	Título	Autores	Año	Metodología	Resultados
10	Estrategias para hacer frente a las muertes relacionadas con COVID entre los miembros de la familia	Lidia Borghi y Julia Menichetti	Italia 2021	Cualitativo	En la situación de COVID-19, la mayoría de los instrumentos que los psicólogos conocen como útiles para los pacientes y las familias que enfrentan una muerte en el hospital, como la participación familiar, la presencia física, la información clara y la preparación han sido negados. Las muertes por COVID-19 son solitarias, sin rituales tradicionales, a menudo inesperadamente rápidas, sin información ni preparación claras, y con puentes de comunicación limitados o interrumpidos- Por lo tanto, las muertes por COVID-19 en el hospital, especialmente durante las fases de emergencia de la pandemia, cuando los italianos estaban encerrados, podrían vivir como “malas muertes”, afectando la intensidad y la calidad de las reacciones de duelo de los familiares.
11	Encuesta transversal para evaluar la consejería de duelo de los trabajadores de la salud para familias en duelo de víctimas de COVID-19 en Wuhan, China	Xudong Gao, zhimin wang, chan kong, Abanico Hongru, jian zhang, JingWang, Bronceado lingling y jinyao wang	China 2021	Observacional Descriptivo	Los principales factores de influencia de las habilidades de consejería de duelo consistieron en el sentido de responsabilidad, la frecuencia de contacto con las familias en duelo y la capacitación, los factores negativos fueron la falta de responsabilidad, la baja frecuencia de contacto con las familias en duelo y la falta de capacitación pertinente.

Resultados

La revisión de alcance se soporta en 11 artículos de los cuales la mayor producción de artículos fue el 2021 con 7 artículos, seguido del 2020 con 3 y en menor medida el año 2022 con 1 artículo. De la misma forma, la procedencia de los artículos es variada, no se evidencia alguno realizado en el contexto colombiano, se evidencia que la distribución para la producción científica se llevó a cabo en diferentes países de la siguiente manera: 3 de Reino unido, 2 de china, 1 de España, 1 de USA, 1 de Alemania, 1 de Países Bajos, 1 de Italia y 1 de Suecia. De la misma forma, 10 artículos se encuentran escritos en el idioma inglés y 1 en español. En cuanto al tipo de estudio se evidencia: seis observacional descriptivo, 4 metodologías cualitativas y uno con longitudinal descriptivo.

Los estudios incluidos en esta revisión informaron sobre los programas de apoyo y las intervenciones de duelo en respuesta a la pandemia de COVID-19. Las intervenciones se centraron en estrategias psicoeducativas, evaluación de riesgos de trastorno por duelo prolongado (PGD) y otros problemas de salud mental y brindaron atención especializada a personas con necesidades complejas. La mayoría de las intervenciones y programas involucraron apoyo local, comúnmente en entornos clínicos. En todos los programas, el apoyo fue brindado por psicólogos, psiquiatras, terapeutas y enfermeras. El compromiso del personal y un plan estructurado fueron elementos positivos clave para los dolientes.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, los investigadores realizaron 3 categorías de necesidades de apoyo evidenciado en las muestras seleccionadas: Apoyo emocional, apoyo de familiares/amigos y apoyo de servicios de duelo. Tabla 3. Es importante tener en cuenta que los autores documentados coinciden en que las circunstancias de las muertes ocasionadas por el COVID-19 suponen un factor de riesgo de empeoramiento del proceso de duelo en los familiares

y estas necesidades son las más comunes que se observan en los estudios.

Se evidencia una variedad de medidas propuestas para estas necesidades, controlando los factores de riesgo que agravan el duelo. Los autores hacen referencias a medidas que podrían mitigar estos factores de riesgo y facilitar el correcto proceso.

Tabla 3.

Necesidades de apoyo evidenciadas para el duelo

NECESIDADES DE APOYO		
Tipo de necesidad	Definición	Estudio
Apoyo emocional	Son todas las actividades que implica promover la capacidad de cuidar, escuchando de manera empática y activa al otro. (presencia, escucha, garantías y confirmación).	• María Revert et al, 2020 • Michael W. Rabow et al 2021 • Berivan Yildiz et al 2022 • Harrop, Goss, S. et al 2021
Apoyo de familiares/amigo	Acciones implican comunicación efectiva con los familiares acerca de la situación, calidad de cuidados al enfermo, disponibilidad de atención formación acerca del duelo y sobre los recursos disponibles.	• Peter Strang et al 2020 • Lucy E. Selman et al 2020 • Karlotta Schloesser, et al 2021 • María Revert et al, 2020
Apoyo de servicios de duelo	Necesidad de asesoramiento por el psicólogo del equipo de cuidados paliativos o servicio especializado. (Psicólogo de Cuidados Paliativos, Atención Primaria o Salud Mental).	• Kong, C., et al 2021 • Lidia Borghi y Julia Menichetti et al 2021 • Harrop, Goss, S. et al 2021 • Hanna, Jeffrey R. et al 2021 • Xudong Gao et al 2021 • Lucy E. Selman et al 2020

Necesidades de Apoyo Emocional

Todos los autores de la presente revisión bibliográfica coinciden en la importancia de abordar el duelo desde apoyo emocional. Sin embargo, algunos hacen más énfasis que otros. Berivan y otros aseguran que muchos de los participantes reportaron niveles de necesidad altos/bastante altos debido a que lidiar con el duelo sacó a flote sentimientos sobre la forma en que murió el ser querido y expresar los sentimientos de ansiedad y depresión, el sentirme comprendido por los demás fue una de las necesidades que manifestaron suplir los familiares (3). De la misma forma, Rabow et al (11) y Borghi et al. (4) afirman que el apoyo emocional suficiente para los familiares se asoció con una mayor probabilidad de calificar el lugar de la muerte como apropiado y recalcan que los pacientes hospitalizados y sus familias valoran especialmente sentirse escuchados y tratados con compasión por los profesionales sanitarios. Por su parte, Borghi (4) agrega que es plausible que este importante aspecto se haya priorizado ya que los familiares en duelo indicaron que el apoyo emocional proporcionado por los profesionales de la salud era insuficiente, y los familiares destacaron su necesidad el apoyo emocional esencial cuando la persona fallecida estaba al final de su vida.

Borghi y otros (4) continúan agregando que el acceso a cuidados paliativos especializados debe estar ampliamente disponible y sobre todo abordado desde las necesidades de atención emocional de los familiares, ofreciendo un apoyo práctico, emocional y social a los pacientes y sus familiares. Por último, concluyen que el apoyo emocional a los familiares, las restricciones de atención y el lugar de la muerte fueron factores importantes que influyeron en su evaluación del lugar apropiado de la muerte (4).

Necesidades de Apoyo de Familiares/Amigo

Si bien estas necesidades pueden entenderse como las anteriores y efectivamente hacen parte de estas ya que están dirigidas a familia-

res y amigos del paciente, se diferencian en cuanto las necesidades de apoyo de familiares/amigos deben de considerar una información y comunicación efectiva con los familiares acerca de la situación y calidad de cuidados al enfermo y disponibilidad de atención psicológica o de otros especialistas, todo esto con el fin de facilitar una elaboración saludable del duelo. Reverte y colaboradores (10) identifican que los familiares pueden correr un riesgo particular resultado de un duelo deficientes (p. ej., debido al aislamiento social) y para mejorar la satisfacción de los familiares/amigos en duelo, el seguimiento y el apoyo parte de los proveedores de atención médica con la atención al final de la vida es primordial.

También Strang et al (15) recomiendan que los equipos clínicos ayuden a permitir la comunicación entre el paciente y su familia a través de medios virtuales, siguiendo las pautas de control de infecciones para los dispositivos, especialmente si no es posible una visita en persona. Así mismo, recomiendan que los médicos realicen principalmente visitas semanales o visitas agudas cuando es necesario charlas de seguimiento (apoyo de duelo) a los familiares. Por otro lado, Selman et al (1) enfatizan en que estas necesidades deben de estar mediadas por conversaciones con familiares antes del fin de vida y mantenerse en oferta charlas de seguimiento a uno o dos meses después. A su vez recalcan que la presencia de alguien en el momento de la muerte significa que la familia/parientes y/o el personal (incluidos los capellanes del hospital) o ambos logran una diferencia notoria En el proceso de duelo.

Asimismo, Schloesser et al. (5) mencionan que al estar implicados tantos procesos emocionales recomiendan la figura del psicólogo a modo de enlace de consulta, para actuar a modo de mediador y reducir la desinformación, a la vez que se realicen intervenciones a pequeña escala ya pueden ser beneficiosas para reducir los síntomas del duelo.

Apoyo de Servicios de Duelo

En cuanto a los servicios de duelo se evidencia que la disponibilidad del protocolo de actuación en duelo por COVID-19 en la intranet del hospital, los carteles distribuidos en las diferentes unidades, así como la comunicación más informal es de mucha importancia en un duelo por la COVID-19 (10-11). Por otro lado, los estudios arrojan que se debe considerar un duelo previo en el cual la implicación del personal sanitario debería llevarse a cabo tanto con el paciente como con la familia de este (7,9). Además, procurarse comodidad física, autonomía, sentido, preparación y conexión interpersonal que faciliten las conversaciones de la familia tanto con los pacientes como con el personal a cargo y para mejorar la implicación con los pacientes más graves (4).

Otra de las medidas evidenciadas fueron las soluciones a las necesidades espirituales de los pacientes (7). También, las mejoras de habilidades de consejería de duelo por parte de los trabajadores de la salud deben consistir en el sentido de responsabilidad, la frecuencia de contacto con las familias en duelo y la capacitación ya que permite con mejores actitudes y minimiza los factores de riesgo (6-9). Obtenga el apoyo de profesionales de la salud aliados de otras especialidades dentro del hospital, cuya carga de trabajo puede haber disminuido durante la pandemia, para ayudar a brindar apoyo psicosocial a las familias en duelo (1,13).

Cuidados de Enfermería Frente al Lenguaje Estandarizado de Enfermería

La revisión de los artículos permitió plantear un plan de cuidados de Enfermería, a partir de las necesidades y los programas establecidos, y teniendo como referencia la taxonomía Nanda NIC - NOC. (16) Tabla 4.

Tabla 4.

Plan de cuidados de Enfermería frente al duelo por muerte de familiares con COVID-19

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC					
VALORACIÓN	Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN			
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DIAGNÓSTICO	DOMINIO: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN LIKER	PUNTUACIÓN DIANA
	CIASE: 2 Respuestas de afrontamiento				Mantener
	CÓDIGO DE DX: 00136				Aumenta

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC						
VALORACIÓN	Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN				
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
ETIQUETA						
Duelo		Dominio:	130412 man- tiene el entor- no de vida	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente de- mostrado 5. Siempre demostrado	3	5
		Dominio III: Salud psicosocial	130414 refiere sueño ade- cuado		2	5
RC		CLASE			3	5
Muerte de persona significativa		N-Adaptación psicosocial	130417 busca apoyo social			
M/P		RESULTADOS	130418 com- parte la pérdida con otros seres queridos			
(Cada individuo manifiesta su duelo de manera diferente)		1304-Resolución de la aflicción				
EJECUCION						

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC							
VALORACIÓN		Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN				
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							
CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	3. CONDUCTUAL	CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	3. CONDUCTUAL
INTERVENCIÓN: 5270 Apoyo emocional				INTERVENCIÓN: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo (apoyo de familiares y amigos)			
Actividades:				Actividades:			
- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.				- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. - Implicar a la familia/allegados/amigos para brindar apoyo.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC			
VALORACIÓN	Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN	
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
FUNDAMENTACION (Referencia Bibliográfica) “Los principales objetivos que deben dirigir la actuación de enfermería son: Mejorar la calidad de vida del paciente, favorecer sus relaciones sociales, disminuir el estrés y aumentar la autoestima. Para ello uno de los principales recursos a utilizar es la escucha activa y el acompañamiento.” Investigación RS. Papel de la enfermería ante el proceso de duelo tras un fallecimiento [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermeria-ante-el-proceso-de-duelo-tras-un-fallecimiento/		FUNDAMENTACION (Referencia Bibliográfica) “Los objetivos principales de la intervención de Enfermería son: Ayudar y acompañar al paciente y a la familia en el proceso de duelo, proporcionándoles un ambiente terapéutico que aumente la sensación de control de la situación y asegure el máximo nivel de control durante todo el proceso.” Zamorano Bayarri E. Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. Semergen [Internet]. 2004 [citado el 28 de septiembre de 2022]; 30:8-11. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-manejo-duelo-atencion-primaria-conceptos-basicos-13066277	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC						
VALORACIÓN	Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN				
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	3. CONDUCTUAL	CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO
INTERVENCIÓN: 5290 Facilitar el duelo						
Actividad:		INTERVENCIÓN: Apoyo de servicios de duelo				
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida. - Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. - Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo. - Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda. - Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.		Actividad: - Determinar la necesidad de asesoramiento por psicología. - Solicitar asesoramiento al paciente por parte del psicólogo del equipo de cuidados paliativos.				

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA -NOC Y NIC		
VALORACIÓN	Paciente que cursa por duelo	PLANEACIÓN
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)
FUNDAMENTACION (Referencia Bibliográfica) Investigación RS. Papel de la enfermería ante el proceso de duelo tras un fallecimiento [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-la-enfermeria-ante-el-proceso-de-duelo-tras-un-fallecimiento/		FUNDAMENTACION (Referencia Bibliográfica) Enfermería debe: Valorar la respuesta que paciente y familia tienen ante la situación que están viviendo, conocer en qué fase se encuentran y cuáles son sus necesidades información y comunicación. Estimar que nivel de apoyo, soporte físico y emocional tiene el paciente e Identificar otros elementos que puedan causar estrés en el paciente. Zamorano Bayarri E. Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. Semergen [Internet]. 2004 [citado el 28 de septiembre de 2022]; 30:8-11. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-manejo-duelo-atencion-primaria-conceptos-basicos-l3066277

Discusión

Los hallazgos de esta revisión bibliográfica basados en la evidencia científica son de vital importancia ya que soportan el plan de cuidado propuesto por los investigadores, a su vez permitió la posibilidad de ejercer la disciplina con un rigor metodológico en los procedimientos e intervenciones de enfermería según las taxonomías empleadas por la NANDA, NIC, NOC, los resultados obtenidos con las intervenciones propuestas fueron favorables en cuanto coinciden en los hallazgos evidenciados en los once estudios seleccionados. Por ejemplo, en la intervención código 5270 Apoyo emocional (ver tabla 5) donde una de las intervenciones consiste en ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza corresponde con Berivan (3) Rabow (11) y Borghi (4) cuando afirman que el sentirme comprendido por los demás fue una de las necesidades que manifestaron suplir los familiares. De la misma forma, afirman que el apoyo emocional suficiente para los familiares se asoció especialmente con sentirse escuchados y tratados con compasión por los profesionales sanitarios. También, se coincide con Borghi (4) en cuanto la actividad de escuchar, las expresiones de sentimientos y creencias son importantes ya que estos autores agregan que los familiares en duelo indicaron que el apoyo emocional proporcionado a partir de la escucha de los profesionales de la salud era esencial, destacando la necesidad del apoyo emocional esencial cuando la persona fallecida estaba al final de su vida. Tabla 5.

Por otro lado, las intervenciones centradas en la familia se fundamentaron en los códigos 5440 Aumentar los sistemas de apoyo (Apoyo de familiares y amigos) y 7140 Apoyo a la familia: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares (ver tabla 5 lado derecho) que al igual que Reverte y colaboradores (10) Strang et al (15) Selman et al (1) y Schloesser et al (5) son intervenciones que demandan un apoyo más diferenciado para brindar un mejor apoyo a las familias, centrándose

principalmente en la relaciones de confianza debido a que los familiares se sintieron en confianza; expresaban que se sentían seguros y estaban en las mejores condiciones de participación-cooperación.

Esta revisión también tiene en cuenta que observar la situación familiar actual y la red de apoyo por parte de los profesionales y proveedores de atención médica antes y después de la muerte de un paciente produce, como señala Strang (15) una mejor una reacción de duelo para las familias mitigando los síntomas, al menos inmediatamente después de la pérdida. Sin embargo, como señala la intervención en la tabla 5 determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados podría satisfacer las diversas necesidades y antecedentes de las personas en duelo, incluido el apoyo que es culturalmente competente en situaciones de crisis/contexto, y apoyo grupal para aquellos con experiencias y características compartidas (1,5,10,15).

Tabla 5
Intervenciones de Enfermería

CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	CONDUCTUAL	CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	CONDUCTUAL
INTERVENCIÓN: 5270 Apoyo emocional Actividades: - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.				INTERVENCIÓN: 5440 Auxiliar los sistemas de apoyo (apoyo de familiares y amigos) [7140] Apoyo a la familia: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares Actividades: - Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrutilizados. - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. - Implicar a la familia/allegados/amigos para brindar apoyo. - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. - Favorecer una relación de confianza con la familia.			

También, la investigación revisada aquí enfatiza la necesidad de enfoques de intervención primaria. Un ejemplo de buena intervención es la incorporación del entrenamiento en duelo a la educación para la salud, 5290 facilitar el duelo (ver tabla 6). Para ello, las escuelas de salud deben brindar capacitación en duelo, como educación sobre la muerte, prácticas de regulación socioemocional y consejería en el duelo. Además, iniciativas educativas y sociales a más largo plazo pueden fomentar el apoyo de la comunidad para los dolientes (11) Los grupos de apoyo mutuo posteriores al duelo son un excelente ejemplo de cómo las personas pueden afrontar el duelo personal, los desafíos relacionados con el duelo y la reorganización de sus vidas.

Los programas de intervención presentaron sesiones de asesoramiento y apoyo individuales por teléfono o en línea. Algunos estudios incluyeron intervención por teléfono (12,17) provisión de información (1,10) consejería de duelo apoyo psicológico y salud mental especializada para situaciones de alto riesgo (4,7,9). Tres estudios Kong, C., et al 2021, Lidia Borghi y Julia Menichetti et al 2021 y Harrop, Goss, S. et al 2021 mencionan que las intervenciones psicológicas multi componente centradas en técnicas de atención plena, terapia de activación conductual, psicología positiva y el plan de consejería de duelo, 5230 mejorar el afrontamiento (Ver tabla 6 lado derecho) ofrecen evidencia sobre los impactos de las intervenciones, además, propuestas con rasgos de resiliencia, estrategias de afrontamiento, satisfacción con la vida y recursos personales para la salud mental general y el bienestar socioemocional de los dolientes fomentará los enfoques de intervención más holístico.

Tabla 6.

Intervenciones de Enfermería

CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	CONDUCTUAL	CLASE	R Ayuda para el afrontamiento	CAMPO	CONDUCTUAL
INTERVENCIÓN: 5290 Facilitar el duelo.				INTERVENCIÓN: Apoyo de servicios de duelo y 5230 Mejorar el afrontamiento.			
Actividad:				Actividad:			
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida. - Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. - Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo. - Incluir a los allegados en las charlas y decisiones, según corresponda. - Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.				- Solicitar asesoramiento al paciente por parte del psicólogo del equipo de cuidados paliativos - Determinar la necesidad de asesoramiento por psicología - Facilitar los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida. - Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.			

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha alterado drásticamente la forma en que las personas llevan el duelo. Las personas que mueren o murieron por el virus fueron separados de sus familias esto complica la situación ya que deben llorar la pérdida sin el abrazo reconfortante de sus seres queridos o el apoyo emocional-social de familiares o amigos que muestran su respeto por el paciente fallecido que resulta siendo esencial para que las personas en duelo se adapten a la pérdida. Este trabajo, concluye que si bien los síntomas de duelo, tristeza e ira experimentados por los familiares, aunque finalmente disminuirán, este

proceso de recuperación requerirá modos de intervención por parte de profesionales para el curso de duelo saludable.

Además, permite como profesionales no solo tener experticia en revisiones sistemática e investigaciones, si no en la aplicación de planes de cuidados basados en herramientas concretas que como profesionales tenemos a disposición, de la misma forma, se evidencian tres tipos necesidades: Apoyo emocional, las actividades que implica promover la capacidad de cuidar, escuchando de manera empática y activa al otro. Apoyo de familiares/amigos que resulta ser una de las que más destaca en todos los artículos ya que parten de la premisa que con comunicación efectiva con los familiares acerca de la situación, calidad de cuidados al enfermo, disponibilidad de atención formación acerca del duelo y sobre los recursos disponibles se avanza mucho en la atención de esta problemática. Además, deja en evidencia que el apoyo de servicios de duelo, invita a los profesionales a educarse sobre el abordaje del duelo.

Limitaciones: dificultad para acceder a literatura con acceso restringido.

Consideraciones éticas: los autores declaran que han seguido los lineamientos de la ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la presente revisión.

Financiamiento: ninguno

Referencias Bibliográficas

1. Selman, LE, Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. y Koffman, J. “Apoyo de duelo en la primera línea de COVID-19: recomendaciones para médicos de hospitales”. *Revista de manejo del dolor y los síntomas* 60. 2020: e81-e86. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>
2. Nuestro mundo en datos. Vacunas contra el coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> country=OWID_WRL
3. Berivan, Y.; Korfage, E.; Witkamp, A.; Goossensen, L.; Pasman, R. et al. Morir en tiempos de COVID-19: experiencias en diferentes entornos de atención: un estudio de cuestionario en línea entre familiares en duelo (el estudio CO-LIVE). *Medicina Paliativa* 36, no. 4 abril de 2022. pp 751-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/02692163221079698>.
4. Borghi, L.; Menichetti, J. Estrategias para hacer frente a las muertes relacionadas con COVID entre los miembros de la familia”. *Fronteras en Psiquiatría* 12. 2021. pp 622-850. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622850>
5. Schloesser K, Simon ST, Pauli B, et al. Saying goodbye all alone with no close support was difficult. Dying during the COVID-19 pandemic: an online survey among bereaved relatives about end-of-life care for patients with or without SARS-CoV2 infection. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):998. 2021 Sep. 22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06987-z>.
6. Gao X, Wang Z, Kong C, Fan H, Zhang J, Wang J, et al. Encuesta transversal para evaluar la consejería de duelo de los trabajadores de la salud para familias en duelo de víctimas de COVID-19 en Wuhan, China. *Medicina de desastres y preparación de salud públi-*

- ca. Prensa de la Universidad de Cambridge; 2021:1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.206>
7. Kong, C., Tan, L., Gao, X., Fan, H., Zhang, J., Wang, Z. y Wang, J. Consejería de duelo de enfermeras para familiares en duelo de pacientes con COVID-19 en Wuhan, China: una encuesta transversal. *Revista de Servicios de Enfermería Psicosocial y Salud Mental*, 59 (11), 2021, pp 18-24. Disponible en: <https://doi.org/10.3928/02793695-20211012-03>
 8. Dennis B., Vanstone M., Swinton M., Brandt Vegas D., Dionne JC, Cheung A., Clarke FJ, Hoad N., Boyle A., Huynh J., Toledo F., Soth M., Neville TH, Fiest K., Cook DJ. Sacrificio y solidaridad: un estudio cualitativo de las experiencias familiares de muerte y duelo en entornos de cuidados críticos durante la pandemia. *Abierto BMJ*, 12 (1), 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058768>.
 9. Torrens-Burton A., Goss S., Sutton E., Barawi K., Longo M., Seddon K., et al. Fue brutal. Todavía lo es: un análisis cualitativo de los desafíos del duelo durante la pandemia de COVID-19 informado en dos encuestas nacionales. *Cuidados paliativos y práctica social*, 16. 2022. <https://doi.org/10.1177/26323524221092456>.
 10. Reverte, MA., Zarcero, MT., Pérez, YL., Sanchidrián, DC., Manrique, TP., et al. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19: Un duelo diferente. *Medicina paliativa*, 27(3), 2020. pp 201-208. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Impacto-emocional-en-pacientes-y-familiares-durante-la-pandemia-por-COVID-19-Un-duelo-diferente538>
 11. Rabow MW, Huang CS, White-Hammond GE, Tucker RO. Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(3):647-656. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139>

12. Harrop, E., Goss, S., Farnell, D., Longo, M., Byrne, A., Barawi, K., et al. Support needs and barriers to accessing support: Baseline results of a mixed-methods national survey of people bereaved during the COVID-19 pandemic. *Palliative medicine*, 35(10), 2021 pp 1985–1997. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/02692163211043372>.
13. Johnson, B.T.; Hennessy, E. Revisiones sistemáticas y metaanálisis en ciencias de la salud: métodos de mejores prácticas para síntesis de investigación. *Ciencias Sociales y Medicina* 233. 2019. Pp 237-251. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2019.06.035>.
14. Munn, Z.; Barker, TH.; Moola, S.; Tufanaru, C.; McArthur, A.; et al, Calidad metodológica de los estudios de series de casos: una introducción a la herramienta de evaluación crítica JBI. *Síntesis de evidencia de JBI: octubre de 2020 - Volumen 18 - Número 10* - p 2127-2133. Disponible en: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00099>.
15. Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L.; Lundström, S. Morir por COVID-19: soledad, discusiones sobre el final de la vida y apoyo para pacientes y sus familias en hogares de ancianos y hospitales. Un estudio de registro nacional. *Revista de manejo del dolor y los síntomas*, 60 (4), e2-e13. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006>.
16. NNN Consult. Herramienta online para la consulta y diseño de planes de cuidados de enfermería. Elsevier. 2015 2021. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/> [Links].
17. Jeffrey R.H.; Rapa, E.; Dalton, L.; Hughes, R.; Quarmby, L.M.; et al. Experiencias de los profesionales de la salud y la asistencia social en la prestación de cuidados al final de la vida durante la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo”. *Medicina paliativa* 35, no. 7 julio de 2021. pp 1249–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/02692163211017808>.

SOLEDAD, DEPRESIÓN Y ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR REVISIÓN DE ALCANCE

*Loneliness, Depression and Neglect in the Elderly
Scope Review*

María Elena Castro Cataño

<https://orcid.org/0000-0002-0836-6555>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Luz Adriana Abonías González

<https://orcid.org/0009-0006-6984-203X>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Namibia Idrobo Aguilar

<https://orcid.org/0009-0000-1700-2393>

Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Resumen

Introducción: La vejez está enmarcada en fenómenos que inciden de manera negativa en la vida de los adultos. La soledad y la depresión junto con las enfermedades psicosomáticas generan vulnerabilidad en el adulto mayor. La soledad es una experiencia muy desfavorable en la vida cotidiana del adulto que afecta tanto su vida personal

Cita este capítulo

Castro Cataño, M. E., Idrobo Aguilar, N., & Abonías González, L. A. (2025). Soledad, depresión y abandono en el adulto mayor: Revisión de alcance. En Meneses-Urrea, L. A., & Villegas Arenas, D. (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 137–188). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

como la social y familiar. Las personas que se sienten solas o que experimentan tensión en sus relaciones, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos. El deterioro clínico, funcional, social y mental del adulto mayor predispone al abandono. **Objetivo del estudio:** Establecer la relación entre los fenómenos de soledad, depresión y abandono en adultos mayores, mediante revisión de los aportes de la literatura científica. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática y compilación de artículos de investigación. La búsqueda de información se realizó en 4 bases de datos, durante el periodo del año 2019- 2020, se incluyeron en la revisión 28 estudios. **Resultados:** Los fenómenos de soledad, depresión y abandono constituyen una problemática social presente en la población adulta y son considerados como aspectos fundamentales a intervenir dentro de las políticas públicas. De acuerdo con la revisión de literatura, la soledad es el fenómeno más estudiado. Una red de apoyo fortalecida disminuye el riesgo de soledad, depresión y abandono de los adultos mayores. **Conclusión:** La atención del paciente adulto mayor debe ser realizada por un equipo interdisciplinario que aborde las dimensiones clínica, funcional, social y mental. El apoyo familiar es fundamental en la disminución de riesgos asociados al envejecimiento. El profesional de enfermería debe participar en las políticas públicas de protección específica al adulto mayor.

Palabras clave: Soledad, depresión, abandono, adulto mayor o viejo.

Abstract

Introduction: Old age is framed by phenomena that negatively affect the lives of adults. Loneliness and depression along with psychosomatic illnesses generate vulnerability in the elderly. Loneliness is a very unfavorable experience in the daily life of adults that affects both their personal and social and family lives. People who feel lonely or experience tension in their relationships are more likely to develop depressive symptoms. The clinical, functional, social and mental deterioration of the elder-

ly predisposes them to abandonment. Objective of the study: Establish the relationship between the phenomena of loneliness, depression and abandonment in older adults, through a review of the contributions of the scientific literature. Materials and Methods: A systematic review and compilation of research articles was carried out. The information search was carried out in 4 databases, during the period of 2019-2020, 28 studies were included in the review. Results: The phenomena of loneliness, depression and abandonment constitute a social problem present in the adult population and are considered fundamental aspects to intervene within public policies. According to the literature review, loneliness is the most studied phenomenon. A strengthened support network reduces the risk of loneliness, depression and abandonment of older adults. Conclusion: The care of the elderly patient must be carried out by an interdisciplinary team that addresses the clinical, functional, social and mental dimensions. Family support is essential in reducing risks associated with aging. The nursing professional must participate in public policies for specific protection of the elderly.

Keywords: Loneliness, depression, abandonment, older or old adult.

Introducción

La población adulta mayor ha presentado un crecimiento exagerado durante los últimos años. Fenómenos como el aumento de la esperanza de vida y el control de la fecundidad, han hecho que el grupo poblacional mayor de 60 años haya crecido de manera rápida en todos los países del mundo. Entre 2015 y 2050 la población mundial con más de 60 años pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento de la población en un 22% (1).

Lo anterior, se ha convertido en un reto para los Organismos de Salud, si se tiene en cuenta que el deterioro fisiológico en la vejez produce alteraciones no solo en su situación clínica sino también en las áreas funcionales, cognitivas y sociofamiliares.

Figura 1.

Áreas que presentan alteraciones.



Las alteraciones en la salud psíquica se ven reflejadas a través de la presencia de síntomas depresivos como la tristeza, sensación de inutilidad y la frustración; lo que genera dependencia funcional. También, dentro de la salud psíquica, se afecta la esfera cognitiva que junto con la depresión afecta directamente la calidad de vida de los adultos mayores (2).

La dimensión sociofamiliar, es otro de los aspectos en los cuales el adulto mayor evidencia transformaciones que están relacionadas con los cambios en su estilo de vida y con el rol que desempeñaban en su familia. De manera conjunta con estos deterioros, los adultos mayores experimentan situaciones que los hacen más vulnerables en comparación con personas en otros cursos de vida.

Los círculos sociales reducidos afectan el estado de ánimo del adulto y pueden llevarlo a experimentar sentimientos como la soledad. Según, Ángela Quintero, María Eucaris Henao, María Mercedes Villamil, Jairo León, la red social con la que cuenta el adulto mayor es inversamente proporcional a la soledad (3), es decir, entre más redes sociales menos riesgo de soledad, convirtiéndose así en un factor protector para el adulto. Sin embargo, es frecuente encontrar adultos mayores en aislamiento social o abandono permanente por parte de sus familiares. Estos últimos o también sus cuidadores experimentan afectaciones del orden físico, socioeconómico y emocional que terminan interfiriendo en la calidad del cuidado que se brinda al adulto mayor (4), lo que genera en la persona adulta, sentimientos de triste-

za, desconsuelo, sentir sé que es un estorbo y en ocasiones, con deseos de morir.

La sociedad por su parte desplaza y discrimina a la población adulta mayor creando estereotipos relacionados con la edad, apartando a esta población del campo laboral, despreciando su experiencia y conocimientos y ejerciendo un alto nivel de discriminación. Se evidencia que existen leyes que dan un cubrimiento específico al adulto mayor por ser una de las poblaciones más vulnerables, pero a su vez el Estado hace caso omiso para el cumplimiento de las mismas. Estas leyes en muchos de sus artículos se quedan en letra muerta, por lo tanto, esta problemática tiende a agudizarse en un futuro inmediato. Todo esto, junto con las enfermedades crónicas que acompañan al adulto mayor, conllevan a la discapacidad y tienen repercusión social y familiar (5).

El aumento de la población adulta ha obligado a los gobiernos a la creación de políticas públicas para la protección del adulto mayor, debido a que se evidencian situaciones sociales como el maltrato, el abandono, los abusos en términos económicos y/o la carga de obligaciones que ya no les corresponde. Según la Organización Mundial de la Salud (Para la OMS, de todos los abusos que sufren los adultos mayores, el psicológico es el más relevante y se expresa con humillaciones, insultos y separación de la familia), uno de cada seis ancianos sufre de abuso. Para la misma entidad, este problema *“sigue siendo un tabú que no se discute en círculos legislativos, lo que permite que siga ocurriendo”* (6). Para Robinsón Cuadros, presidente de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria (La Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología fue creada en la ciudad de Bogotá en 1973. Es una sociedad autónoma, apolítica, de carácter científico y sin ánimo de lucro). hay carencia de políticas claras para la atención de las personas adultas mayores, aun sabiendo que serán los protagonistas del futuro (7).

La vejez pasó de ser una etapa de la vida donde al adulto se le reconocía por su experiencia, sabiduría y ejemplo para la juventud (8), a un momento de la vida donde son considerados como personas inútiles, incapaces y a veces ser relegados por la sociedad. De allí que, sea considerado por los estamentos gubernamentales como un fenómeno social que integra muchas situaciones que van en detrimento de la salud psico biosocial del adulto mayor, cuyos deterioros y complicaciones se convierten en un costo para los gobiernos. No obstante, si existieran políticas de calidad de la atención en salud y programas sociales claramente establecidos y verificados para su cumplimiento y que, además aseguraran una buena calidad de vida del adulto mayor, el envejecimiento tendría mucho menos influencia en los “*gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas*” (9).

La vejez está enmarcada en fenómenos que inciden de manera negativa en la vida de los adultos mayores. Situaciones como la soledad y la depresión aunados a las enfermedades psicosomáticas generan vulnerabilidad y en muchos casos internación y muerte del adulto mayor (10). “*Soledad, falta de atención y abandono, son los problemas que enfrentan a diario los adultos mayores en Colombia*” (11).

Existen algunos referentes sobre la soledad. La soledad exterior está relacionada con el entorno, es decir, con la falta de red de contacto del adulto y la interna, que se refiere al sentir de la persona. Es una experiencia muy desfavorable en la vida cotidiana del adulto que afecta tanto su vida personal como la social y familiar y causa amargura en quien la vive (12); de allí que el profesional de enfermería dentro de sus prácticas de cuidado deba tener un abordaje amplio de esta problemática con la finalidad de prevenir riesgos asociados y fortalecer la calidad del cuidado en esta etapa final de sus vidas. También, desde la formación académica, los estudiantes deben adquirir conocimientos con fundamentación científica enfocados en conocer, interpretar,

analizar la realidad de los adultos mayores entendida desde su esfera clínica, funcional, familiar, mental y social, debido a que son muchos los fenómenos que acontecen en este curso de vida, los que, con una buena preparación y sensibilización del equipo de salud, pueden menoscabar los efectos dolorosos percibidos por los mayores.

La depresión es un problema que se evidencia en adultos mayores y se asocia con la soledad, las enfermedades físicas y el dolor. En el adulto mayor, la depresión puede manifestarse con situaciones diversas como falta de energía, pérdida del disfrute de las cosas, deterioro de la salud (13); es difícil de diagnosticar y en ocasiones sus manifestaciones pueden interpretarse como situaciones normales del envejecimiento. Artículos de investigación coinciden con el hecho de que hay factores de riesgo que pueden llevar a la depresión del adulto mayor como: socioeconómicos, posición social desfavorable, estado civil, soledad (14). Otros, asocian la depresión con factores como género, limitaciones funcionales, bajo nivel educativo, poco apoyo social, falta de práctica religiosa, enfermedades crónicas, soledad y anormalidades de personalidad (15). En ambos estudios, son coincidentes los factores de soledad y apoyo social.

Si bien es cierto que se encontraron pocos artículos donde se referencie el abandono y su relación con la soledad y depresión, es posible inferir que el adulto mayor que se encuentra en situación de aislamiento social o abandono, experimente sentimientos de soledad al no contar con un entorno que le facilite actividades como la comunicación, la socialización de experiencias o espacios de entretenimiento en procura de su bienestar. Aspectos que son factores de protección en el cual el adulto mayor refuerza áreas cognitivas como la memoria, el juicio, raciocinio entre otros.

Por otra parte, Ziggi Ivan Santini y otros (16), en el texto *Desconexión social, aislamiento percibido y síntomas de depresión y ansiedad entre los estadounidenses mayores (NSHAP)*, establecen una relación direc-

ta entre el aislamiento social con la depresión en los adultos mayores y manifiestan que las personas que se sienten solas o que experimentan tensión en sus relaciones, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos. Así mismo, identifican la pérdida de relaciones sociales con la disminución de la cognición, alteraciones en el estado de ánimo, hormonales, del sueño y el aumento de peso (16).

Frente a este panorama es claro entender que, los adultos mayores no solo van a tener daños a nivel de su componente afectivo sino también en su salud física lo que puede abrir paso al desarrollo de enfermedades que pueden comprometer el sistema inmunológico, deprimirlo y hacerlos susceptibles al padecimiento de nuevas patologías a nivel orgánico.

El aislamiento social, la relación con sentimientos de soledad y la consecuente depresión, es una problemática del adulto mayor que se ha exacerbado durante los últimos años y que ha motivado a la realización de este trabajo de investigación, con el fin de profundizar en el conocimiento y poder participar de manera activa en proyectos que estén en procura del bienestar psico biosocial de la persona adulta mayor.

La motivación para abordar esta temática surge del trasegar durante las prácticas clínicas y ambulatorias, donde se evidencia pacientes adultos mayores abandonados por sus familias, sin visitas, completamente solos y tristes. También motivadas por el conocimiento de una situación de abandono concreta que se presenta en el Municipio de Padilla- Cauca en la cual se pretendió abordar el trabajo de campo pero que por asuntos de confinamiento y aislamiento social obligatorio no pudo ser posible. No obstante, la alternativa para continuar con esta temática permite profundizar en el conocimiento y deja abierta la puerta para el aporte desde la enfermería a este grupo poblacional.

La presente investigación, bajo la modalidad Monografía, explora estos fenómenos, con la finalidad de comprender a través de la revisión de artículos tomados de bases de datos indexadas la relación existente entre ellos. Es un reto para los profesionales de enfermería el abordaje de estos temas, teniendo en cuenta las necesidades de cuidado de las personas en este curso de vida, en el cual la enfermería tiene un alcance importante dada su razón de ser orientada al cuidado del ser humano en todos sus ciclos de vida. Para ello, se requiere de profesionales con conocimientos fundamentados científicamente que puedan sustentar las intervenciones de cuidado en adultos mayores en aislamiento social o soledad, situación de abandono o depresión.

Con base en lo anterior, se planteó como pregunta de investigación: **¿Cuál es la relación entre los fenómenos de soledad, depresión y abandono en adultos mayores, según los aportes de la literatura científica?**

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se elaboró como objetivo general: Establecer la relación entre los fenómenos de soledad, depresión y abandono en adultos mayores, según los aportes de la literatura científica.

Metodología

Esta monografía se desarrolló a través de la revisión bibliográfica de artículos de investigación y otros documentos que dieran respuesta a la pregunta de investigación y al objetivo general.

La revisión de la literatura se realizó a través de las siguientes fases:

Búsqueda sistemática de la literatura: La búsqueda inicial se realizó a través de las bases de datos de la Universidad Santiago de Cali y se complementó en otras bases de datos y textos que permitía profundizar en la revisión. Se exploraron las siguientes bases de datos: ScienceDirect, Scopus, Medline Plus, y Revista Javeriana. para la selección

de los temas se utilizaron las palabras claves en inglés y en español como: Old, Loneliness, Abandonment, Social isolation, Depresión, (términos PubMed). Con el fin de hacer una revisión que arrojar mejores resultados en términos de aportes bibliográficos, se combinaron las palabras clave y se utilizaron los Operadores booleanos AND – OR. Los artículos encontrados, dieron cuenta de investigaciones de tipo longitudinal, trasversal, cuantitativo, cualitativo, descriptivo trasversal con análisis de casos y controles y descriptivo trasversal correlacional.

Criterios de Selección

Inclusión

Revistas adscritas a la Universidad Santiago de Cali

Artículos en idioma inglés y español

Temas relacionados con el objeto de investigación

Publicaciones de los últimos cinco años.

Exclusión

Artículos que no den respuesta a la investigación y que, al cumplir los criterios de inclusión, no se pueden llevar al análisis dado que presentan aspectos que no están al alcance de los autores.

Artículos que, aunque relacionaran los temas de soledad, depresión y abandono, no correspondían a población de adultos mayores.

Recolección y Análisis de la Información

La recolección y análisis de la información se llevó a cabo de una manera sistemática, teniendo en cuenta cuatro fases en el proceso, las cuales se describen a continuación:

Primera Fase

Se hizo una selección de artículos que estuvieran relacionados con los temas objeto de la investigación: soledad, depresión y abandono en adultos mayores. De los artículos que arrojó la selección mediante las palabras clave utilizadas, se dio lectura al resumen de cada uno de ellos y se filtraron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión.

Segunda Fase

Una vez seleccionados los artículos, se realizó la lectura de cada uno de ellos para verificar que el texto completo tuviera en cuenta los temas que se deseaban indagar en este estudio. La información se consolidó en un diagrama de flujo PRISMA y el nivel de evidencia a través de las plantillas CASPe, según el tipo de estudio (ver anexos).

La siguiente gráfica ilustra la clasificación de los artículos según la naturaleza de la investigación.

Gráfico 1.

Tipos de estudios relacionados en la investigación.

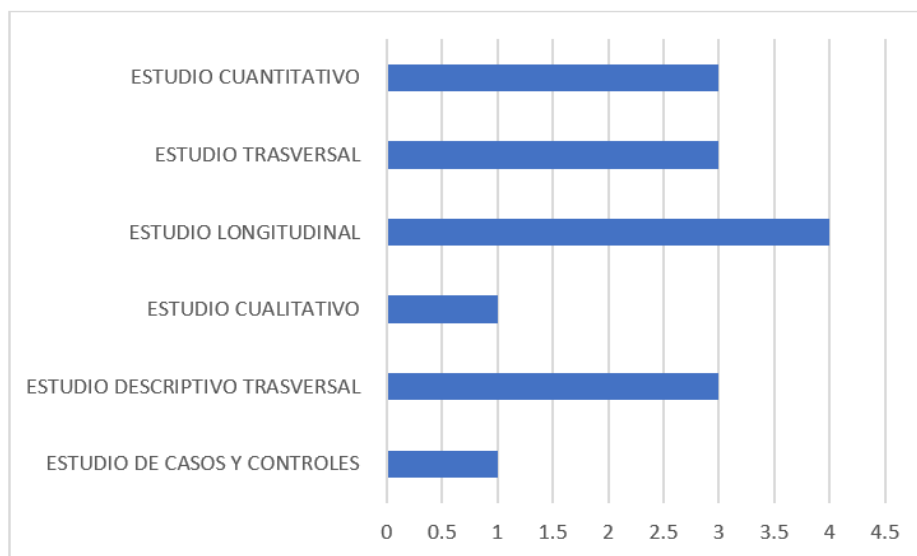
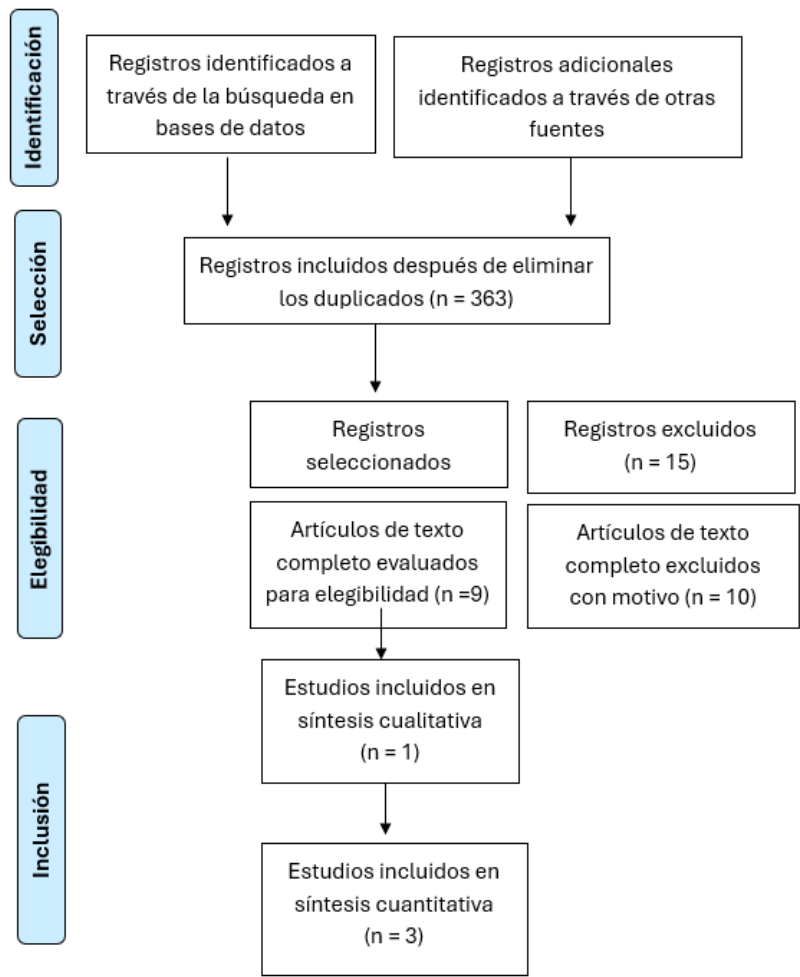


Figura 3.

Prisma 2009 Flow Diagrama



Tercera Fase

Se consolidó la información detallada en una base de datos de Excel, en la que se relacionó información pertinente para el estudio como: Nombre del artículo, fecha y año de publicación, objetivo del artículo, metodología, descripción, resultados y objetivo que aporta (Tabla 1.).

Tabla 1.

Características de los artículos que soportan la revisión de alcance.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo BORDA PEREZ, MARIELA et al.	 2013			La prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal	T. Durán-Badillo*, R. M. Aguilar, M. L. Martínez, T. Rodríguez, G. Gutiérrez y L. Vázquez	2013	Estudio descriptivo-transversal-correlacional para identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa	Hallazgos: Se encontró al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida· así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva (rs=-0.242; p=0.000).
Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años influencia de vivir solo o acompañado.	Analia Verónica Losada-Marina Alvarez Strauch	2014	Se estudiaron los síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, y se investigó si el hecho de vivir solo o acompañado influye o no en el nivel de depresión. Para ello, Se valoró el nivel de depresión de 75 personas. De ellas, 37 (30 mujeres y 7 Varones) vivían solas y 38 (19 mujeres y 19 varones) vivían acompañadas. Todos los sujetos participantes del estudio respondieron al Inventario de Depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión.	Los resultados mostraron que el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años que vivían solas es mayor que el de los que vivían acompañados.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Eldery OR “frail elderly” ANO depression ANO loneliness - Old ANO “loneliness” OR depression.	Lena Dahlberg, Neda Agahi, Carin Lennartsson.	2018	Este estudio tiene un diseño transversal repetido y se basa en el Estudio de panel sueco sobre las condiciones de vida de los más antiguos (SWEOLD) (Lennartsson et al., 2014) SWEOLD es una encuesta representativa a nivel nacional de los ancianos más viejos (nacidos entre 1892 y 1944) que vivían en Suecia en el momento de la recopilación de datos. SWEOLD proporciona datos comparables de 1992, 2002, 2004, 2011 y 2014. La muestra SWEOLD incluye a encuestados de 77 años o más en 1992, 2002 y 2011. En 2004 y 2014, la muestra se amplió para incluir a personas de 70 años o más. Las entrevistas cara a cara se llevaron a cabo como el modo de entrevista principal en 1992, 2002 y 2011. En 2004 y 2014, las entrevistas telefónicas se utilizaron como	Los análisis de las tendencias de la soledad entre las personas mayores en las últimas dos décadas se basan en muestras de personas de 77 años o más en 1992, 2002, 2004, 2011 y 2014. La mayoría de los encuestados eran mujeres y la edad promedio era de aproximadamente 83 años. Hubo una disminución en las personas con educación inferior durante el período de estudio. Con respecto a los factores sociales, hubo un aumento en la proporción de encuestados casados y una disminución en los encuestados viudos. La participación en los contactos sociales y el acceso al apoyo social aumentaron con los años (aunque el ítem sobre contactos sociales no se incluyó en 1992). Visto durante todo el período de estudio, no hubo cambios significativos en los problemas de ADL, pero hubo una disminución en los problemas de ADL de 1992 a 2004 ($p = 0.019$), y un aumento en los años posteriores ($p = 0.045$). Finalmente, hubo una

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
			el modo de entrevista principal. En 2004, 2011 y 2014, se utilizaron cuestionarios postales si el encuestado no estuvo de acuerdo con una entrevista ordinaria o no pudo realizar una entrevista ordinaria debida, por ejemplo, a problemas de audición. No hubo diferencias significativas en la soledad reportada entre los modos de entrevista ($p = 0.192$).	Disminución en la angustia psicológica entre los encuestados.
El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el centro gerontológico casa hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018	Cristina Lisette López Jayne Betsy Rodríguez Álava	2018	Investigación de tipo cuantitativa: aplicó el método analítico y estadístico que se realizó con la ayuda de técnicas y métodos, las cuales permitieron la recolección y tabulación de datos. Así como la aplicación de encuestas, a través de preguntas de manera objetiva indicaban los sentimientos y las emociones que significa estar en esas condiciones y, entrevistas que aportaron a los resultados	Los resultados indican que la familia es uno de los factores primordiales en la calidad de vida de las personas que están en la institución, no obstante, es lo que no se tiene. Los miembros de la institución a través de su equipo interdisciplinario, ejecutan planes de intervención directa donde el compromiso sea espontáneo u obligado de acuerdos entre la familia y ellos, son primordiales.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
			de la misma, además desde un contexto empírico presenta el estado emocional de los adultos mayores que están hospedados en la Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo, la muestra estudio conformada por nueve adultos mayores, los cuales se encuentran divididos en 4 hombres y 5 mujeres.	
Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese	Jane K.L. Teh a, Nai Peng Tey b	2019	Este estudio utilizó datos de 2005, 2008 y 2011 Encuestas longitudinales de longevidad saludable chino (CLHLS). El CLHLS es una encuesta nacional de adultos mayores en China, que abarca 22 de las 31 provincias del país. El cuestionario CLHLS se diseñó siguiendo los estándares internacionales y se adaptó al contexto cultural y social chino. La encuesta se realizó a través de entrevistas personales en el hogar e incluyó respuestas de representantes para evitar la	De los 15,613 encuestados en la línea de base, cerca de tres quintos eran mujeres y el 60% tenían 85 años o más. Algo más de la mitad vivía en zonas rurales. Alrededor del 30% todavía estaban casados y vivían con su cónyuge, y el 66% eran viudos. La mayoría (84%) vivía con miembros del hogar, y alrededor del 3% vivía en una institución. En esta muestra, el 61% no tenía escolaridad formal. De los encuestados, el 8% siempre o con frecuencia se sintió solo, mientras que el 37,5% nunca se sintió solo. Cerca del 15% y el 2% informaron tener una salud auto valorada mala

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
			Falta de respuesta entre los encuestados frágiles y mayores. La tasa general de rechazo de entrevistas fue del 3% en la ola de 2005 (Zeng, 2012). Una descripción detallada de CLHLS con respecto al diseño de muestreo y la calidad de los datos se ha informado en otra parte (Zeng, 2008, 2012; 2002) Diversas evaluaciones de las ondas CLHLS han concluido que la calidad de los datos es generalmente buena, en aspectos de informes de edad, tasa de mortalidad, desgaste de la muestra, confiabilidad, validez y consistencia de las diversas medidas (Gu, 2008).	y muy mala, respectivamente. Solo una proporción bastante pequeña había jugado cartas / mahjong (17%) o había participado en actividades sociales (14%), pero una proporción mucho mayor (44%) miraba televisión o escuchaba la radio casi todos los días.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Social engagement and loneliness are differentially associated with neuro-immune markers in older age: Time-varying associations from the English Longitudinal Study of Ageing¹	Emma Walker, George B. Ploubidis, Daisy Fancourt.	2019	Estudio longitudinal en el que se analizaron muestras de sangre de 8780 adultos de 50 años o más del Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento en tres oleadas de recopilación de datos: 2004/5, 2008/9 y 2012/2013. Utilizamos modelos de efectos fijos para estimar la relación entre la soledad, el aislamiento social, vivir solo y los niveles de fibrinógeno, el factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1), el recuento de glóbulos blancos (WBC) y la proteína e-reactiva (PCR), mientras se tienen en cuenta todos los factores de confusión variables que varían con el tiempo e identificados	De los 8780 participantes, el 55% eran mujeres con rango de edad 52-99. La mayoría estaban casados o en pareja (66.4%) y no tenían o solo tenían calificaciones básicas (44.2%). Al inicio del estudio, pocos menos de un tercio de la muestra (30,9%) fue empleados en trabajo a tiempo completo o parcial. Un mayor nivel de interacción social y la convivencia se asociaron con niveles más bajos de PCR, fibrinógeno y leucocitos, mientras que un menor nivel de soledad se asoció con niveles más altos de IGF-1.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de surco.	Acuña Samari- tano, Jocelyn Mireya	2019	Estudio de tipo descriptivo básico, de diseño correlacional. se realizó con una muestra de ochenta adultos mayores, entre los sesenta y los setenta y cinco años de edad, que asistieron al servicio de gerontología en el área de participación ciudadana de un centro integral del adulto mayor del distrito de Santiago de Surco.	Los resultados, una vez confirmada la hipótesis planteada, muestran que hay la evidencia suficiente para concluir que hubo correlación significativa entre el estilo de vida saludable y apoyo social en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Surco ($p=.00$). Según la prueba de correlación de Spearman, se concluyó que hay relación positiva directa y significativa entre las variables; asimismo, se encontró relación directa alta entre el estilo de vida y las dimensiones apoyo afectivo, apoyo emocional, apoyo instrumental e interacción social; es decir, a mayor nivel de las dimensiones de apoyo social se elevara el estilo de vida del adulto mayor, en relación al estilo de vida, el apoyo social y la depresión, en función al sexo; los datos más dispersos fueron para el sexo masculino, que se aleja a la media del resultado.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna	Camargo-Rojas, Claudia Marcela and Chavarro-Carvajal, Diego Andrés	2020	En la revisión sistemática, donde se incluyeron artículos en inglés de enfoque cuantitativo con rigor metodológico, y fue seleccionado solamente un artículo de Suramérica, se evidenció que el sentimiento de soledad es un desencadenante para el desarrollo de enfermedades crónicas, como: enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar, enfermedad metabólica, entre otras.	Se sugiere incluir la soledad como aspecto importante en la valoración integral gerontológica en el momento de la atención y seguimiento de personas mayores por parte de los profesionales de la salud.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis	Ziggi Ivan Santini, Paul José, Erin York Cornwell	2020	Análisis de medición longitudinal con datos de NSHAP. La base de datos incluye características demográficas; redes sociales y cambio de redes sociales; actividad social y cultural; salud física y mental, incluida la cognición; bienestar; enfermedad; uso de atención médica y medicamentos; e historia de relaciones sexuales e íntimas. NSHAP también recopila información importante de salud a través de biométricos. Los participantes nacieron entre 1920 y 1947 (de 57 a 85 años al inicio del estudio), y la encuesta incluyó un sobre muestreo de personas negras, hispanas y los más viejos (de 75 a 85 años). NSHAP utiliza un diseño complejo de muestreo de probabilidad de área en varias etapas,	La tasa de respuesta general para la encuesta de referencia fue del 75,5%. La estructura y la función de las redes sociales están estrechamente relacionadas con los síntomas de ansiedad y depresión en la población general de adultos mayores. Las iniciativas de salud pública podrían reducir la percepción de aislamiento al facilitar la integración en las redes sociales y la participación en actividades comunitarias, protegiendo así contra el desarrollo de trastornos afectivos.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar.	Jenny Fernanda Villarroel Vargas, Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Dra. Josefa Margarita Miranda Vázquez	2017	Estudio observacional descriptivo de corte trasversal. Participaron 70 adultos mayores a quienes se les aplicó escalas para valoración de la capacidad funcional, así como la encuesta para valorar abandono familiar y aspectos sociodemográficos de la población. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Chi Cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 0,05.	Se reportó el abandono en el 75,7% de los adultos mayores y tuvo significancia con respecto a la capacidad funcional y la estructura familiar ($p=0,002$). Hubo relación entre capacidad funcional y abandono familiar, así como también predominio de los adultos mayores entre los 65 a 74 años, sexo femenino, sin ninguna actividad laboral y analfabetos. Hubo relación significativa entre capacidad funcional, edades geriátricas y ocupación; y de igual manera entre la estructura familiar y el abandono. La capacidad funcional y la estructura familiar fueron factores asociados al abandono.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study	María Holst Allgren , Ola Ekholm , Línea Nielsen , Annette Kjaer Ersbøll , Carsten Kronborg Bak , Pernille Tanggaard Andersen	2020	Estudio de corte transversal. Se comparó la prevalencia de la soledad en los barrios desfavorecidos con la de la población general de Dinamarca, según los datos extraídos de la Danish Health and Morbidity Suivey 2010 (D HMS) (Christensen et al., 2012). No fue posible comparar la prevalencia de aislamiento social en los barrios desfavorecidos con la prevalencia correspondiente en la población danesa en general ya que el aislamiento social se evaluó de manera diferente en las dos encuestas. El DHMS se basó en datos de 25,000 daneses muestreados al azar de 16 años o más, seleccionados del Sistema de Registro Civil Danés. La encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de la Universidad de Sur de Dinamarca en febrero-abril de 2010. Un total de	La prevalencia de aislamiento social y soledad entre los residentes de barrios desfavorecidos en Dinamarca fue del 17.8% y 8.4%, respectivamente (Tabla 1) La prevalencia del aislamiento social fue más alta entre los residentes de 65 años o más, mientras que la prevalencia de la soledad fue más baja en el grupo de mayor edad. Tanto para el aislamiento social como para la soledad, la mayor prevalencia se observó entre los residentes de origen étnico occidental. Se encontró una alta prevalencia de ambos resultados entre los desempleados y los pensionistas con discapacidad. Los residentes con SES bajo tuvieron una mayor prevalencia de aislamiento social y soledad que los residentes con SES medio/alto. Muestra la prevalencia de los ítems utilizados para construir el índice de la red social, la distribución de las categorías de respuesta en el índice de la red social y el ítem utilizado para medir la soledad.

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
			15,165 personas completaron el cuestionario (tasa de respuesta: 61%) (Christensen et al., 2012) Solo las personas de 18 años o más (n = 14,686) se incluyeron en el grupo de comparación, lo que refleja la distribución por edad de los residentes de los barrios desfavorecidos. La encuesta se describe con más detalle en otra parte (Christensen et al., 2012)	
El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna	Camar-go-Rojas, Claudia Marcella and Charro-Carvajal, Diego Andrés	2020	Estudio cualitativo: Evaluar la soledad en adultos mayores aplicando instrumentos de valoración previamente validados.	El sentimiento de soledad es frecuente en la Población adulta mayor, y aún más en personas en situaciones desfavorables. Usualmente, está asociado con variables sociodemográficas, como mayor edad, ser mujer, ausencia de pareja y bajo nivel educativo. Adicionalmente, está asociado con la presencia de enfermedades crónicas. Se cuenta con escalas de medición para su tamización, incluso con validación realizada en

Nombre del artículo	Autores	Fecha de publicación	Metodología	Resultados
				Población colombiana, por lo cual se sugiere incluir la soledad como aspecto importante en la valoración integral gerontológica en el momento de la atención y seguimiento de personas mayores por parte de los profesionales de la salud

Cuarta Fase

La información consolidada en la base de datos de Excel, permitió realizar la interpretación y análisis de cada uno de los artículos. Tanto los objetivos como la metodología y los resultados fueron analizados a la luz de verificar la correspondencia con los objetivos planteados en la revisión de este estudio; se establecieron las diferencias y similitudes entre ellos, tanto en los relacionados con la soledad como los relacionados con depresión y abandono.

Integración de los hallazgos: Se llevó a cabo mediante el uso de la base de datos de Excel, donde finalmente, se consolidaron los artículos que harían parte del análisis de los resultados. Se realizó la comparación de los hallazgos, buscando patrones entre ellos (Ver anexo).

Aspectos Éticos

Teniendo en cuenta que la monografía se fundamentó en la revisión bibliográfica de artículos publicados, se respetaron las palabras del autor, referenciándolas a través de citas, textuales y no textuales. De esta manera, se asegura, además, no incurrir en plagio. La monografía no constituye riesgo alguno, sin embargo, se respetaron las normativas para todos los trabajos que tengan fines investigativos. Se tuvieron en cuenta los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud, así como los Principios de la Bioética y la Declaración de Helsinki. Se cumple con los criterios éticos de respeto por la propiedad intelectual, de acuerdo con la normatividad en Colombia.

Los anteriores aspectos éticos se evidencian en el siguiente trabajo así:

Códigos de buena práctica ética para investigaciones en salud

Se aplica con el fin de orientar adecuadas prácticas en la investigación respetando las pautas éticas que este menciona.

Ley 911 del 5 de octubre 2004. capítulo IV de la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia

En sus artículos:

Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

Artículo 30. El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave (17).

Principios de Bioética

En el presente trabajo se aplica la protección a la intimidad y confidencialidad de los datos. Las investigadoras protegen la confidencialidad de los datos en los artículos referenciados, los cuales serán de uso exclusivo en esta revisión, respetando sus autores.

La declaración de Helsinki

Rige los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Si bien es cierto que, esta investigación no aborda un estudio de campo que involucre a personas de manera directa, si tiene en cuenta el respeto por la población adulta mayor objeto de esta revisión bibliográfica, teniendo en cuenta que el adulto mayor es de las poblaciones más vulnerables en nuestra sociedad, que involucra fenómenos sociales como los analizados en este estudio.

Criterios Éticos de Respeto por la Propiedad Intelectual de Acuerdo con la Normatividad en Colombia

la resolución 0167(18) de 2019 reglamenta los lineamientos para una política de ciencia abierta en Colombia; cuyo objetivo es “*generar condiciones habilitantes para desarrollar los componentes de ciencia abierta, en el marco de una cultura científica que valore el conocimiento como bien público*” (19). el presente trabajo respeta los lineamientos para el desarrollo de trabajos de investigación y tiene en cuenta que, en caso de su divulgación, los resultados deben respetar los derechos de propiedad intelectual correspondientes y en caso de reserva de alguna información también debe ser tenido en cuenta.

Aspectos Legales

La universidad Santiago de Cali, mediante resolución 001 del 27 de julio de 2018, establece los lineamientos generales para la presentación de trabajos de grado. en el título II, artículo quinto, contempla la monografía (literal c, artículo quinto, capítulo II) “como modalidad de trabajo de grado” (20). este trabajo, asume los criterios designados por la USC para la presentación de monografías.

Ley 1850 de 19 de julio de 2017: por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 del 2020, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. se relaciona en esta investigación para resaltar la existencia de políticas de protección del adulto en la legislación colombiana.

Resultados

Los resultados de esta investigación permitieron evidenciar cómo la soledad y la depresión son factores que están inmersos en la etapa de la vejez. Aunque no son característicos en toda la población adulta

mayor, los artículos revisados dan cuenta de una problemática que persiste en muchas poblaciones del mundo y que se han considerado como problema de salud pública para muchos (21). Algunos artículos profundizan en la soledad como factor asociado a la población adulta mayor y otros, califican la depresión como un proceso patológico que compromete a los adultos mayores, sumándose a las demás patologías que suelen aparecer en esta etapa. Por su compromiso orgánico, los adultos mayores terminan finalmente recibiendo medicación para controlar la depresión (22). No obstante, otros autores refieren cómo *“Una mayoría significativa de las personas de edad avanzada deprimidas no recibe tratamiento debido a la dificultad en el reconocimiento de la afección”* (23).

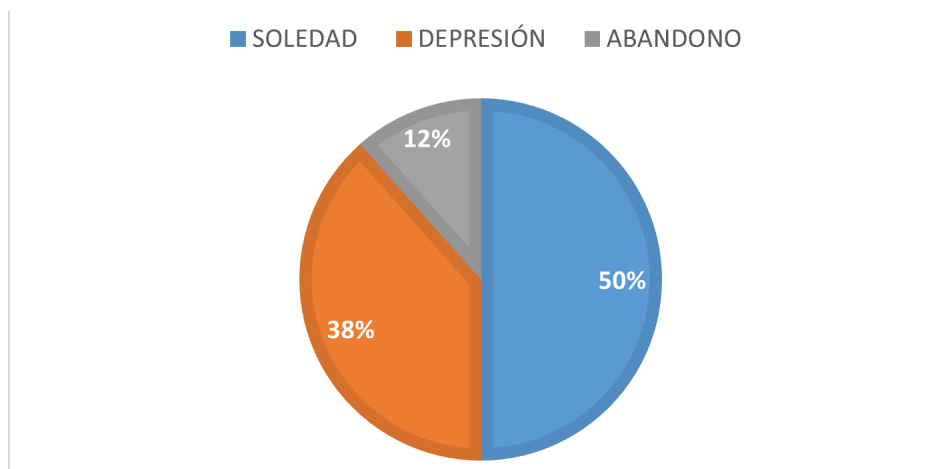
El interés de la investigadoras incluyó también el deseo de relacionar estos dos sentimientos con el abandono, partiendo del hecho de que la visión hacia el adulto mayor ha cambiado en los últimos tiempos con respecto a la tradición familiar y se evidencian situaciones donde la población sin distinción de clase muestra desapego por la persona mayor y no desean o no puedan tenerlos dentro de su núcleo familiar, situaciones que llevan al abandono total o, a recluirlas en ancianatos y hogares geriátricos apartándolos de su familia y de la sociedad. Autores como Jenny Fernanda Villarroel y otros (24) en el texto *Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar*, afirman que, en muchos países las generaciones jóvenes no tienen mucho compromiso con el adulto mayor ni desde el punto de vista físico, emocional, financiero y terminan aislados, en pobreza y enfermos. Finalmente, terminan con disminución en sus capacidades funcionales y en un posible abandono familiar (25). *“La interacción del adulto mayor en condición de abandono disminuye la adaptación social en un 80%”* (26).

Tal como se ha descrito, los fenómenos de soledad, depresión y abandono constituyen una problemática social presente en la población

adulto mayor. De todos estos fenómenos se puede evidenciar que, según la revisión realizada en este estudio, la soledad ha sido el más estudiado. La siguiente ilustración describe la distribución de artículos revisados en esta monografía.

Gráfico 2.

Revisión de artículos por fenómeno social.

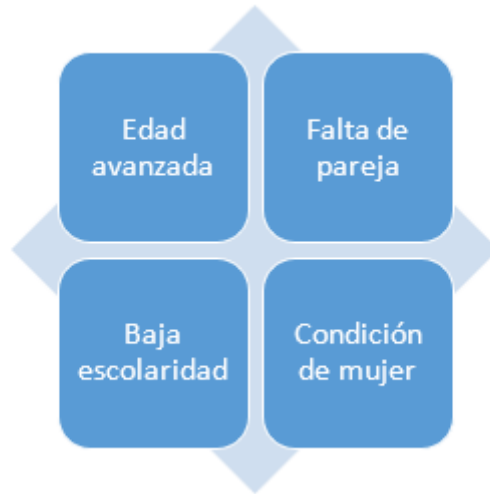


Soledad en el Adulto Mayor

Los cambios en el estilo de vida y los problemas de la salud de la población adulta aumentan el riesgo de soledad (27). El sentimiento de soledad tiene una “prevalencia del 20 al 40% (28)(28), en las personas mayores, secundario a situaciones de abandono, duelo y adaptación del rol”.

Figura 4.

Soledad en el adulto mayor.



Factores asociados a la soledad

Lo que demarca una problemática social en la que los adultos mayores experimentan aislamiento y en ciertos casos se considera que son un estorbo para la sociedad. La familia tiende a aislar a los adultos mayores ya sea por sus condiciones clínicas, por los cambios propios del envejecimiento y la pérdida de la funcionalidad lo que termina generando en ellos sentimientos de soledad.

Para otros autores como Lena Dahlberga y otros (30) afirman que “Los factores asociados con los sentimientos de soledad se pueden agrupar en factores sociodemográficos, sociales y relacionados con la salud”. Panorama que permite relacionar que en diferentes entornos este fenómeno va a afectar a la población sin distinción, pudiendo agravar de manera directa o indirecta la calidad de vida de las personas mayores, provocando un desequilibrio que además puede afectar la salud mental y física. Estudios de investigación relacionaron la soledad con

afecciones crónicas como hipertensión, enfermedades cardíacas, enfermedades cerebrovasculares, trastornos metabólicos y enfermedades pulmonares (31). Lo que deja en evidencia la necesidad de intervenciones tempranas desde la salud pública para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y así disminuir el riesgo de soledad como consecuencia de la enfermedad física.

Desde el punto de vista social, estudios de investigación como el realizado en Europa en el año 2017, indagaron la relación existente entre la participación social de los adultos mayores, teniendo como indicador la condición económica, es decir, la relación entre riqueza y soledad en donde se encontró que es mayor el riesgo de soledad en los adultos menos ricos y menor en los adultos con mayor poder adquisitivo. El estudio concluye encontrando que la participación en actividades sociales puede contribuir a disminuir el riesgo de soledad en los adultos, convirtiéndose en un factor protector que a su vez actúa como “*amortiguador contra los efectos adversos de la desventaja socioeconómica*” (31).

Otros estudios confirman la importancia de la condición socioeconómica en la disminución del riesgo de soledad, en los cuales se sustenta la teoría mencionada anteriormente. Un estudio de corte transversal realizado en Dinamarca concluye que, los residentes que habitan en barrios desfavorecidos tienen mayor posibilidad de tener soledad que el resto de la población (32). Por tanto, las redes sociales, la estructura de la red y la participación en actividades sociales, son determinantes que deben ser tenidos en cuenta en las políticas relacionadas con la atención en la vejez; además son una forma de mejorar la salud mental del adulto mayor.

Así mismo, un estudio realizado sobre la soledad en el adulto mayor y las implicaciones para el profesional de enfermería concluye que, hay factores que disminuyen los sentimientos de soledad, como la interacción social con otras personas que se encuentren en similares

condiciones. Esto, según el estudio, genera reciprocidad y compromiso, lo que finalmente repercute en un impacto positivo para disminuir la soledad (33). Actividades como participar en reuniones familiares, en grupos de adultos mayores (GAM) o redes de cooperación de personas en la misma condición, participar de actividades espirituales, realización de actividades lúdicas grupales, pueden ser un aporte para el mejoramiento de las relaciones sociales y disminución de la soledad.

En el análisis del artículo titulado “*La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo de mortalidad*”, los autores realizaron una revisión meta-analítica, tomando como fuentes diferentes bases de datos. Los estudios incluyeron datos cuantitativos sobre la mortalidad afectada por la soledad, el aislamiento social o la vida sola. Concluye que la influencia del aislamiento social sobre el riesgo de mortalidad “es comparable con factores de riesgo bien establecidos para la mortalidad” (21). Para estos autores, el aislamiento social es una medida objetiva y cuantificable y la soledad es una experiencia subjetiva de estar solo. La autora del artículo “*La soledad en las personas mayores españolas*” establece diferencias entre los conceptos de “estar solo” y “sentirse solo”. En el primer caso, hacen referencia al aislamiento social y la falta de redes sociales, mientras que en el segundo caso lo definen como soledad emocional o subjetiva (34). Estos conceptos son muy importantes para tener en cuenta en las políticas de intervención del adulto mayor y también en las estrategias de cuidado por parte del personal de salud.

La soledad que experimentan los adultos puede llevar al padecimiento de patologías como la depresión. Claudia Marcela Camargo Rojas (2019), expresa que “*Dentro del espectro de los cambios reconocidos en la persona mayor está el sentimiento de soledad, considerado un predictor de ansiedad y depresión*” (29). Es necesario una intervención oportuna del equipo interdisciplinario para fortalecer los lazos sociales de la

persona mayor y así evitar que lleguen a padecer depresión, complicando su estado de salud, si se tiene en cuenta que, en este curso de vida los adultos mayores tienden a presentar pluripatologías. La pérdida de la funcionalidad también es generadora de aislamiento social en la persona mayor debido a que se disminuye la movilidad y como consecuencia, la interacción social, ya que las dificultades de movilidad constituyen una barrera para el compromiso social. El cambio de la dinámica social, las creencias y cultura no arraigada que trae consigo la juventud, contribuye a que la población adulta mayor se sienta aislada y se considere como una carga para la familia. Situación que conlleva al abandono intrafamiliar y social.

Camargo (29)(29), refiere que entre las consecuencias de la soledad se puedan desglosar dificultades desde las dimensiones física, psicológica y social donde en la primera se puede presentar debilidad del sistema inmunológico, problemas cardíacos o digestivos y problemas en el patrón del sueño; en la dimensión psicológica, baja autoestima, depresión o alcoholismo y suicidio, y en la dimensión social, prejuicios sociales o aislamiento abriendo camino a que se presenten por medio de este fenómeno otras consecuencias graves para la salud (29).

Ziggi Iván Santini (16), en el texto Desconexión social, aislamiento percibido y síntomas de depresión y ansiedad entre los estadounidenses mayores (NSHAP), argumenta que, el aislamiento social y la soledad aumentan el riesgo de trastornos mentales (16), que contribuye en el desarrollo de patologías como la depresión lo que es coherente con la opinión de otros autores ya mencionados. Además, resalta la importancia de la dinámica social y la interacción de los adultos mayores con otros individuos para lograr de cierto modo disminuir la presencia de soledad. De allí, la importancia en la creación de políticas públicas o estrategias sostenibles dirigidas a la población adulta que satisfagan la necesidad de conexión social.

El estudio realizado por Emma Walker en el año 2019, refiere la asociación entre diferentes componentes biológicos del cuerpo humano que pueden aumentar o disminuir según las condiciones de los adultos mayores específicamente con relación al aislamiento social y la soledad. El estado de vida, la soledad y los marcadores neuroinmunes en adultos mayores, derivan su aumento o disminución según la circunstancia; *“Los niveles más altos de compromiso social y vivir con alguien se asoció con niveles más bajos de PCR, fibrinógeno y WBC, mientras que los niveles más bajos de soledad se asociaron con niveles más altos de IGF-1 (35).* Lo anterior, confirma la necesidad de brindar un cuidado multidimensional al adulto desde el punto de vista clínico, funcional, social y mental, pues se confirma la interrelación existente entre estas dimensiones. El profesional de enfermería, capacitado para brindar un cuidado holístico, debe participar de manera interdisciplinaria para mantener el equilibrio multidimensional del adulto mayor con la finalidad de prevenir los riesgos y mejorar su calidad de vida.

Para algunos autores, existe una relación muy importante entre la soledad y la depresión que está mediada por los cambios orgánicos a nivel corporal, ya que en el cuerpo *“Los factores estresantes sociales, como la desconexión social, pueden conducir a una regulación positiva de los genes de respuesta proinflamatoria para proteger contra la vulnerabilidad física” (35).* En este caso, la soledad como factor social y la depresión como consecuencia de un desorden orgánico.

Depresión en el Adulto Mayor

El término depresión se refiere a una serie de trastornos multifactoriales que incluyen características que varían desde las causas, síntomas, intensidad, cronicidad, curso de la enfermedad y también desde su comportamiento epidemiológico. Según la OMS, *“la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoes-*

tima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (35).

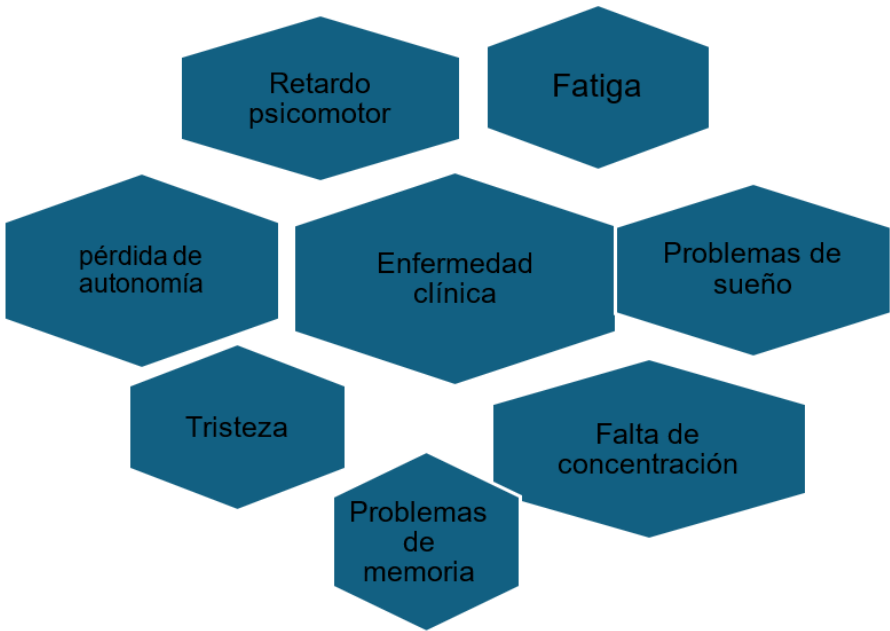
Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en Colombia en los años 2014-2015, mostró que la prevalencia global de síntomas depresivos en adultos mayores fue de 41% en ambos sexos y que esta prevalencia disminuye a partir de los 60 años (35). Lo que indica, la necesidad del abordaje integral de la depresión en las Rutas Integrales de Atención en Salud, en la población adulta mayor.

La depresión es un proceso multifactorial que, si bien está descrito en la población adulta mayor, es más estudiado en la población adulta. *“En el mundo, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y se espera que esta cifra aumente, pues se ha previsto que en 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad mundial”* (36). En la vejez es más preocupante porque tiene implicaciones en la familia, en la sociedad y en los sistemas de salud (36). De hecho, se ha convertido en un problema de salud pública, debido al fuerte impacto que tiene en los diferentes ámbitos, pues implica aumento en los costos de atención en salud y la mortalidad, afectando la economía de un país y disminuyendo los recursos para la atención, recuperación y rehabilitación del adulto mayor (36).

La depresión es un problema médico que afecta la vida diaria y el funcionamiento normal del adulto mayor, no es fácil de identificar de manera oportuna ya que muchos profesionales, suelen asociar los signos y síntomas con cambios propios del envejecimiento (37). Para Margarita Maldonado (38), la depresión es uno de los síndromes de mayor frecuencia y más incapacitantes en la población adulta mayor. Produce afecciones clínicas, afectivas, cognitivas y psicosociales.

Figura 5.

Afecciones producidas por la depresión



La edad, es uno de los factores que inciden en la depresión. Un estudio realizado en Estados Unidos e Inglaterra sobre trayectorias de depresión en adultos mayores durante una década (2002-2012), mostró como resultado que las cohortes más viejas en ambos países tenían más síntomas de depresión que las cohortes jóvenes. La unidad de medida en este estudio fue la “escala de medición del centro de estudios epidemiológicos” y fue aplicada a 22.525 adultos mayores de 50 años residentes en EE. UU. e Inglaterra. Lo que coincide con otros autores como Mariela Borda Pérez y otros (39), en cuyo estudio relaciona que los adultos mayores entre 65 y 75 años fueron los que más presentaron depresión, según la escala de medición “Yesavage” (39).

El género también está asociado a la depresión. Algunos estudios reportan que la depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, tal como lo demuestra el estudio de Margarita Maldonado Saucedo

(38), donde se encontró que los factores que más desencadenan la depresión en las mujeres son las responsabilidades del hogar en cabeza de ellas, dedicarse a una persona enferma en casa, bajos recursos económicos, violencia sexual e intrafamiliar, viudez, entre otros (38).

Figura 6.

Factores de depresión en las mujeres



Fuente: Elaboración propia. Tomado de "Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores viviendo en Pobreza".

Para Guzmán, Huenchuan y Montes, (40), vivir solo, no contar con apoyo familiar y social, son factores que predisponen la aparición de enfermedades mentales como la depresión, mientras que tener una familia, apoyo social y de la comunidad, hacen parte de los factores que fortalecen emocionalmente al individuo. Lo que reafirma la estrecha relación que existe entre la soledad y depresión.

Otros estudios, refieren la existencia de una relación entre los fenómenos de soledad y aislamiento social con la depresión. Un estudio

de corte longitudinal realizado a 3005 personas adultas mayores con edades comprendidas entre 57 y 85 años en Estados Unidos identificó dos patrones significativos con síntomas de depresión y dos con síntomas de ansiedad, siendo la desconexión social el mayor indicativo de aislamiento que a su vez produjo síntomas de depresión (39) El estudio “Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores viviendo en Pobreza”, encontró como resultado que los adultos mayores participantes del estudio se sienten satisfechos o muy satisfechos con sus hijos; además, la religión fue concebida por la mujeres como factor importante de bienestar, pero no es muy importante para los hombres (39); lo que confirma que la importancia del fortalecimiento de las relaciones socio-familiares como factores protectores en la disminución del riesgo de soledad y depresión.

Abandono en el Adulto Mayor

Si bien es cierto que, se encontraron pocos artículos donde se referencie el abandono y su relación con la soledad y depresión, como se mencionó en capítulo anterior, es posible inferir que el adulto mayor que se encuentra en situación de abandono, experimente sentimientos de soledad o aislamiento social, teniendo en cuenta que, la conexión social como las redes de apoyo, la religión, la participación en eventos sociales, los grupos de amigos, entre otros, permiten al adulto integrarse y ser reconocido socialmente. Además, que logra un mayor equilibrio en su esfera mental, clínica, social y funcional (40).

La negligencia o abandono es el descuido por parte de los familiares hacia algunos de los miembros de la familia. El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores. Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un gru-

po familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad (41).

El abandono es una de las situaciones que más padecen los adultos mayores en muchos lugares del mundo (42). Este, trae consigo la dispersión de múltiples emociones que afectan la salud psico bio social de los adultos mayores, lo cual se ve reflejado en múltiples consecuencias que desencadenan alteraciones en la salud física y mental; esta problemática se ha convertido en un problema de salud pública, dado que el número de adultos en esta situación se ha ido incrementado, así existan leyes, decretos que se crearon con el fin de amparar a esta población (43); los adultos mayores en gran parte padecen de situación de vulnerabilidad entre ellas la condición de abandono que bien cabe resaltar vulnera en absoluto la forma de vida de los mismos.

Por otro lado el abandono de los adultos mayores en muchos casos se desencadena del núcleo familiar o de las personas a cargo de su cuidado, el panorama se enfoca en que las nuevas familias se forman y no están pensando en “arrastrar” consigo la carga de los viejos; pues a decir de los jóvenes o adultos no mayores es que son una verdadera carga, hay que hacerles todo y esto se agudiza cuando sus situaciones económicas son las de tener que mantenerlos y peor, cuando presentan patologías en donde hay que atenderlos y dedicarle tiempo a esa atención. Lo anterior, refleja una realidad socio familiar colombiana.

La sociedad por su parte desplaza y discrimina a la población adulta mayor creando estereotipos relacionados con la edad, apartando a esta población del campo laboral, despreciando su experiencia y conocimientos y ejerciendo un alto nivel de discriminación. Se evidencia que existen leyes que dan un cubrimiento específico al adulto mayor por ser una de las poblaciones más vulnerables, pero a su vez el Estado hace caso omiso para el cumplimiento de las mismas; estas

leyes en muchos de sus artículos se quedan en letra muerta, por ende, esta problemática tiende a agudizarse en un futuro inmediato.

El deterioro fisiológico que transcurre con la edad y aspectos como el abandono pueden conducir a que los adultos mayores experimenten estados de soledad y depresión que los ponen en una situación de vulnerabilidad, siendo el abandono un factor que por lo general obedece a problemas generados en la familia, el entorno y que a su vez desencadenan consecuencias funestas para el adulto mayor.

La Dra. Mg. Jenny Fernanda Villarroel y otros (44) en el texto *Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar* refieren que, *“En forma general el envejecimiento de la población trae consigo aparición de las diversas enfermedades crónicas degenerativas que conllevan a la disminución de la funcionalidad y a un posible abandono familiar”* (25). Lo cual se relaciona directamente con el hecho de que las familias al evidenciar el deterioro en las actividades de la vida diaria de los adultos deciden abandonarlos para no proporcionar los cuidados que exigen sus necesidades o prefieren internarlos en centros geriátricos donde, de algún modo también terminan en condición de abandono.

La autora manifiesta que además de cambios psicológicos y emocionales a partir del abandono se presentan diversas enfermedades que conllevan al deterioro de la salud física y cognitiva de los adultos mayores, que van a limitar e incrementar sentimientos de soledad y depresión.

Los autores Cristina Lissette Loor López y Jayne Betsy Rodríguez Álava (45) en el texto *el Abandono del Adulto Mayor y su incidencia en su estado emocional en el centro gerontológico casa hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018* opinan que, *“El adulto mayor en la actualidad es abandonado por sus familiares o las personas que estén a cargo del mismo”*. Lo que coincide con la pos-

tura de la autora anterior en la que relaciona el abandono del adulto mayor como un acto que involucra directamente a la familia. Estos autores, además, resaltan la importancia de la salud psicológica en los adultos puesto que, el experimentar el abandono hace que padezcan sentimientos de soledad por el hecho de haber sido apartados de su entorno y núcleo familiar haciendo que en sus vidas haya un cambio drástico.

Para Laura Margarita Forero y otros (46), *“El maltrato al adulto mayor es un problema complejo que no puede atribuirse a una causa única, sino que corresponde a una interacción de factores”*. Desde este punto de vista, podría considerarse el abandono como una forma de maltrato porque en este contexto los adultos se exponen a situaciones de aislamiento social, agresiones físicas, psicológicas en las que se vulneran sus derechos y ponen en riesgo su salud psico biosocial.

En Colombia, a través de la Ley 1850 de 2017 se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

Es muy importante para el profesional de enfermería tener el conocimiento científico para realizar una valoración geriátrica integral con el fin de explorar cada una de las dimensiones psicobiosociales del adulto mayor e identificar alteraciones que puedan comprometer su estado de salud. La VGI permite al profesional de enfermería participar en el cuidado interdisciplinario del adulto, ejerciendo liderazgo en el cuidado gracias a su formación integral que le permite tomar decisiones fundamentadas científicamente.

Finalmente, la revisión de literatura realizada en la elaboración de esta monografía permite concluir que existe una relación entre los fenómenos sociales estudiados. Si bien es cierto que la depresión se considera una patología, las situaciones del entorno familiar, social,

económico producen en el adulto mayor sentimientos de soledad y abandono lo que contribuye en el desarrollo de la enfermedad. Los estudios describen la soledad como un desencadenante de la ansiedad y depresión en los adultos mayores. El abandono según lo revisado en la literatura si no se interviene oportunamente termina dejando a la persona mayor sola sin ninguna red de apoyo ni de la familia ni de la sociedad. La persona que ha sido víctima de abandono familiar, violencia física y/o psicológica, y que cuenta con escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, experimenta sentimientos de soledad y compromete su estado de salud biopsicosocial.

Conclusiones

Esta revisión bibliográfica permitió profundizar en el conocimiento sobre los fenómenos que están asociados a las personas mayores como, soledad, depresión y abandono. Desde el punto de vista de los autores son múltiples los factores que generan los estados patológicos, psicológicos y de soledad en esta población, realidad social que se vive en Colombia.

Con relación a los fenómenos de soledad, depresión y abandono, detectar a tiempo las causas desencadenantes que alteran la salud del adulto mayor ayuda a tratar oportunamente la población, disminuyendo en un alto porcentaje la morbilidad y la mortalidad puesto que no, se permite que haya una disminución en la calidad de vida de los adultos mayores.

Mantener las redes de apoyo familiar, social y de la comunidad del adulto mayor es vital para mantener el equilibrio psico biosocial, el entorno y la interacción social. Igualmente, fortalecer la esfera, funcional, social y mental del adulto mayor.

El papel del Estado es fundamental para la protección de las personas en el curso de vida de vejez, teniendo en cuenta que es una de las po-

blaciones más vulnerables y porque al hacer intervenciones oportunas se pueden llegar a disminuir tasas de abandono, de soledad y de depresión, logrando contribuir a un envejecimiento pleno, gozando así de la última etapa de la vida y teniendo una muerte digna cuando sea el caso.

El rol del profesional de enfermería es vital dentro del cuidado de las personas mayores y en la participación de las políticas públicas encaminadas a la protección y al mantenimiento de la calidad de vida.

Recomendaciones

Sensibilizar a la familia y a la comunidad sobre la importancia del buen trato y cuidado del adulto mayor porque de algún modo se consideran la columna vertebral y no es justo que después de haber entregado su vida y sus esfuerzos como persona útil y ya cargada de experiencia; sea precisamente, la familia, la sociedad y el Estado los que ejercen y practican la exclusión; lo que se refleja en las pocas y/o débiles Políticas de Estado para su protección y cuidado y sobre todo en la familia, que cuando no son productivos y su salud física y mental tiende a cambios propios del envejecimiento, los relegan a un segundo plano creando así las situaciones de soledad y depresión que muchas veces los acompañan.

Agradecemos a la Universidad Santiago de Cali por su proceso de formación, por direccionar por el mejor de los caminos nuestro gusto profesional, como futuras Enfermeras llevaremos con orgullo y con la seguridad de alcanzar grandes metas en nuestro desempeño profesional y académico futuro llevando en alto el nombre de nuestra alma máter. A la Docente María Elena Castro Cataño, ya que sin el aporte de sus conocimientos no hubiera sido posible culminar efectivamente, venciendo algunas barreras para alcanzar el logro de la presentación de este documento.

A las familias debido a la situación mundial que estamos viviendo se les pide tener en cuenta las medidas de protección implementadas por las entidades competentes para evitar el riesgo de contagio por Covid 19 en sus hogares además el uso adecuado de los elementos de protección personal a la hora de salir de casa y al llegar a la misma realizar la respectiva desinfección.

Financiación

No se ha utilizado financiación para esta investigación.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Referencias Bibliográficas

1. OMS. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud OMS, Editor. Américas. 2017.
2. Durán Badillo T., Aguilar RM. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una. Elsevier. Marzo, 2013. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Systematic_Reviews_and_Research_Syntheses.pdf
3. Cardona Jimenez, J. Villamil Gallego MM. El sentimiento de soledad en el adulto mayor. Asociación Colombiana de Gerontología. 2006; 20 (2). 930 -938. Disponible en: [extension://efaid-nbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf](https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf).
4. Serra Valdés Miguel, Cordero López Girelda, Viera García Marleny. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. Medisur [Internet]. 2018 Abr [citado 2025 Oct 06] ; 16(2): 233-240. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200006&lng=es.

5. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, et al. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2017. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf
6. Organización de las Naciones Unidas. Aumenta cada vez más el abuso y maltrato a los ancianos, advierte la OMS. Red Latinoamericana de Gerontología. 2017 junio. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/news/social/elder-abuse-awareness.html>.
7. Revista Portafolio. Panorama del adulto mayor en Colombia. 2018. Disponible en: <https://www.portafolio.co/economia/panorama-del-adulto-mayor-en-colombia-2018-517356>.
8. Joiners C. Personas mayores en casa: cómo llevar la situación. 2017. Disponible en: <https://www.joyners.com/blog/author/joyners-cuidadores/>.
9. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. 2015;17(1):121-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
10. Quintero A. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internad. Biomédica. Noviembre 2014. 2014;34(4):567-575. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2211>
11. Fernández CF. En el país, cada vez más viejos y desprotegidos. El Tiempo. 2018 [citado 2025 abr 29]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/panorama-de-los-adultos-mayores-en-colombia-a-2018-213710Redalyc+2Revistas UNAL+2Repositorio CES+2>
12. Quintero Jiménez JL. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina U.P.B. Junio. 2013

13. Kenneth W. Psychotherapeutic treatments for older depressed people Kenneth Wilson¹, Patricia G Mottram², Christopher Vassilas. Cochrane Database of Systematic. 2010. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD004853.pub2>
14. Rivera Navarro J, León B, Pazzi Olazarán KA. Depression in the aging: an important health problem in Mexico. *América Latina Hoy*. 2015;71:103-118. <https://doi.org/10.14201/alh201571103118globaleducation.rutgers.edu>
15. Vanoh D. Prevalencia y determinantes de los trastornos depresivos entre la comunidad que habitan en los adultos mayores: resultados de la Hacia Util Aging Study. *Int J Gerontol*. 2016;10(2):80-85.
16. Santini ZI, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, Myea KR, Koushede Y. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
17. Congreso de Colombia. Ley 911 del 5 de octubre de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0911_2004.html
18. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia. Resolución 0167 de 2019. Por la cual se adoptan los lineamientos para una política de ciencia abierta en Colombia. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0167-2019.pdf

19. Colciencias. Matriz de seguimiento al plan de acción institucional. 2019. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0167-2019.pdf
20. Universidad Santiago de Cali . Resolución 02 del 2020 chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.usc.edu.co/wp-content/uploads/2022/08/RESOLUCIN_DGI-01_2020_TRABAJOS_DE_GRADO.pdf
21. Chaparro Díaz L. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de Enfermería. *Cuidarte*. 2019;10(1):e1234.
22. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Oficina de Política Científica. Las personas mayores y la depresión. Publicación de NIH Núm. SQF 16-7697. Enero 2017.
23. Wilson K, Mottram PG, Vassilas C. Tratamientos psicoterapéuticos para personas de edad avanzada con depresión. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD004853. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004853.pub2> Welcome
24. Villarroel JF, et al. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono. *Universidad Técnica de Ambato (Enfermería Investiga)*. 2017;2(1):45-52.
25. Villarroel Vargas JF. Functional assessment of older adults related to family abandonment. *Enfermería Investiga*. 2017;2(1):45-52.
26. Buitrago Bonilla LM. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*. 2018;6(17):123-130.
27. Bandari AM. Definición de soledad en adultos mayores: protocolo para una revisión sistemática. *Revisiones Sistemáticas*. 2019;8(1):e1001.

28. Camargo CM, et al. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 2019.
29. Camargo Rojas CM. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Médica*. 2020;61(2):e123456.
30. Dahlberg L, et al. ¿Más solo que nunca? La soledad de las personas mayores durante dos décadas. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017;72:64-70.
31. Petite TM, et al. Una revisión sistemática de la soledad y las condiciones físicas crónicas comunes en adultos. *Biblioteca Nacional de Medicina*. 2015;15(5):e12345.
32. Niedzwiedz CL. La relación entre riqueza y soledad entre las personas mayores en toda Europa: ¿es protectora la participación social? *Biblioteca Nacional de Medicina*. 2016;16(7): e67890.
33. Ruiz Sánchez M. Aislamiento social, soledad, situación socioeconómica y conductas de riesgo para la salud en barrios desfavorecidos en Dinamarca. *Elsevier*. 2020;20(4):e34567.
34. Lunstad JH, Smith TB, et al. La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo de mortalidad: una revisión metaanalítica. *SAGE Journals*. 2015;15(3):e23456.
35. Walker E. Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2019;(73):17-43.
36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

37. MedlinePlus. Depresión en los adultos mayores. 2020. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
38. Maldonado Saucedo M. Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*. 2015;5(1):1815-1825.
39. Borda M, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. 2012;28(2):123-130.
40. Guzmán H, et al. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. 2013;1(1):45-50.
41. Guzmán Parra MI. Abandono en el adulto mayor, derechos y política social. 2010;1(1):30-35.
42. Centro de Noticias ONU. Aumenta cada vez más el abuso y maltrato a los ancianos, advierte la OMS. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2017. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/news/social/elder-abuse-awareness.html>
43. Congreso de Colombia. Ley 1251 de 2008. Protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Ley 1850 del 19 de julio del 2017. Se establecen medidas de protección al adulto mayor.
44. Villarroel JF, et al. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono. *Universidad Técnica de Ambato (Enfermería Investiga)*. 2017;2(1):45-52.
45. Loor C, Rodríguez Álava JB. El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el centro gerontológico Casa Hogar
46. Forero Borda Laura Margarita, Hoyos Porto Saith, Buitrago Martínez Viviana, Heredia Ramírez Rodrigo Alberto. Maltrato a las

personas mayores: una revisión narrativa. Univ. Med. [Internet]. 2019 Dec [cited 2025 Oct 06]; 60(4): 43-58. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392019000400043&lng=en. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-4.malt>.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRASTORNOS MENTALES EN JÓVENES

Identification of Risk Factors for Mental Disorders in Adolescents

Juan Fernando Bedoya Sandoval

<https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>,

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Viviana Rivera Romero

<https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>,

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Resumen

Introducción: La salud mental es un pilar del bienestar humano e influye en cómo las personas enfrentan los retos cotidianos. En adolescentes, su equilibrio es vulnerable por la exposición a factores como el estrés, presión social y condiciones adversas del entorno, lo que puede desencadenar alteraciones si no se interviene a tiempo.

Objetivo: Identificar el riesgo de trastornos mentales en adolescentes escolarizados de una institución educativa pública del municipio de Palmira, Valle del Cauca. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental, utilizando un muestreo aleatorio simple. La población estuvo conformada por 25 adolescentes entre los 16 y 18 años. Se aplicaron análisis descriptivos con medidas de tendencia central para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas. **Re-**

Cita este capítulo

Bedoya Sandoval, J. F., & Rivera Romero, V. (2025). Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes. En L. A. Meneses-Urrea & D. Villegas Arenas (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 189–217). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

sultados: Los hallazgos evidenciaron que una proporción significativa de los adolescentes escolarizados presenta riesgo de alteraciones en la salud mental, con una prevalencia del 44% en síntomas de angustia psicológica, como tristeza, llanto frecuente, cansancio y pérdida de interés en las actividades. Asimismo, se identificó que un 40% presenta posibles síntomas psicóticos, tales como ideas de persecución, alteraciones en la percepción del pensamiento y alucinaciones auditivas. En cuanto al riesgo de consumo problemático de alcohol, un 25% fue percibido por su entorno como consumidor excesivo, y un 19% manifestó preocupación por su propio consumo. **Conclusiones:** Estos resultados, comparados con investigaciones previas, reflejan mayor nivel de riesgo y subrayan la necesidad de intervenciones tempranas, integrales e interdisciplinarias que respondan al contexto biopsicosocial de los adolescentes.

Palabras Clave: adolescentes, alteraciones mentales, detección temprana, salud mental, contexto escolar.

Abstract

Introduction: Mental health is a fundamental component of overall well-being, shaping how individuals think, feel, and cope with everyday challenges. Adolescents are particularly vulnerable due to heightened exposure to stress, peer pressure, and environmental adversity—factors that can lead to mental health issues if not addressed early. **Objective:** To assess the risk of mental health disorders among adolescents enrolled in a public high school in Palmira, Valle del Cauca, Colombia. **Methodology:** This study employed a quantitative, descriptive, cross-sectional, and non-experimental design with simple random sampling. The sample included 25 students aged 16 to 18. Descriptive statistics were applied, using measures of central tendency for quantitative variables and absolute and relative frequencies for categorical data. **Results:** A substantial portion of students demonstrated signs of mental health risk. Specifically, 44%

showed symptoms of psychological distress—such as sadness, frequent crying, fatigue, and loss of interest in daily activities. Furthermore, 40% exhibited potential psychotic indicators, including paranoid thoughts, disrupted thinking, and auditory hallucinations. Regarding alcohol use, 25% were perceived by others as drinking excessively, and 19% reported personal concern about their consumption. **Conclusions:** These findings, which exceed those reported in previous studies, underscore the urgent need for early, interdisciplinary mental health interventions tailored to the biopsychosocial realities of adolescents.

Keywords: adolescents, mental disorders, early detection, mental health, school context.

Introducción

La salud mental, entendida como un estado de bienestar emocional, psicológico y social, es esencial para el desarrollo integral del ser humano. En la adolescencia, esta se ve particularmente afectada por transformaciones biopsicosociales, las cuales incrementan la susceptibilidad a alteraciones mentales como ansiedad, depresión, ideación suicida y trastornos psicóticos. La Organización Mundial de la Salud advierte que alrededor del 10% de los adolescentes padecen algún trastorno mental diagnosticable, siendo la cuarta causa de muerte en este grupo la conducta suicida (3-4). Factores como el maltrato infantil (6), el acoso escolar (7), el consumo de sustancias psicoactivas (9) y la falta de apoyo emocional agravan esta situación, especialmente en contextos educativos públicos con escaso acceso a servicios especializados (5,18-19).

La población adolescente escolarizada, especialmente en zonas urbanas y de estratos bajos, enfrenta múltiples riesgos que atentan contra su bienestar mental. Estudios recientes evidencian una prevalencia creciente de síntomas relacionados con angustia psicológica, depresión y consumo de sustancias, en especial en estudiantes de secunda-

ria entre los 16 y 18 años (1-2,15,20). La adolescencia representa un periodo de alta vulnerabilidad, por lo que es clave su abordaje oportuno desde una perspectiva preventiva y promotora del bienestar. Así lo establece la Ley 1616 de 2013 en Colombia, que posiciona la salud mental como un derecho fundamental y promueve la detección temprana de trastornos en entornos escolares (10,1).

El presente estudio se desarrolló con el propósito de identificar los riesgos de trastornos mentales en adolescentes de una institución educativa del municipio de Palmira, aplicando el instrumento SRQ. Esta herramienta permite un tamizaje rápido y confiable de síntomas depresivos, psicóticos y de consumo problemático de alcohol, facilitando la intervención oportuna por parte de profesionales en salud (16-17). Los hallazgos reflejan que más del 44% de los estudiantes encuestados presentan riesgo de angustia psicológica y cerca del 40% evidencian posibles síntomas psicóticos. Aunque el consumo de alcohol se presenta con menor prevalencia, el 25% ha tenido observaciones familiares al respecto, y un 19% refiere percepción personal de consumo excesivo.

La bibliografía consultada muestra que, pese a los avances en detección, persisten barreras estructurales como la estigmatización de los problemas mentales, la desarticulación de los servicios escolares con el sistema de salud y la falta de alfabetización emocional (16,19,22). Investigaciones como las de Acevedo et al. y Olivari y Mellado confirman que los adolescentes con baja percepción de su salud mental o escaso apoyo familiar y escolar, tienen menor probabilidad de buscar ayuda (15 -16). Además, el estudio revela que una intervención adecuada desde el entorno escolar puede mitigar los efectos adversos del entorno y fortalecer factores protectores como el acompañamiento docente, la promoción de hábitos saludables y la inclusión familiar (2,20-21).

Desde el enfoque disciplinar de la enfermería, se considera esencial que los profesionales actúen como agentes de detección temprana, brindando cuidado holístico y articulando redes de apoyo institucional (23,25). Así mismo, se sugiere que los programas de formación de enfermería incluyan competencias específicas en salud mental adolescente, para responder de forma efectiva a las necesidades de esta población. Esta tarea resulta aún más urgente ante el impacto de la pandemia de COVID-19, que incrementó los índices de estrés, ansiedad y aislamiento social en adolescentes, como lo evidencian cifras del DANE y el Ministerio de Salud (27-28).

En consecuencia, el trabajo cobra relevancia no solo para el ámbito educativo, sino también para el diseño de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud mental. El abordaje inter y transdisciplinar, la continuidad en la aplicación de instrumentos como el SRQ y la capacitación del personal docente son acciones que permitirían fortalecer la red de contención psicosocial en los colegios públicos del país.

Objetivo General

Identificar riesgos de trastornos mentales en adolescentes escolarizados de una institución educativa pública, del municipio de Palmira, Valle del Cauca.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población estudiantil de la institución educativa Técnica Comercial del Valle del municipio de Palmira, Valle del Cauca.
2. Identificar la posible presencia de síntomas de angustia psicológica en los estudiantes de la institución educativa.
3. Localizar posibles síntomas psicóticos en los adolescentes de la institución educativa

4. Detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes de la institución educativa.

Materiales y Métodos

La metodología obedece al enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, corte transversal y no experimental. Por su parte, la población, sujeto de estudio, estuvo integrada por adolescentes escolarizados de la institución educativa de Palmira - Valle; estos educandos están en un grupo etario entre los 16 y los 18 años, y se encuentran en el 11°. Es de destacar que la muestra fue probabilística, a través del muestreo aleatorio simple.; el cálculo de esta se realizó al establecer un nivel de confianza del 95 % ($Z = 95 \% = 1.96$), el margen de error del 5 %, proporción de individuos a participar en el estudio ($p = 50 \%$), proporción de individuos que no tiene las características para ser incluidos ($q = 1-p$), mediante una calculadora estadística digital (feedback network), cálculo que correspondió a un tamaño de la muestra de 16 educandos encuestados. Ahora bien, dentro de los criterios de inclusión, que se tuvieron en cuenta para el trabajo, son: a) adolescentes en un grupo etario entre los 16 y 18 años; b) deben estar en el 11° de educación básica secundaria; c) desear participar de forma voluntaria; d) contar con la autorización de sus padres o acudientes, mediante la firma del consentimiento informado.

De otra parte, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario SRQ, el cual mide cinco áreas específicas, a saber: depresión, angustia, psicosis, epilepsia y alcoholismo. Este se puede aplicar desde los 16 años de edad, y está estructurado por 30 preguntas que son de fácil explicación por ser de respuestas SÍ y NO. La Organización Mundial de la Salud diseñó este cuestionario que permite ampliar la detección temprana y toda la atención de los problemas de la salud mental en contextos amigables para los adolescentes y jóvenes. Ya que, posibilita detectar cuál es la condición del encuestado, para, así, valorar la

condición que pueda afectar su salud mental. Cada respuesta afirmativa se calcula como un (1) punto. En ese orden, si la persona tiene de cinco (5) a siete (7) puntos positivos, entre las preguntas 1 a 18, se considera que existe riesgo de que se presente una angustia psicológica significativa. Asimismo, la respuesta afirmativa de cualquiera de las preguntas de la 19 a la 23 puede indicar problemas y la necesidad de remisión inmediata debido a posibles síntomas psicóticos. Por su parte, las respuestas afirmativas de las preguntas 24 a 28 indican la presencia de un consumo problemático de alcohol.

De esta forma, para dar cumplimiento a los objetivos, se entregó una carta de solicitud de permisos, en la cual se socializaron los propósitos y los aspectos metodológicos que dan cuerpo al proyecto. Así, ya avalado por los directivos, los docentes y estudiantes, se realizó un tamizaje en el grado 11º, con el fin de identificar a la población, sujeto de estudio. Luego, se entregaron consentimientos informados a los educandos menores de edad. Después, de realizar la recolección de dichos formatos, y su subsecuente verificación del diligenciamiento, se accede a la aplicación del cuestionario, garantizando la confidencialidad. El tiempo esperado para la realización de este cuestionario fue alrededor de 15 a 20 minutos y se hizo el acompañamiento de los autores del estudio en la eventualidad de surgir alguna duda al diligenciamiento.

Aspectos Éticos

El presente estudio, orientado a identificar riesgos de trastornos mentales en adolescentes escolarizados del municipio de Palmira, se desarrolló dentro de un marco ético que asegura el respeto por la dignidad humana, la confidencialidad y los derechos fundamentales de los participantes. Se reconoce que los hallazgos pueden contribuir al mejoramiento de los procesos escolares y de salud mental, promoviendo un impacto positivo en el entorno social y medioambiental de los educandos.

Desde la perspectiva ética, el fundamento del proyecto radica en el respeto a la dignidad de los participantes, más allá del beneficio hacia terceros. Esto implica una conducta basada en la no vulneración de los derechos individuales, alineada con lo señalado por principios morales universales (29). En este sentido, la información recolectada fue utilizada exclusivamente para fines académicos, garantizando su uso responsable y evitando cualquier desviación con propósitos no investigativos. Asimismo, se preservó la confidencialidad de los datos mediante la codificación y anonimización de las respuestas, tal como recomiendan las directrices éticas internacionales (30).

Para el desarrollo de la investigación se aplicaron los lineamientos establecidos en la **Resolución 8430 de 1993** del Ministerio de Salud de Colombia (31), la **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial (32) y la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO**. Estos documentos fueron esenciales para establecer principios rectores, como la protección de los derechos, el bienestar y la privacidad de los sujetos de investigación.

El estudio consideró las siguientes dimensiones éticas claves:

- **Dignidad Humana:** El respeto por la integridad y derechos del ser humano fue prioritario durante todo el proceso, como lo establece la normativa internacional en bioética (31,33).
- **Privacidad y Confidencialidad:** Se tomaron precauciones rigurosas para proteger la intimidad de los participantes. La información fue tratada con reserva, siguiendo lo dispuesto en el Artículo 24 de la Declaración de Helsinki (32).
- **Consentimiento informado:** Todo participante o su representante legal otorgó autorización previa, libre e informada, conforme a lo estipulado en las normas bioéticas nacionales e internacionales (32,33).

- Difusión de resultados: Los hallazgos serán compartidos de manera transparente, y los participantes tendrán derecho a conocer los resultados y beneficiarse de ellos, de acuerdo con los Artículos 35 y 36 de la Declaración de Helsinki (32).

Resultados

El análisis sociodemográfico de la población estudiada evidencia un perfil que permite comprender los factores contextuales asociados al riesgo de alteraciones en la salud mental. Los participantes fueron 25 adolescentes entre los 16 y 18 años, todos pertenecientes al grado undécimo de una institución pública del municipio de Palmira.

En términos de género, se observa una **mayor participación de mujeres (75%)** frente a hombres (25%), lo cual coincide con la literatura que sugiere una mayor tendencia de las adolescentes a reportar síntomas emocionales, especialmente relacionados con ansiedad, tristeza o somatización [(1,2)]. La distribución por estrato socioeconómico muestra que el **62% de los encuestados pertenece al estrato 2**, seguido del **25% al estrato 1**, lo que confirma que la mayoría proviene de contextos con recursos limitados. Estas condiciones han sido identificadas como **determinantes sociales clave de riesgo en salud mental**, ya que afectan el acceso a oportunidades, la estabilidad emocional y el entorno familiar [(10,11)].

En cuanto a la zona de residencia, el **88% habita en áreas urbanas**, mientras que solo un **12% vive en zonas rurales**, lo que, aunque minoritario, destaca la importancia de atender las diferencias territoriales en acceso a servicios de salud y acompañamiento psicosocial. En relación con el tipo de afiliación al sistema de salud, el **56% de los estudiantes están inscritos en el régimen contributivo**, el **38% en el subsidiado** y el **6% en régimen especial**, lo que indica que **todos están integrados al SGSSS**. Este aspecto es fundamental, ya que **garantiza la posibilidad de atención médica en caso de detectar al-**

guna alteración en la salud mental, aspecto reforzado por la **Ley 1616 de 2013**, que promueve el derecho efectivo a la salud mental desde un enfoque integral (10).

Finalmente, se identificó que el **12% reportó antecedentes familiares de enfermedad mental**, y el **6% antecedentes personales**, principalmente asociados a **trastornos depresivos o del estado de ánimo**. Estos datos constituyen factores de riesgo individuales importantes, que han sido ampliamente documentados en estudios como los de Olivari y Mellado (16) y Aguirre (20), quienes señalan que la carga genética y el entorno emocional familiar tienen un papel determinante en la aparición de sintomatología psicológica en la adolescencia. Tabla 1

Tabla 1.
Características sociodemográficas

Variable	Datos	Frecuencia
Edad	16 años	12 %
	17 años	62 %
	18 años	25 %
Genero	Femenino	75 %
	Masculino	25 %
Etnia	Blanco	38 %
	Mestizo	50 %
	Indígena	0 %
	Afrocolombiano	12 %
	Otros	0 %

Variable	Datos	Frecuencia
Nivel socioeconómico	Estrato 1	12 %
	Estrato 2	62 %
	Estrato 3	25 %
Nivel de estudio	Secundaria	100 %
Grado que cursa	Undécimo	100 %
Régimen de salud	Contributivo	56 %
	Subsidiado	38 %
	Especial	6 %
Procedencia	Urbana	88 %
	Rural	12 %
Tiene antecedentes familiares de enfermedad mental	Sí	12 %
	No	88 %
Usted tiene antecedentes de diagnóstico de enfermedad mental (en caso de responder “sí” mencionar que enfermedad)	Sí	6 %
	No	94 %

Fuente: Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes.

Tabla 2.

Variables del instrumento SRQ - Riesgo de angustia psicológica

Variables	Datos	Frecuencia
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	Sí	38 %
	No	62 %
2. ¿Tienes mal apetito?	Sí	32 %
	No	68 %

Variables	Datos	Frecuencia
3. ¿Duerme mal?	Sí	44 %
	No	56 %
4. ¿Se asusta con facilidad?	Sí	50 %
	No	50 %
5. ¿Sufre de temblores en las manos?	Sí	19 %
	No	81 %
6. ¿Se siente nervioso o temeroso?	Sí	44 %
	No	56 %
7. ¿Sufre de mala digestión?	Sí	19 %
	No	81 %
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	Sí	19 %
	No	81 %
9. ¿Se siente triste?	Sí	56 %
	No	44 %
10. ¿Llora con frecuencia?	Sí	69 %
	No	31 %
11. ¿Tiene dificultad para disfrutar de sus actividades diarias?	Sí	48 %
	No	62 %
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	Sí	56 %
	No	44 %
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo o su trabajo se ha visto afectado?	Sí	13 %
	No	87 %
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Sí	19 %
	No	81 %
15. ¿Ha perdido el interés en sus cosas?	Sí	69 %
	No	31 %

Variables	Datos	Frecuencia
16. ¿Se siente aburrido?	Sí	75 %
	No	25 %
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	Sí	48 %
	No	62 %
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	Sí	62 %
	No	38 %
19. ¿siente que es usted una persona inútil?	Sí	25 %
	No	75 %
20. ¿tiene sensaciones desagradables en su estómago?	Sí	30 %
	No	70 %

Fuente: Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes

Los resultados obtenidos a partir de la **Tabla 2 del SRQ** evidencian una **alta prevalencia de sintomatología emocional** asociada a riesgo de angustia psicológica en la población adolescente escolarizada evaluada. Estos hallazgos reflejan un estado de alerta frente al bienestar psicoemocional de los jóvenes, lo cual refuerza la importancia de continuar desarrollando investigaciones que permitan detectar tempranamente alteraciones en la salud mental.

Específicamente, los datos muestran que un **38% de los estudiantes presenta frecuentes dolores de cabeza**, el **32% manifiesta tener mal apetito** y el **44% declara dormir mal**, síntomas somáticos comúnmente asociados a estados de ansiedad y estrés. Además, un preocupante **50% de los encuestados se asusta con facilidad**, mientras que el **44% expresa sentirse nervioso o temeroso**, lo que refuerza la presencia de sintomatología ansiosa. A esto se suma que un **19% refiere temblores en las manos** y un **19% sufre de mala digestión**, ambos signos que pueden reflejar tensión emocional sostenida.

Desde el plano cognitivo, el **19% de los estudiantes asegura ser incapaz de pensar con claridad** y el **56% manifiesta tener dificultad para tomar decisiones**, indicadores que comprometen el rendimiento académico y la funcionalidad cotidiana. Igualmente, el **48% reporta dificultades para disfrutar de sus actividades diarias**, y el **13% indica que su desempeño laboral o escolar se ha visto afectado**, lo que apunta a una afectación funcional progresiva.

En términos afectivos, los hallazgos son aún más alarmantes. Un **56% de los adolescentes se siente triste**, el **69% afirma llorar con frecuencia**, y el mismo porcentaje reporta haber perdido el interés en sus cosas. Asimismo, un **75% dice sentirse aburrido**, y un **62% refiere sentirse cansado todo el tiempo**, todos síntomas compatibles con estados depresivos. De manera crítica, el **48% ha tenido ideas de acabar con su vida**, cifra que refleja una prevalencia preocupante de ideación suicida en esta muestra escolarizada.

Este conjunto de síntomas pone en evidencia una afectación multidimensional del bienestar emocional, que requiere **acciones inmediatas de intervención y seguimiento**. Tales datos coinciden con estudios previos de autores como Rodríguez y Hernández (1), Casasñas y Lalucat (2), y Castellví-Obiols y Piqueras (4), quienes destacan la alta prevalencia de trastornos afectivos y ansiosos en población adolescente, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. Igualmente, se alinean con los hallazgos de Oliveira et al. (7), Olivari y Mellado (16), Aguirre (20) y Macaya y Parada (19), que subrayan la necesidad de atender de forma integral las problemáticas psicosociales emergentes desde el ámbito escolar.

En el marco jurídico y de salud pública, estos hallazgos se articulan con lo establecido en la **Ley 1616 de 2013**, que establece como uno de sus principios fundamentales el derecho a la salud mental y promueve la prevención de los trastornos mentales desde edades tempranas [(10)]. En su Artículo 5, se define la prevención como el conjunto de

acciones orientadas a reducir la exposición a factores de riesgo, promover factores protectores y facilitar el automanejo de los síntomas emocionales, tanto a nivel individual como colectivo.

Del mismo modo, la **Política Nacional de Salud Mental** y su actualización en 2020, enfatizan la necesidad de intervenir sobre determinantes estructurales —familiares, escolares, comunitarios y socioeconómicos— para reducir la incidencia de trastornos mentales y prevenir conductas como el suicidio, la violencia y el consumo de SPA (11). En este sentido, la identificación del riesgo de angustia psicológica en un **44% de los estudiantes evaluados**, como resultado del análisis de los ítems 1 a 20 del SRQ, representa una alerta sanitaria que debe traducirse en medidas de atención oportuna.

Tabla 3.

Variables del instrumento SRQ - Riesgo de síntomas psicóticos

Variables	Datos	Frecuencia
21. ¿Siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	Sí	69 %
	No	31 %
22. ¿Es una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	Sí	50 %
	No	55 %
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	Sí	50 %
	No	50 %
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	Sí	25 %
	No	75 %
25. ¿Ha tenido convulsiones o ataques o caídas al suelo?	Sí	6 %
	No	94 %

Fuente: Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes

Los resultados de la aplicación del SRQ muestran que un número considerable de estudiantes presenta señales que podrían estar asociadas a **síntomas psicóticos**, lo cual representa un llamado de atención para las instituciones educativas y el sistema de salud en su conjunto.

En primer lugar, se destaca que el **69% de los adolescentes manifestó sentir que alguien ha tratado de hacerles daño**, un indicador que puede interpretarse como un signo de ideación persecutoria, un síntoma clásico de trastornos psicóticos. Este hallazgo resulta particularmente preocupante si se considera que también el **50% refirió sentirse más importante de lo que otros perciben**, y otro **50% reportó experimentar interferencias o alteraciones en sus pensamientos**, lo cual sugiere distorsiones en la percepción de la realidad y el procesamiento cognitivo. Además, el **25% afirmó escuchar voces que otros no pueden oír**, fenómeno que podría corresponder a alucinaciones auditivas, un síntoma característico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Finalmente, aunque en menor proporción, un **6% declaró haber sufrido convulsiones o caídas al suelo**, lo cual, aunque no necesariamente psicótico, puede relacionarse con alteraciones neurológicas que requieren evaluación especializada.

Estos porcentajes, en especial los más altos, configuran un **perfil sintomático que amerita detección y atención temprana**. No se trata de datos aislados ni anecdóticos, sino de indicadores que, si se descuidan, podrían evolucionar hacia patologías mentales severas y de difícil manejo. De ahí la necesidad de contar con una **ruta de intervención integral**, con base **inter y transdisciplinaria**, que articule el trabajo de psicólogos, médicos, trabajadores sociales, orientadores escolares y familias, bajo un enfoque biopsicosocial centrado en el estudiante como ser humano integral (8,15,21 -22 -24).

En coherencia con esto, la **Encuesta Nacional de Salud Mental 2015** ya advertía sobre la **alta prevalencia de sintomatología psicótica y depresiva** en adolescentes colombianos, resaltando la necesidad

urgente de estrategias de promoción, prevención y atención efectiva (28). A su vez, la **Estrategia Nacional de Salud Mental de Colombia (2020)** identificó como principales causas del deterioro mental en la población: la **falta de coordinación intersectorial**, las **barreras emocionales y ambientales en los entornos cotidianos**, y la **limitada cobertura en atención e inclusión social** para personas con trastornos mentales (23). Este panorama es consistente con los datos hallados en el presente estudio, lo que sugiere que el contexto educativo no está exento de las problemáticas estructurales que afectan la salud mental en el país.

Además, es importante señalar que la manifestación de **síntomas psicóticos en edades tempranas** tiene un impacto significativo en el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescente. Estos síntomas pueden derivar en dificultades académicas, aislamiento social, conflictos familiares, y en casos graves, en comportamientos de riesgo o suicidas. Por ello, la intervención temprana no solo mejora los pronósticos clínicos, sino que también reduce el impacto social y económico de estos trastornos en el largo plazo.

En este sentido, la aplicación del **SRQ-18 como instrumento de tamizaje** demostró ser una herramienta eficaz para identificar signos de alerta. No obstante, su uso debe ir acompañado de **protocolos de derivación, valoración especializada y seguimiento continuo**, especialmente para aquellos estudiantes que presentan respuestas afirmativas en los ítems más críticos.

Finalmente, es esencial comprender que abordar el riesgo de síntomas psicóticos en adolescentes no se limita al diagnóstico clínico. También implica reconocer las **condiciones estructurales y emocionales del entorno educativo y familiar** que pueden contribuir al surgimiento o agravamiento de estos síntomas. Así, la **creación de entornos seguros, inclusivos y emocionalmente saludables** es una condición indispensable para proteger la salud mental de esta población vulnerable.

En este estudio, los datos extraídos del SRQ-18 permiten identificar patrones relevantes relacionados con el consumo de alcohol en una población escolarizada de adolescentes.

Tabla 4.

Variables del instrumento SRQ - Riesgo de síntomas consumo problemático de alcohol

Variables	Datos	Frecuencia
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos o personas que estaba bebiendo demasiado?	Sí	25 %
	No	75 %
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	Sí	0 %
	No	100%
28. ¿Ha tenido alguna dificultad en el trabajo o escuela a causa de la bebida?	Sí	0 %
	No	100%
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	Sí	0 %
	No	100%
30. ¿Le ha parecido alguna vez que ha bebido demasiado?	Sí	19 %
	No	81 %

Fuente: Identificación de riesgos de trastornos mentales en jóvenes

Los resultados indican que el **25% de los estudiantes ha recibido comentarios de su entorno familiar o social acerca de un consumo percibido como excesivo**, lo cual representa un primer indicador de alerta. Asimismo, el **19% de los encuestados reconoció sentir, al menos en alguna ocasión, que había bebido en exceso**, lo que puede interpretarse como un nivel incipiente de autorreflexión sobre hábitos de consumo posiblemente problemáticos. Sin embargo, el resto de los ítems del cuestionario en este componente —como querer dejar de beber sin poder hacerlo, haber tenido problemas en el entorno

escolar o laboral, o haberse involucrado en conflictos bajo los efectos del alcohol— obtuvieron una respuesta negativa de forma unánime.

Este patrón sugiere que, si bien no se identifican conductas altamente disruptivas asociadas al consumo de alcohol, **existe un segmento de la población estudiada que podría encontrarse en una fase temprana de consumo riesgoso**, que de no ser abordada oportunamente podría evolucionar hacia formas más complejas de abuso o dependencia.

Desde un enfoque preventivo, es fundamental tener en cuenta que **el consumo problemático de alcohol en la adolescencia rara vez inicia como un trastorno plenamente desarrollado**. Más bien, suele comenzar con hábitos normalizados o socialmente aceptados, que progresivamente generan tolerancia, dependencia emocional, deterioro funcional y dificultades en la esfera académica, familiar o interpersonal. Por ello, los datos recogidos deben ser interpretados no como una ausencia de problema, sino como una **ventana de oportunidad para intervenir de manera anticipada**.

En este sentido, se refuerza la necesidad de una **intervención integral y coordinada entre múltiples disciplinas**, tal como lo plantea la literatura especializada. Profesionales de la **psicología, trabajo social, medicina, pedagogía y educación** deben conformar equipos de trabajo interdisciplinarios que aborden esta problemática desde la perspectiva del bienestar y desarrollo humano integral (8,9).

Más allá de los datos cuantitativos, es crucial atender los factores de riesgo que, según diversos estudios, predisponen al consumo temprano de alcohol en adolescentes. Entre ellos destacan la presión del grupo de pares, la falta de redes de apoyo afectivo, los modelos parentales permisivos o ausentes, el acceso no regulado a bebidas alcohólicas y la escasa alfabetización emocional. De ahí que, **incluir programas escolares de prevención del consumo de SPA, que contemplen el**

desarrollo de habilidades socioemocionales, el fortalecimiento del autocuidado y la toma de decisiones responsables puede ser altamente eficaz en este grupo etario.

Adicionalmente, se hace necesario **sensibilizar a las familias** sobre los signos tempranos del consumo riesgoso de alcohol y la importancia del acompañamiento permanente en los procesos de socialización del adolescente. La prevención debe ser entendida como una tarea conjunta entre escuela, familia y comunidad.

Finalmente, si bien los indicadores de riesgo identificados en esta muestra no reflejan una prevalencia crítica de conductas adictivas, sí ponen de manifiesto la **presencia de factores predisponentes** que podrían escalar si no se abordan a tiempo. En este escenario, la implementación de **estrategias de detección temprana, programas psicoeducativos y espacios de orientación y escucha activa**, resultan fundamentales para preservar la salud mental y física de los estudiantes, así como para reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol a mediano y largo plazo.

Discusión

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación revela una elevada prevalencia de síntomas asociados a alteraciones en la salud mental de adolescentes escolarizados del municipio de Palmira. Los hallazgos fueron comparados con investigaciones relevantes, como las de Acevedo et al. (15), Caqueo-Úriz et al. (5), y los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (28), lo que permitió establecer paralelismos y divergencias que fortalecen la validez del estudio y visibilizan su aporte a la comprensión del fenómeno.

La comparación inicia con las variables asociadas al **riesgo de angustia psicológica**, que constituyen uno de los indicadores más sensibles para detectar afectaciones tempranas. Por ejemplo, el 38% de los estudiantes de esta muestra manifestaron sufrir de dolores de cabeza

frecuentes, una cifra superior al 20.5% reportado por la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (28) y al 34.9% hallado por Acevedo et al. (15), lo cual puede interpretarse como un síntoma somático derivado de elevados niveles de estrés o ansiedad.

Asimismo, el 32% de los encuestados indicó tener mal apetito, comparado con el 17.8% de Acevedo et al. (15), lo cual reafirma un patrón preocupante de afectación emocional que se manifiesta en el comportamiento alimenticio. Este dato adquiere mayor relevancia si se suma al 44% que afirma dormir mal, superando ampliamente el 19.2% de dicho estudio comparativo. El patrón continúa con el 50% que se asusta con facilidad, en contraste con el 31.1% encontrado por Acevedo et al. (15) y el 24.6% de la Encuesta Nacional (28), lo que refuerza la hipótesis de un estado emocional vulnerable en la muestra evaluada.

Otros síntomas relevantes incluyen temblores en las manos (19%), nerviosismo o temor constante (44%), y dificultades para pensar con claridad (19%). Estos porcentajes, aunque en algunos casos coinciden parcialmente con estudios previos, en general son más elevados, lo cual indica una mayor intensidad de los síntomas en este grupo específico. Por ejemplo, mientras que en la Encuesta Nacional solo el 9.2% reportó dificultad para pensar con claridad, en este estudio dicha proporción se duplicó.

El 56% de los adolescentes manifestó sentirse triste, superando el 20.4% en Acevedo et al. (15) y el 9.7% en la Encuesta Nacional (28), lo que sugiere una preocupante tendencia hacia la sintomatología depresiva. Aún más alarmante es que el 69% declaró llorar con frecuencia, en comparación con el 21.9% en Acevedo et al. (15), lo que representa una diferencia de casi 50 puntos porcentuales. Estos indicadores, combinados con el 48% que expresó tener dificultades para disfrutar de sus actividades diarias y el 56% que tiene problemas para tomar decisiones, perfilan un estado emocional deteriorado que requiere atención prioritaria.

A nivel funcional, el 13% refirió dificultades en el trabajo o desempeño escolar, lo cual es ligeramente menor al 18% reportado por Acevedo et al. (15), pero superior al 4.2% de la Encuesta Nacional (28). También el 19% se consideró incapaz de desempeñar un papel útil en su vida, cifra alineada con el 18.9% encontrado en los estudios comparados. Sin embargo, el 69% reconoció haber perdido interés por sus actividades, frente al 46.4% hallado por Acevedo et al. (15), lo que indica un patrón de desmotivación persistente. El 75% manifestó sentirse aburrido —casi el doble del 38.7% en Acevedo—, y significativamente más alto que el 14.4% de la Encuesta Nacional (28), reflejando una clara tendencia al aislamiento emocional y pérdida de entusiasmo vital.

Uno de los datos más preocupantes corresponde al 48% que reportó haber tenido ideas suicidas, una cifra que más que duplica el 21.7% de Acevedo et al. (15), y confirma lo señalado por Castellví-Obiols y Pi-queras (4) sobre la estrecha relación entre depresión, ideación suicida y consumo de sustancias en adolescentes. Finalmente, el 62% de los participantes expresó sentirse cansado todo el tiempo, en contraste con el 26.5% reportado en estudios anteriores, lo que podría asociarse con una combinación de fatiga mental, falta de sueño y sobrecarga emocional.

En cuanto al análisis de las **variantes clínicas agrupadas**, los resultados revelan una varianza de depresión del 74.6%, de ansiedad del 78.9% y de ansiedad social del 34.6%. Asimismo, se identificaron tasas elevadas de hiperactividad-impulsividad (43.2%), problemas de atención (57.3%) y conductas desafiantes (32.4%). Estos datos se alinean con los hallazgos de Caqueo-Úriz et al. (5), quienes utilizaron el instrumento SENA para evaluar alteraciones mentales en adolescentes y reportaron una alta prevalencia de problemas emocionales y conductuales asociados a contextos escolares y familiares vulnerables.

La comparación de estos hallazgos con otras investigaciones demuestra que los adolescentes del municipio de Palmira presentan niveles

significativamente más altos de síntomas relacionados con alteraciones mentales que los promedios nacionales y regionales. Esta diferencia puede atribuirse a múltiples factores como el entorno socioeconómico, el acceso limitado a servicios de salud mental, la falta de apoyo familiar y escolar, y la exposición a eventos adversos.

Conclusiones

La presente investigación permitió identificar una preocupante prevalencia de síntomas relacionados con alteraciones en la salud mental de adolescentes escolarizados entre los 16 y 18 años en una institución educativa pública del municipio de Palmira, Valle del Cauca.

El 44% de los estudiantes presentó riesgo de angustia psicológica, evidenciado por síntomas como tristeza persistente, llanto frecuente, pérdida de interés por las actividades, dificultad para tomar decisiones y fatiga constante. Además, **el 40% mostró posibles indicadores de síntomas psicóticos** y un **9% refirió señales de consumo problemático de alcohol**.

Estos hallazgos reflejan una realidad crítica que exige intervención inmediata. La combinación de factores como antecedentes familiares de enfermedad mental, pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, y la falta de mecanismos de apoyo emocional adecuados dentro y fuera del entorno escolar, incrementa la vulnerabilidad de esta población.

El uso del instrumento SRQ fue clave para la detección temprana de riesgos, permitiendo obtener una radiografía clara del estado emocional de los estudiantes. No obstante, los resultados también evidencian la necesidad de profundizar en las causas subyacentes de estos síntomas, las cuales no pueden ser abordadas únicamente desde el ámbito clínico, sino también desde lo psicosocial y educativo.

Recomendaciones

Se recomienda que la **Institución Educativa implementar un programa institucional de salud mental escolar** que incluya la **aplicación periódica de tamizajes como el SRQ-18**, con el fin de identificar tempranamente signos de ansiedad, síntomas psicóticos o consumo problemático de alcohol en los adolescentes. Este programa debe contar con la participación activa de un profesional en psicología, quien lidere procesos de **evaluación, seguimiento y orientación individual o grupal**, basados en los resultados obtenidos.

Asimismo, se sugiere la realización de **capacitaciones dirigidas a los docentes** sobre el manejo adecuado de conductas y trastornos emocionales, fortaleciendo su rol como agentes protectores dentro del entorno educativo. Paralelamente, se debe promover la **participación activa de las familias** en los procesos socioeducativos, con el propósito de fortalecer la red de apoyo.

De igual manera, se recomienda implementar **estrategias extracurriculares centradas en el desarrollo emocional y social del estudiante**, como actividades deportivas, culturales y artísticas que favorezcan el autocuidado, el manejo del estrés y el fortalecimiento de habilidades para la vida.

Finalmente, se hace un llamado a los **profesionales del área de la salud** para que asuman un compromiso activo con la promoción de la salud mental en adolescentes, mediante intervenciones oportunas, programas educativos preventivos, y valoraciones clínicas interdisciplinarias desde etapas tempranas. Solo así será posible reducir los riesgos detectados en esta población y garantizar condiciones favorables para su desarrollo pleno, saludable y sostenible en el tiempo.

Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez PJ, Hernández ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2017; 21(5): 334-342. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/patologia-psiquiatrica-prevalente-en-la-adolescencia-2/>.
2. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista est juven*. 2019; 18(121): 117-132. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/7._promocion_de_la_salud_mental_preencion_de_los_trastornos_mentales_y_lucha_contra_el_estigma._estrategias_y_recursos_para_la_alfabetizacion_emocional_de_los_adolescentes.pdfinjuve.es.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. 2021. [Sitio en internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Castellvi-Obiols P, Piqueras JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista est juven*. 2019; 18(121): 45-59. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdfinjuve.es
5. Caqueo-Urizar A, Mena-Chamorro P, Flores J, Narea M, Irrarrázaval M. Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*. 2020; 38(2): 203-222. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>
6. Valencia F. Maltrato en la infancia y la adolescencia: características y psicopatología asociada en un Centro de Salud Mental

- Infanto-Juvenil. *Psicopatol. salud ment.* 2016; (27): 49-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=-7583271>Dialnet+2
7. De Oliveira, F, Della, CP, Dapieve, N. Víctimas de bullying, síntomas depresivos, ansiedad, estrés e ideación suicida en adolescentes. *Acta Colombiana de Psicología.* (2020); 23(2): 217-229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.9>
 8. Pons J, Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention.* 2011; 20(1): 75-94. . Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>
 9. Marín C, Chapuí MA, Calderón J. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de la enfermedad mental en adolescentes. *Enferm Act Costa Rica.* 2018; (34). [Sitio en internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i34.31635>. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n34/1409-4568-enfermeria-34-96.pdf>
 10. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616. Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. (en. 21, 2013). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201616%20de%202013.pdf
 11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. (2018). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM/politica-nacional-salud-mental.pdf>
 12. Moreno A. La adolescencia. Barcelona: UOC. 2007.
 13. García CI, Parada DA. “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Uni-

- versitas humanística. 2018; (85): 347-373. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/21837>
14. Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017; 5(1): 7-22. Disponible en: https://www.adolescere.es/wp-content/uploads/2017/06/Adolescere_5_1_2017.pdf
 15. Acevedo KE, Alfonso ML, Arévalo NA, Arias D, Beltrán HJ, Betancur et al. Identificación de la salud mental en adolescentes y su relación con la familia. *Carta Comunitaria*. 2018; 26(149): 50-61. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/69348>
 16. (16) Olivari C, Mellado C. Reconocimiento de trastornos de salud mental en adolescentes escolarizados: estudio descriptivo. *Medwave*. 2019; 19(3): 1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2019.03.7617medwave.cl>
 17. Hernández-Carrillo M, Botero-Carvajal A, Jiménez-Urrego ÁM, Gutiérrez-Posso AG, Miranda CA. Prevalencia de trastornos mentales en menores de edad atendidos en un hospital psiquiátrico departamental. *Rev. Salud Pública*. 2019; 21(1): 29-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69129>
 18. Macaya XC, Bustos CE, Torres SE, Vergara-Barra PA y Parada BV. Servicios de salud mental en contexto escolar. *Rev Hum Med*. 2019; 19(1): 47-64. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202019000100047&script=sci_arttextSciELO
 19. Macaya X, Parada BC. Sistema educativo y salud mental: una asociación relevante en promoción y prevención para adolescentes escolarizados. *Humanidades Médicas*. 2019; 19(1):47-64. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202019000100047&script=sci_arttext

20. Aguirre AL. Factores protectores en salud mental comunitaria presentes en un grupo de jóvenes de la comunidad educativa Instituto Mistrató. Pereira: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) 2019.
21. Paredes-Iragorri MC, Patiño-Guerrero LA. Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. *Univ. Salud.* 2020; 22(1): 58-69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.202201.175>
22. Cuenca NE, Robladillo LM, Meneses ME, Suño-Vega JA. Salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática. *AVFT.* 2020; 39(6): 989-695. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4403731>
23. Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), Departamento Nacional de Planeación (DNP). Documento CONPES 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. 2020. **Disponible en:** <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
24. Poll M. La atención en salud mental de los niños y adolescentes en Cataluña: situación actual, retos y propuestas. En Fundació Víctor Grífols i Lucas. Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia? Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2017: 34-40. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4692992/monografia-crisis-salud-mental-ninos-jovenes.pdf>
25. Garzón CM. Análisis de los conceptos de administración, gestión y gerencia en enfermería, desde la producción científica de enfermería, en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2011. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11647>

26. Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca. Plan Territorial de Salud (PTS). 2020-2023. PASE a la Equidad en Salud. Departamento del Valle del Cauca. 2020. Disponible en: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/1536/plan-territorial-de-salud-pts-2020-2023/>
27. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Nota estadística. Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nota-estadistica-salud-mental-2021.pdf>
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/ENSM-2015-TOMO-I.pdf>
29. Salazar, MB., Icaza, MF, Alejo, OA. La importancia de la ética en la investigación. Universidad y Sociedad. 2018; 10(1): 305-311. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/798>
30. Peñaranda F. La implicación moral del investigador. Forum Sociológico. 2014; (24): 33-37. **Disponible en:** : <http://dx.doi.org/10.4000/sociologico.1019>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. (Oct. 04, 1993). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993.pdf>
32. (Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017. [Sitio en internet] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-prin->

cipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

33. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO-. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Paris. 2015. **Disponible en:** https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Capítulo 7

RELACIÓN DEL *INSIGHT* Y FALTA DE CONCIENCIA DE DÉFICIT CON EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Relationship Of Insight and Lack of Awareness of Deficit with the Prognosis of Patients with Schizophrenia: Systematic Review

Dr. José Manuel Alcaide Leyva

<https://orcid.org/0000-0001-8949-1907>

Universidad de Córdoba.

Córdoba, España.

Laura Criado Castro

<https://orcid.org/0009-0006-6232-5769>

Universidad de Córdoba.

Córdoba, España

Resumen

Introducción: En pacientes con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el *insight* puede influir en cómo se desarrolla la enfermedad y en su pronóstico, por lo que presenta un interés clínico de importante relevancia. A pesar de las contraposiciones en cuanto a la paradoja del *insight*, y de intentar identificar qué estado de *insight* sería más beneficioso para estos pacientes, la literatura científica aún no esclarece del todo la relación. **Objetivo:** Determinar la relación

Cita este capítulo

Alcaide Leyva, J. M., & Criado Castro, L. (2025). Relación del *insight* y falta de conciencia de déficit con el pronóstico de pacientes con esquizofrenia: Revisión sistemática. En L. A. Meneses-Urrea & D. Villegas Arenas (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 219-264). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

del insight o falta de conciencia de déficit con el pronóstico de la esquizofrenia mediante los factores: adherencia al tratamiento, riesgo de suicidio y sintomatología. **Metodología:** Revisión sistemática de la bibliografía en un intervalo de 5 años (2018-2024), en las bases de datos Pubmed, Scopus y APA PsycINFO. La selección de los artículos se realizó en base a unos criterios de inclusión y exclusión preestablecidos y conforme a la declaración PRISMA. Las palabras Claves (términos DeCS y MeSH): Fueron “Schizophrenia”, “Insight”, “Illness”, “Anosognosia”, “Lack of awareness”, “Improve”; operador booleano: “AND”. Se seleccionaron 9 artículos. **Resultados:** Se incluyeron un total de 9 estudios que trataban sobre el insight en pacientes con esquizofrenia y se identificó que un mejor insight se asocia con más culpa, autodesprecio, depresión y reducida calidad de vida, lo que aumentaría el riesgo de ideación suicida. Por otro lado, un escaso insight agrava los delirios y está relacionado con síntomas negativos más graves. **Conclusión:** El estudio subraya la complejidad del insight, resaltando que mientras que puede ayudar a reducir ciertos síntomas, también puede agravar otros problemas y reducir la calidad de vida, destacando la importancia de la paradoja del insight. Se necesitan más investigaciones e intervenciones específicas para abordar este aspecto integralmente y sus terapias de manera cuidadosa y equilibrada.

Palabras Clave: Conocimiento de la enfermedad, Esquizofrenia, Anosognosia, Falta de conciencia, Mejorar.

Abstract

Introduction: In patients with psychiatric disorders such as schizophrenia, insight can influence the course of the illness and its prognosis, making it of significant clinical interest. Despite the contradictions regarding the “insight paradox” and efforts to identify which state of insight would be most beneficial for these patients; scientific literature has yet to fully clarify the relationship. **Objective:** Determine the relationship of in-

sight or lack of awareness of deficits with the prognosis of schizophrenia through factors such as treatment adherence, risk of suicide, and symptomatology. **Methods:** Systematic review of the literature over a 5-year interval (2018-2024), in the PubMed, Scopus and APA PsycINFO databases. The selection of articles was carried out based on pre-established inclusion and exclusion criteria and in accordance with the PRISMA statement. The Keywords (DeCS and MeSH terms): They were “Schizophrenia”, “Insight”, Illness”, “Anosognosia”, “Lack of awareness”, “Improve”; Boolean operator: “AND”. 9 articles were selected. **Results:** A total of 9 studies on insight in patients with schizophrenia were included, and it was identified that better insight is associated with more guilt, self-deprecation, depression, and reduced quality of life, which would increase the risk of suicidal ideation. On the other hand, poor insight exacerbates delusions and is related to more severe negative symptoms. **Conclusion:** The study underscores the complexity of insight, highlighting that while it can help reduce certain symptoms, it can also exacerbate other issues and reduce quality of life, highlighting the importance of the insight paradox. Further research and specific interventions are needed to address this aspect comprehensively and to approach therapies in a careful and balanced way.

Keywords: Insight illness, Schizophrenia, Anosognosia, Lack of awareness, Improve.

Introducción

Contextualización de la Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta profundamente los sentimientos, pensamientos y comportamientos de quienes la padecen (1,2). Se caracteriza por síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y distorsión de la realidad, así como por síntomas negativos como anhedonia, aislamiento social y catatonia, que en ocasiones pueden confundirse con

otros trastornos mentales como la depresión. Además, los síntomas cognitivos, como las dificultades de memoria, concentración y atención son frecuentes en los pacientes esquizofrénicos (3).

A pesar de los numerosos avances en la investigación, la etiología específica de la esquizofrenia sigue siendo desconocida. Se considera que resulta de la combinación de diversos factores de riesgo, entre ellos antecedentes genéticos, factores ambientales, complicaciones durante el embarazo o el nacimiento, y el consumo de drogas psicoactivas. Asimismo, diversos estudios de neuroimagen han evidenciado alteraciones estructurales y funcionales en determinadas áreas cerebrales, aunque aún se investiga el alcance de su relación causal con el trastorno (2).

La esquizofrenia presenta una incidencia anual que varía geográficamente. En Europa se estima en aproximadamente 0,2 casos por cada 1000 habitantes, mientras que en Estados Unidos alcanza los 0,4 casos por 1000 habitantes, duplicando las cifras europeas. Según el DSM-5, la incidencia anual es de 1 caso por cada 10.000 habitantes, lo que implica que cerca del 1% de la población padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida. En España, se ha reportado una incidencia anual de 0,8 casos por cada 10.000 habitantes, con una prevalencia de 3 casos por cada 1000 hombres y 2,86 por cada 1000 mujeres (4). La edad media de inicio de la esquizofrenia es de aproximadamente 26,7 años en varones y 30 años en mujeres. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 coinciden en señalar una mayor incidencia en hombres que en mujeres (16). La prevalencia de la esquizofrenia es significativamente superior a su incidencia debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y la prolongada duración de sus síntomas (5).

El diagnóstico de esquizofrenia requiere una evaluación psiquiátrica integral, la exploración física y la realización de pruebas complementarias que permitan descartar otras posibles causas de la sintomatología. Para ello, se emplean los criterios diagnósticos establecidos en el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (6) de la American Psychiatric Association (7).

El tratamiento de la esquizofrenia debe mantenerse de forma crónica, incluso en los periodos de remisión sintomática, y combina la farmacoterapia —principalmente a base de antipsicóticos— con intervenciones psicosociales como la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual o la rehabilitación psicosocial. No obstante, la adherencia al tratamiento representa uno de los mayores retos, y su incumplimiento se asocia a un incremento en el riesgo de recaídas y deterioro funcional (3).

El insight en Esquizofrenia: Evolución del Concepto y Relevancia Clínica

Un elemento fundamental en el manejo clínico de la esquizofrenia es el nivel de *insight* o conciencia que tiene el paciente sobre su enfermedad. A principios del siglo XIX, la evaluación psiquiátrica de los trastornos mentales no contemplaba explícitamente este concepto, limitándose a describir la presencia o ausencia de conciencia de enfermedad (8). Fue a mediados de ese siglo cuando se comenzó a reconocer el *insight* como un fenómeno clínico independiente, en un contexto de creciente interés por la introspección y la individualidad del paciente.

Actualmente, el *insight* se define como la conciencia de padecer un trastorno mental, la aceptación de sus consecuencias sociales y la atribución correcta de los síntomas al proceso patológico (9). Se ha abandonado la concepción dicotómica inicial para pasar a considerarlo un fenómeno multidimensional, que puede estar presente en algunas áreas y ausente en otras (10,11). De este modo, un paciente puede reconocer que presenta síntomas extraños, pero negar que estos sean consecuencia de una enfermedad mental.

Entre los principales dominios que conforman el *insight* destacan: el reconocimiento del trastorno, la aceptación de las consecuencias derivadas de la enfermedad, la atribución correcta de los síntomas a la esquizofrenia y la percepción de la necesidad de tratamiento (7,8). Otros enfoques han incorporado también aspectos como la autorreflexión sobre errores de razonamiento o la autoconfianza (11).

La falta de *insight* se considera uno de los síntomas más frecuentes en la esquizofrenia y se ha asociado con una peor evolución clínica, una menor adherencia al tratamiento y un mayor deterioro funcional (12). Además, la conciencia de enfermedad puede fluctuar a lo largo del tiempo y variar en función del estado clínico del paciente.

Evaluación y Medición del Insight

La medición del *insight* resulta esencial tanto en la práctica clínica como en la investigación. Aunque tradicionalmente se ha evaluado mediante la entrevista clínica, actualmente existen instrumentos estandarizados que permiten una valoración más objetiva y reproducible. Entre las escalas más utilizadas destacan:

- **Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD):** desarrollada por Amador y Strauss en 1993, es considerada la escala de referencia por su alta fiabilidad y carácter multidimensional (13). Evalúa aspectos como la conciencia de tener un trastorno mental en el presente y en episodios pasados, la percepción de la necesidad de tratamiento y la atribución de síntomas psicóticos.
- **Birchwood Insight Scale (BIS):** creada en 1994, es una escala breve de 8 ítems que permite una evaluación rápida y autoadministrada del *insight* (14). Valora tres dimensiones principales: la conciencia de enfermedad, la necesidad de tratamiento y la interpretación de los síntomas como fenómenos patológicos.

- **Scale of Assessment of Insight (SAI):** esta escala evalúa la aceptación del diagnóstico, la necesidad de tratamiento y el juicio crítico sobre los síntomas psicóticos (15). Su utilización permite categorizar de manera matizada los diferentes niveles de *insight* en los pacientes.

Existen también otras escalas complementarias, como la Escala Global de *Insight* o el ítem G12 de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), que incluyen ítems específicos para evaluar la conciencia de enfermedad (9). La selección de la herramienta más adecuada depende de las características del paciente, los objetivos clínicos y el contexto de evaluación.

Dado que el *insight* no es un constructo estático, su valoración debe realizarse de forma periódica, teniendo en cuenta sus posibles fluctuaciones a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad.

La Paradoja del Insight y su Impacto en el Pronóstico

Aunque un mejor *insight* suele asociarse a una mayor adherencia al tratamiento, una reducción de la sintomatología psicótica y un mejor funcionamiento social también puede tener efectos contraproducentes. Este fenómeno se conoce como la paradoja del *insight* (16).

Diversos estudios han evidenciado que una mayor conciencia de enfermedad puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, sentimientos de culpa, autodesprecio y desesperanza. Estos factores, a su vez, se han relacionado con un mayor riesgo de ideación suicida, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad o en aquellos pacientes que experimentan un proceso de desmoralización al tomar conciencia de la cronicidad de su trastorno (16).

Por ello, las estrategias clínicas dirigidas a mejorar el *insight* deben diseñarse cuidadosamente, combinando el fomento del reconocimiento de la enfermedad con intervenciones orientadas al fortalecimiento de la autoestima y la resiliencia.

Objetivo de la Revisión

Dada la complejidad de la relación entre el *insight* y la evolución clínica en la esquizofrenia, el presente capítulo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura científica publicada entre 2018 y 2024. Se pretende analizar de forma crítica cómo el nivel de *insight* o la falta de conciencia de déficit se relaciona con el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, prestando especial atención a variables como la adherencia al tratamiento, la evolución sintomática y el riesgo de suicidio.

Esta revisión aspira a ofrecer una visión actualizada que permita orientar estrategias de intervención clínica que, de forma equilibrada, potencien el *insight* sin deteriorar el bienestar emocional de los pacientes.

Metodología

El presente trabajo constituye una revisión sistemática de tipo narrativa, realizada siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas y metaanálisis (17). No se trata de una revisión Cochrane ni de una revisión registrada en PROSPERO, dado que su enfoque es cualitativo y descriptivo, centrado en la síntesis crítica de la literatura disponible sobre el *insight* en esquizofrenia.

Formulación de la Pregunta PICO

La revisión se formuló a partir de la siguiente pregunta PICO:

Tabla I.

Pregunta de investigación en formato PICO.

¿Un mayor insight o conciencia de la enfermedad mejora el pronóstico de pacientes diagnosticados con esquizofrenia?			
POBLACIÓN (Population)	INTERVENCIÓN (Intervention)	COMPARACIÓN (Comparative)	RESULTADO (Outcomes)
Personas con trastorno psicótico (esquizofrenia)	Presencia <i>Insight</i> (conciencia de la enfermedad)	Ausencia de <i>Insight</i>	Relación de <i>insight</i> y: síntomas, suicidio y adherencia al tratamiento.

Fuentes de Datos y Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos electrónicas PubMed, Scopus y APA PsycINFO entre enero y febrero de 2024. La estrategia de búsqueda combinó los términos “*insight*”, “*schizophrenia*” y “*prognosis*” mediante operadores booleanos (AND, OR), adaptados a las particularidades de cada base de datos.

Se aplicaron filtros automáticos para seleccionar:

- Estudios publicados entre 2018 y 2024.
- Artículos en inglés o español.
- Estudios en humanos.
- Población adulta (mayores de 18 años).

Se revisaron además las listas de referencias de los artículos seleccionados para identificar estudios adicionales relevantes.

Criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 2.

Criterios de inclusión y exclusión.

	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Tipos de Estudio	Revisiones sistemáticas, estudios experimentales, estudios observacionales analíticos y descriptivos, de casos y controles, de cohortes y cualitativos.	Artículos de opinión, revisiones narrativas, casos clínicos y comunicaciones científicas.
Acceso	Que se tenga acceso al documento completo en formato digital o papel a través de la biblioteca de la Universidad de Córdoba o del servicio de préstamo interbibliotecario. Acceso gratuito.	Que no se tenga acceso al documento completo en formato digital o papel a través de la biblioteca de la Universidad de Córdoba o del servicio de préstamo interbibliotecario. Artículos de pago.
Población	Pacientes mayores de 18 años con trastorno psicótico, esquizofrenia.	Personas menores de 18 años que no padezcan trastorno esquizofrénico.
Periodo Temporal	2018-2024	Estudios publicados antes de 2018.
Idioma de Publicación	Inglés Español	Idiomas distintos a los mencionados en el criterio de inclusión.
Bases de Datos	Pubmed Scopus APA PsycINFO	Cualquier base de datos distinta a las ya mencionadas.

Proceso de Selección de Estudios

La selección de los artículos se llevó a cabo en tres fases consecutivas:

- Revisión de títulos.
- Revisión de resúmenes.
- Revisión del texto completo.

Inicialmente, se identificaron 145 artículos. Tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de selección, se incluyeron finalmente 9 estudios para el análisis cualitativo. Se realizaron 3 estrategias de búsqueda exploratoria en las bases de datos mencionadas anteriormente. Primero de todo se establecieron las palabras clave (Tabla 3) y, posteriormente, se unieron a través de los operadores booleanos "AND", "OR" y "NOT". Finalmente, se aplicaron los criterios de selección fijados en la metodología a seguir. Se emplearon las mismas palabras clave en cada una de las bases de datos, aplicando los términos MESH (Medical Subject Headings) o DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud). Una vez realizadas las búsquedas bibliográficas, se identificaron un total de 352 documentos. De estos, 135 estaban duplicados, cifra obtenida a través de la herramienta ENDNOTE (21). Resultando un total de 217 estudios. A continuación, se procedió a su cribado con el objetivo de conocer si se adecuaban a los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. Para ello, se hizo una selección por título, eliminando 173. Después, se analizaron según resumen descartándose 31 y, finalmente, se accedió al texto completo. Tras realizar un cribado exhaustivo en todas las fases, 9 artículos originales se incluyeron en la revisión sistemática. En el diagrama de flujo de la selección de artículos se puede observar en (Figura II).

Tabla 3.

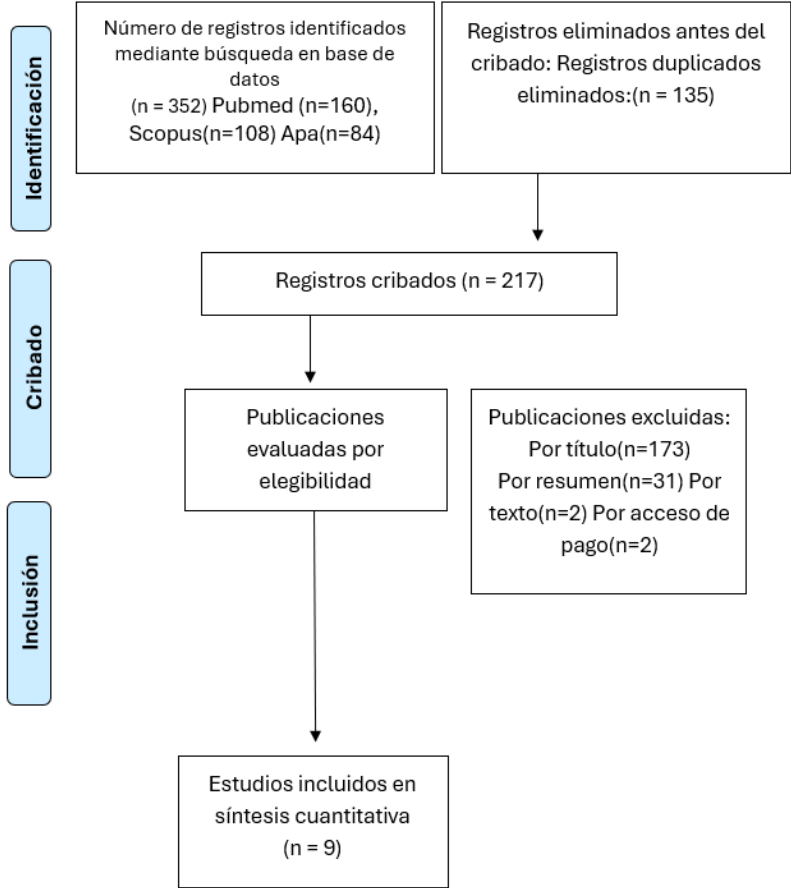
Palabras Clave

INGLÉS	ESPAÑOL
[MeSH]	[DeCS]
Schizophrenia	Esquizofrenia

INGLÉS	ESPAÑOL
Insight	Percepción
Illness	Enfermedad
Anosognosia	Anosognosia
Lack of awareness	Falta de conciencia
Improve	Aumento

Figura 2:

Diagrama de flujo según declaración PRISMA (2009).



En la primera estrategia (Tabla 4) de la búsqueda exploratoria de las bases seleccionadas, se obtuvo una cifra muy reducida y escasa en el número de documentos, un total de 9 artículos los cuales resultaron no ser de interés para los objetivos que se buscaban, por lo que se seleccionaron otros descriptores junto al término libre y se cambiaron los booleanos.

Tabla 4.

Primera estrategia de búsqueda.

Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
PUBMED	Schizophrenia [MeSH Terms]	3
AND	Insight illness	
AND	Anosognosia in schizophrenia	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
SCOPUS	ALL ("Schizophrenia")	5
AND	ALL ("Insight illness")	
AND	ALL ("Anosognosia in schizophrenia")	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
APAPsyInfo	Schizophrenia	1
AND	Insight illness	
AND	Anosognosia in schizophrenia	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
TOTAL		9

En la segunda estrategia de búsqueda (Tabla 5) se obtuvieron 41 artículos, de los cuales, tras realizar el cribado correspondiente, se seleccionaron 2 artículos.

Tabla 5.

Segunda estrategia de búsqueda

Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
PUBMED	Schizophrenia	15
AND	Insight illness	
AND	Lack of awareness	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
APAPsyInfo	Schizophrenia	11
AND	Insight illness	
AND	Lack of awareness	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
SCOPUS	ALL ("Schizophrenia")	15
AND	ALL ("Insight illness")	
AND	ALL ("Lack of awareness")	
FILTROS	2018-2024 Idioma: español e inglés.	
TOTAL		41

Por último, en la tercera estrategia de búsqueda (Tabla 6) se volvieron a cambiar los booleanos y se consiguieron mayor número de artículos que en las búsquedas anteriores, un total de 302, escogiendo 7 de ellos.

Tabla 6

Tercera estrategia de búsqueda

Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
PUBMED	Schizophrenia	142
AND	Insight illness	
AND	Improve	
FILTROS	Rango de años Idiomas determinados	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
SCOPUS	ALL ("Schizophrenia")	88
AND	ALL ("Insight illness")	
AND	ALL ("Improve")	
FILTROS	Rango de años Idiomas determinados	
Base de Datos	Términos de Búsqueda	N.º de Artículos
APA	Schizophrenia	72
AND	Insight illness	
AND	Improve	
FILTROS	Rango de años Idiomas determinados	
TOTAL		302

Calidad Metodológica

El estudio se ha realizado de acuerdo con la calidad metodológica PRISMA (18) para la evaluación cualitativa de los objetivos propuestos, evaluando la calidad de los artículos seleccionados según STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) para los estudios observacionales (19) y JBI (Jhoanna Briggs Institute para estudios experimentales) (20) (Tabla 7 y 8).

Tabla 7.
Check list estudios observacionales.

	Beainy, C et al. 2023 [19] transversal	Satsuki, Ito et al. 2021 [21] transversal	Barbalat, G et al. 2024 [18] transversal	Amore, Mario et al. 2020. [17] transver	Javiera R, et al. 2018. [23] transversal	Bornheimer Lindsay et al. 2021. [20] cohorte	Ayesa Arriola, R et al. 2018 [18]. cohorte
1a	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO
1b	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
2	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
3	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
4	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
5	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
6a	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ
6b	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
8	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
9	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO
10	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO

	Bealiny, C et al. 2023 [19] transversal	Satsuki, Ito et al. 2021 [21] transversal	Barbalat, G et al. 2024 [18] transversal	Amore, Mario et al. 2020. [17] transver	Javiera R, et al. 2018. [23] transversal	Bornheimer Lindsay et al. 2021. [20] cohorte	Ayesa Arriola, R et al. 2018 [18]. cohorte
12a	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
12b	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
12c	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ
12d	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO
12e	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13a	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
13b	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
13c	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ
14a	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
14b	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO
14c	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
15	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO
16a	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
16b	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	Beainy, C et al. 2023 [19] transversal	Satsuki, Ito et al. 2021 [21] transversal	Barbalat, G et al. 2024 [18] transversal	Amore, Mario et al. 2020. [17] transver	Javiera R, et al. 2018. [23] transversal	Bornheimer Lindsay et al. 2021. [20] cohorte	Ayesa Arriola, R et al. 2018 [18]. cohorte
16c	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO
18	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
19	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
20	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
21	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
22	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO
	19/32 59,37%	12/32 37,5%	19/32 59,37%	20/32 62,5%	21/32 65,6%	18/34 53%	18/34 53%

Tabla 8.

Check list estudio experimental.

	1	2	3	4	5	6	7	7	8	9	10
Kim [Martí- nez DIAZ et al. (21)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ

Resultados

Los resultados corresponden a 9 artículos publicados entre 2018 a 2024. De los estudios incluidos, el 11,11% son experimentales: 1 ensayo clínico, y el 88,88% restante son observacionales: 5 transversales, 1 longitudinal, 2 de cohortes prospectivos.

Características Demográficas de los Estudios

De los artículos seleccionados e incluidos en esta revisión, todos en inglés, la mayoría se llevaron a cabo en América, 4 artículos (44,44%), más concretamente un 11,11% en Canadá y un 33,33% en Estados Unidos. Un 33,33% de los artículos provenían de Europa, divididos en Italia, Francia y España (cada uno con un 11,11%). Por último, uno proveniente de Japón (11,11%) y otro del Líbano (11,11%).

Figura 3:

Origen de los estudios

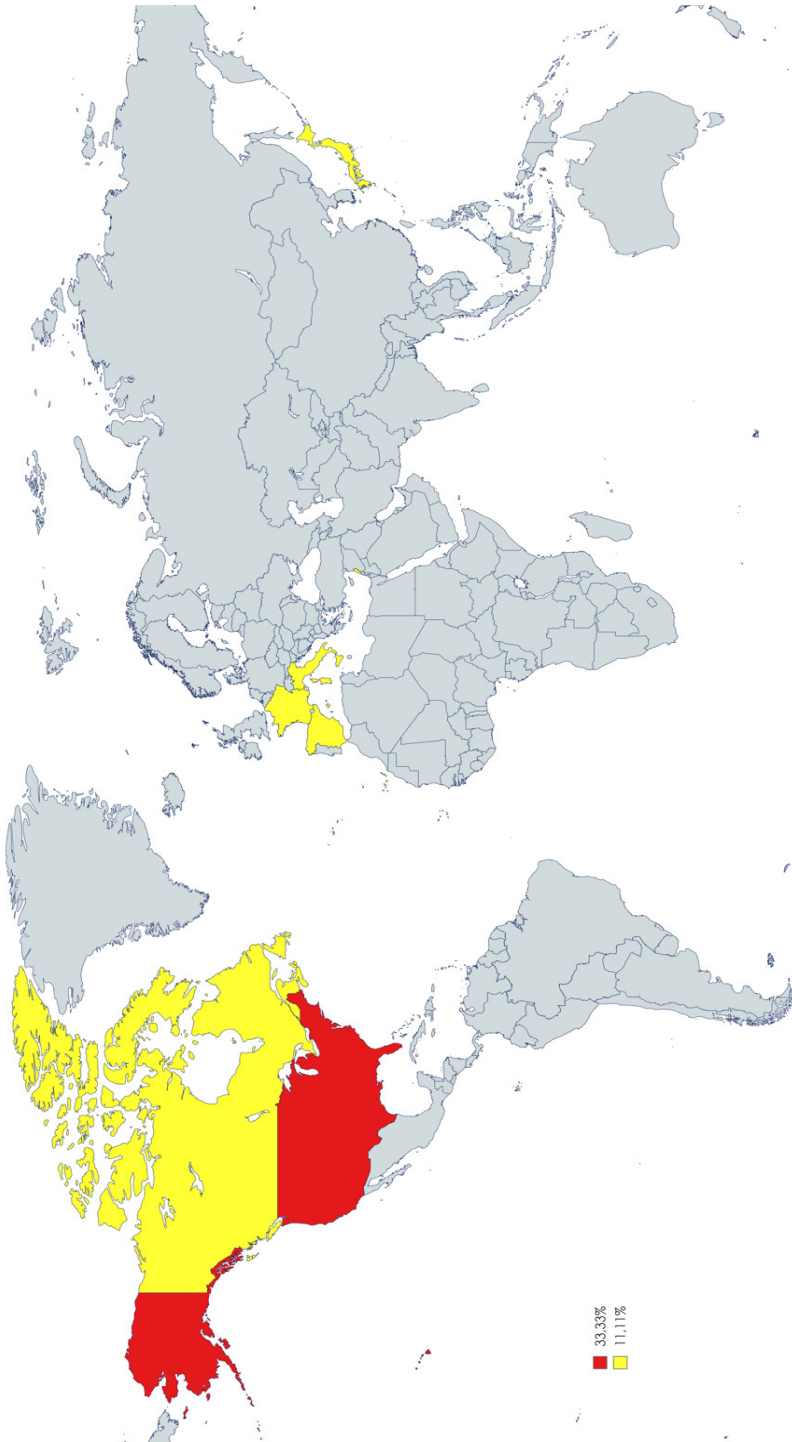


Tabla 4.
Características de los estudios que soportan la revisión.

Estudio	Año	País	Diseño	Objetivo	Población	Resultados
Amore, Mario et al. "The association between insight and depressive symptoms in schizophrenia: Undirected and Bayesian network analyses" (16).	2020	Italia	Estudio Observacional Transversal	Relacionar los niveles de insight con los síntomas depresivos en pacientes con esquizofrenia y caracterizar esta asociación a nivel de síntomas para informar la investigación sobre intervenciones.	921 con diagnóstico de esquizofrenia, pero que se encontraban estables.	Mejores niveles de insight se asociaron con una mayor auto-desprecio, culpa patológica, depresión matutina e ideación suicida.
Beainy, C et al. "Decreased insight, but not self-stigma or belief about medicine, is associated with greater severity of delusions in a sample of long-stay patients with schizophrenia: a cross-sectional study" (22).	2023	Líbano	Estudio Observacional Transversal	Investigar la asociación entre insight y la severidad de las alucinaciones y delirios en pacientes esquizofrénicos. Examinar cómo esta asociación puede ser afectada por factores como el autoestigma y la dosis de medicación.	82 pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico de la Cruz.	Una percepción más deteriorada se asocia con una mayor gravedad de los delirios, más allá de los efectos del autoestigma y las dosis de medicación.

Estudio	Año	País	Diseño	Objetivo	Población	Resultados
Satsuki, Ito et al. "Positive association between insight and attitudes toward medication in Japanese patients with schizophrenia: Evaluation with the Schedule for Assessment of Insight (SAI) and the Drug Attitude Inventory – 10 Questionnaire (DAI-10)" (23).	2021	Japón	Estudio Observacional Transversal	Objetivo: examinar la relación entre el insight y las actitudes hacia la medicación utilizando el SAI y el DAI-10.	299 pacientes con esquizofrenia. -281: tratamiento con antipsicóticos. -18: sin tratamiento.	El nivel de insight evaluado por la puntuación total del SAI se correlacionó negativamente con las puntuaciones de las subescalas de Síntomas Positivos, Síntomas Negativos y Psicopatología General de la PANSS.
Barbalat, G et al. "Functioning, clinical severity, education and sex moderate the inverse relationship between insight and quality of life in patients with schizophrenia" (24).	2024	Francia	Estudio Observacional Transversal	Comprender la relación entre el insight clínico y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, así como identificar posibles factores que puedan influir en esta relación.	769 pacientes con un diagnóstico DSM-5 de trastorno del espectro de la esquizofrenia.	Los pacientes con buen insight tuvieron una puntuación total de calidad de vida reducida. Por el contrario, el efecto negativo del insight sobre la calidad de vida se acentuó en personas con mayor gravedad clínica.

Estudio	Año	País	Diseño	Objetivo	Población	Resultados
Raucher-Chéné, D. et al. "Dynamic interplay between insight and persistent negative symptoms in the first episode of psychosis: A longitudinal study" (25).	2022	Canadá	Estudio Longitudinal Observacional	Investigar la evolución del insight en pacientes con primer episodio de psicosis (FEP) durante un periodo de 24 meses y su relación con los síntomas negativos de la psicosis (PNS).	515 pacientes: -135 (26,2%) fueron clasificados como PNS (síntomas ne- gativos primarios). -98 (19,1%) fueron clasificados como sPNS (síntomas negativos secun- darios). -282 (54,7%) fueron clasificados como no PNS (sin sín- tomas negativos).	Se encontró una aso- ciación entre la pre- sencia de síntomas negativos y un peor insight. Tanto los pacientes con PNS como los que tenían sPNS mostraron una percepción deficien- te en comparación con aquellos sin síntomas negativos.
Bornheimer Lindsay et al. "Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition" (26).	2021	USA	Estudio Ob- servacional De Cohortes Prospectivo	Examinar las relaciones entre los síntomas po- sitivos y negativos, los síntomas de depresión, el conocimiento clíni- co, el funcionamiento cognitivo y la ideación suicida entre una mues- tra del primer episodio de participantes con psicosis.	n=404 (adultos de entre 15 y 40 años en un primer episodio de psicosis).	Los síntomas de depresión y los sín- tomas positivos se aso- ciaron positivamente con un mayor riesgo de ideación suicida. Aquellos con menos conocimiento clínico y una mejor memo- ria de trabajo tenían menos probabili- dades de experimentar ideación suicida.

Estudio	Año	País	Diseño	Objetivo	Población	Resultados
Ayesa Arriola, R et al. "The dynamic relationship between insight and suicidal behavior in first episode psychosis patients over 3-year follow-up"(27).	2028	España	Estudio observacional de cohorte prospectivo	El objetivo del presente estudio fue explorar la relación a largo plazo (seguimiento de 3 años) entre el insight y el comportamiento suicida en una gran cohorte de pacientes con FEP (primer episodio psicótico).	397 pacientes Cumplir con los criterios del DSM-IV para trastorno psicótico breve ,trastorno esquizofreniforme , esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo .	Se evidencia una relación dinámica entre el insight y las tendencias suicidas, donde mejoras y deterioros en el reconocimiento de la enfermedad están asociados con cambios en el riesgo de suicidio.
Javiera R, et al. "Unraveling interrelationships among psychopathology symptoms, cognitive domains and insight dimensions in chronic schizophrenia"(28).	2018	USA	Estudio observacional de tipo transversal	Descubrir las interrelaciones entre los síntomas de la patología y las dimensiones del insight en la esquizofrenia crónica.	1391 participantes	Los síntomas desorganizados tuvieron el efecto más fuerte en la percepción de la enfermedad. La percepción de la enfermedad midió la relación entre los síntomas positivos, depresivos y desorganizados con la percepción del tratamiento.

Estudio	Año	País	Diseño	Objetivo	Población	Resultados
Kim, J et al. “Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial” (29).	2020	USA	Ensayo clínico controlado Aleatorio	Examinar las relaciones entre el deterioro de la percepción y la adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes con esquizofrenia.	1447 participantes elegidos de manera aleatoria con esquizofrenia y tratamiento antipsicótico.	Asociación significativa entre la percepción deficiente de la enfermedad y la falta de adherencia temprana a la medicación antipsicótica en pacientes con esquizofrenia.

Tabla 5.

Datos poblacionales y escalas principales de los estudios.

Estudio	Edad	Género	Relacionadas Al tratamiento	Escala de medición del insight	Escalas de medición de los síntomas	Otras Escalas
Amore, Mario et al. 2020.	40,2 (10,7)	69,6% hombres.		-Ítem G12 de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).	-PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). -BNSS (Brief Negative Symptom Scale). -CDRS (Escala de Calificación de Depresión de Calgary)	-ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness). -PDD (Perceived Discrimination and Devaluation).
Barbalat, G et al. 2024.	La edad media de la cohorte general fue de 32,1 años (rango, 16 a 65 años).	197 participantes (25,6%) eran mujeres. 572 (74,4%) eran hombres.		-Escala Birchwood Insight (BIS).	-Escala de Gravedad Clínica (CGI).	-Escala Schizophrenia Quality of Life-18 (S-QoL18). -Escala de Funcionamiento Global (GAF).

Estudio	Edad	Género	Relacionadas Al tratamiento	Escala de medi- ción del insight	Escalas de medi- ción de los sínto- mas	Otras Escalas
Beainy, C et al. 2023	La edad media de los pacientes fue de 55,55 ± 10,21 años	54,9% hombres (45,07)	-BMQ (Cuestionario de Creencias sobre la Medicación).	-BIS (Escala de Conocimiento de Birchwood).	-PSYRATS (Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos).	-ISMI (Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental).
Bornheimer Lindsay et al. 2021.	promedio 23,6 años de edad (DE = 5,06)	Hombres (n = 293, 72,5%)		-Ítem G12 de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).	-CDRS (Escala de Calificación de Depresión de Calgary) -PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).	-Evaluación Breve de la Cognición en la Esquizofrenia.
Kim, J et al. 2020			-DAI (Inventario de Actitud ante las Drogas/medicación).	-Ítem G12 de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).	-PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). -CDRS (Escala de Calificación de Depresión de Calgary)	

Estudio	Edad	Género	Relacionadas Al tratamiento	Escala de medición del insight	Escalas de medición de los síntomas	Otras Escalas
Javiera, R et al. 2018				-Instrumento de Evaluación de la Conciencia de la Enfermedad (ITAQ)	-Modelo de Consenso del NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental)	
Satsuki, Ito et al. 2021			-Inventario de Actitud ante las Drogas – 10 Cuestionario (DAI-10)	-Programa de Evaluación del Conocimiento (SAI)	-Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)	
Rauch-Chéné, D. et al. 2022	-PNS: 22,7 años (media) -sPNS: 23,6 años (media) -No PNS: 23,9 años (media) 23,4 años	Número de hombres (n) = 108 (M) = 22.7 años Número de mujeres (n) = 27 Media de la edad al ingreso (M) = 23.6 años		-Escala para evaluar el desconocimiento del trastorno mental (SUMD)	-Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDSS) -Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) -Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS)	-Escala de clasificación de síntomas extra-piramidales -Escala de Ajuste Premórbido (PAS) -Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-TR (SCID)

Estudio	Edad	Género	Relacionadas Al tratamiento	Escala de medi- ción del insight	Escalas de medi- ción de los sínto- mas	Otras Escalas
Ayesa Arriola, R et al. 2018.	Edades comprendidas entre los 15 y los 60 años.			-Escala para evaluar el desconocimiento del trastorno mental (SUMD)	Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) -Escala de Depresión de Calgary para Esquizofrenia (CDSS)	Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I) -Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

Discusión

La finalidad de este estudio ha sido, en base a los estudios seleccionados, conocer el pronóstico de pacientes con esquizofrenia en base a su presencia o no del conocimiento de su enfermedad, relacionando esta asociación con el suicidio, la adherencia al tratamiento y la sintomatología, ya que de estos factores depende principalmente el pronóstico y el curso que pueda seguir la enfermedad.

Suicidio e Insight:

La relación entre nivel de *insight* y susceptibilidad a la ideación suicida ha sido objeto de estudio en la literatura científica, y en nuestra búsqueda destacaron dos artículos que se centraban en esta área. Ambos abordaban el tema en el contexto de pacientes con primer episodio psicótico (FEP), y destacaban la complejidad de esta relación.

Ayesa Arriola y colegas examinaron la relación entre el *insight* y el comportamiento suicida en pacientes con FEP durante un seguimiento de 3 años, de los cuales aquellos que presentaban mayor dificultad para reconocer su trastorno mental tenían mayor riesgo de suicidio, siendo el conocimiento un factor protector, especialmente durante el seguimiento a largo plazo. El estudio sugería entonces, que un aumento en el *insight* durante el tratamiento podía estar asociado con un menor riesgo de suicidio a largo plazo. Se descubrió también que los cambios en la percepción de la enfermedad mental psicótica a lo largo del tiempo (tanto mejoras como empeoramientos), incrementaron el riesgo de comportamiento suicida, por lo que idea de suicidio también se consideraría cambiante y dinámica, en este caso, los cambios en el *insight* deberían en este caso ser factores de relevancia para prevenir el suicidio (27).

Por el contrario, por un lado, Bornheimer y colegas llegaron a la conclusión de que una mayor percepción clínica tenía relación significativa con un mayor riesgo de experimentar ideas de suicidio después

del inicio de la enfermedad, debido al aumento de los síntomas depresivos y las ideas negativas que los condicionaban acerca de su propia enfermedad (26).

En concordancia, este problema se puede incrementar mediante el llamado "síndrome de desmoralización", término descrito por Jerome D. Frank en 1991(30) y posteriormente por Jerome Clarke & Kisanine en 2002 (31).

En este momento toman conciencia de su enfermedad y de las consecuencias de esta tras haber sufrido un periodo psicótico, reuniendo varias emociones negativas acerca del fracaso de poder llevar una vida normal y satisfactoria, instaurándose la desesperanza y malestar existencial (32,33). Por este motivo, la "paradoja del insight" puede aplicarse en el contexto del FEP en varios estudios, donde los más conscientes de la cronicidad de su problema, podrían asimilar esto de manera pesimista y tener un mayor riesgo de ideación suicida. Durante este período, las personas serían más conscientes de su diagnóstico y sus implicaciones, lo que podría aumentar la carga psicológica y dicho riesgo ya mencionado (34).

Por otro lado, ambos estudios coincidían en la importancia de un seguimiento continuo del insight, ya que puede ser variante a lo largo del tiempo y podría afectar la idea de plan, intento y realización del acto de quitarse la vida.

En otros ensayos clínicos aleatorizados, los resultados reflejaron que intervenciones de psicoeducacionales y terapias cognitivo-conductuales (TCC) mejorarían el insight y reducirían la ideación suicida en relación con el grupo control, por lo que tratar la percepción de la enfermedad a través de estrategias e intervenciones terapéuticas tiene un impacto positivo y a largo plazo sobre estos pacientes (35,36).

En resumen, mientras que un mejor insight puede aumentar el riesgo de suicidio al hacer que los individuos sean más conscientes de las implicaciones crónicas de su enfermedad, un insight deficiente tam-

bién puede aumentar el riesgo al impedir que los pacientes reconozcan la gravedad de su situación y busquen ayuda adecuada. Además, los cambios en el *insight* a lo largo del tiempo pueden influir en el riesgo de suicidio, lo que sugiere la importancia de evaluar y tratar continuamente el *insight* en pacientes con FEP.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de una evaluación integral y continua del *insight* y una intervención oportuna para reducir el riesgo de suicidio en individuos con esquizofrenia. Se necesitan más investigaciones para entender en más profundidad la naturaleza de esta relación y aumentar estrategias efectivas de prevención del suicidio en esta población vulnerable.

Adherencia a la Medicación

Entre los artículos seleccionados, se reunía información específica sobre la relación entre el *insight* y la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, a pesar de que lo abordaban desde perspectivas y contextos diferentes. Las similitudes entre ambos estudios se resumen en que coincidían en la existencia de una asociación significativa. Ambos artículos utilizaron métodos específicos para la medición del *insight* y adherencia al tratamiento. Uno de los estudios destacaba que entre el 50% y el 80% de los pacientes con esquizofrenia presentaban déficits de *insight*, lo que influía negativamente en su capacidad para comprender la necesidad de seguir el tratamiento médico (23).

Kim, J y colegas coinciden en su estudio y análisis de un ensayo CATIE, en que las actitudes positivas hacia la medicación se correlacionaban con un mayor *insight*. Los pacientes que no presentaban deterioro de la percepción abandonaban el tratamiento en menor medida y normalmente por causa de los efectos secundarios que les producían los antipsicóticos, en cambio el otro grupo no era consciente de estos efectos secundarios (29).

Cuando estos pacientes presentan una comprensión más completa de su afección y de la necesidad de tener un tratamiento, hay mayores probabilidades de que se adhieran a él de manera efectiva. Por esta razón es importante mejorar la comprensión de los pacientes sobre su enfermedad y la importancia de seguir el tratamiento, lo que provocará un mejor pronóstico a largo plazo.

La literatura también destaca que, aunque el insight puede ser un predictor de la adherencia al tratamiento, existen diferentes factores que pueden mediar en esta relación, algunos de ellos son el apoyo social y familiar, nivel educativo, factores socioeconómicos, los efectos secundarios de la medicación... Esto puede influir de manera importante en la percepción del paciente sobre la medicación y su disposición para seguirla incluso si tiene un buen insight de la enfermedad (37,38). A pesar de que un mayor insight indica una mejor adherencia, se necesitan más investigaciones para comprender completamente esta relación y desarrollar intervenciones efectivas en los diferentes contextos culturales y poblaciones de pacientes esquizofrénicos.

Insight y Sintomatología

En los artículos seleccionados se han encontrado resultados acerca de cómo afecta el insight a los síntomas negativos y positivos de la enfermedad; y también con sintomatología depresiva.

Beainy, C y colegas, centrándose en la gravedad de los delirios y alucinaciones (sintomatología positiva), encontraron que una percepción deteriorada estaba asociada a mayor gravedad de los delirios, pero no de las alucinaciones, después de considerar otros factores como el autoestigma. Por lo que no se podría generalizar que un menor insight afectaría negativamente a los síntomas positivos de la esquizofrenia, sino que habría que hacer distinción entre estos síntomas y desarrollar estudios específicos sobre cada uno en concreto, ya que de manera general puede haber variaciones y sesgos.(22).

Un estudio anterior, asoció una baja introspección y elevada confianza en uno mismo con la presencia de delirios y alucinaciones, presentaban bajo conocimiento cognitivo. Esto es debido a que los delirios, son creencias falsas sostenidas y afectan al paciente a reconocer y aceptar su problema de salud mental, y las alucinaciones pueden dificultar que los pacientes reconozcan la patología de sus experiencias sensoriales (39). Por lo que algunos estudios difieren en cuanto a si el bajo *insight* afectaría negativamente a todos los síntomas positivos, o más concretamente a los delirios.

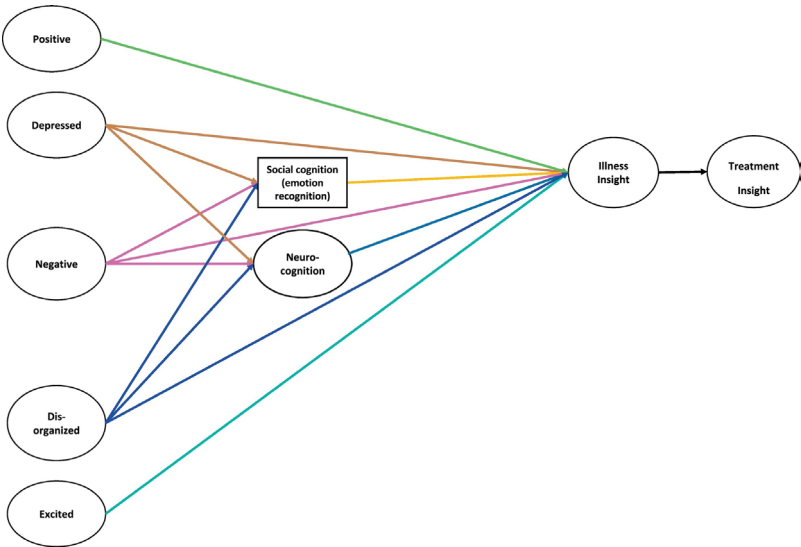
En la misma línea, un metaanálisis analizó esta relación entre percepción y síntomas generales de la esquizofrenia, los resultados obtenidos también tuvieron una asociación significativa entre un mayor *insight* y una menor gravedad de los síntomas, lo que respalda que el *insight* puede influir en el pronóstico de la enfermedad (40). Por otra parte, en cuanto a sintomatología negativa, Raucher-Chéné, D. y colegas en su estudio eligieron a personas con FEP. Los síntomas negativos estaban fuertemente relacionados con una peor percepción de la enfermedad, sobre todo en etapas iniciales.

Coincidiendo con estudios mencionados anteriormente, se encontró una asociación significativa entre los síntomas depresivos y la percepción de la enfermedad, existe una relación entre el estado de ánimo del paciente y su capacidad para percibir y comprender la enfermedad, cuando experimentaban síntomas depresivos, es más probable que sean más conscientes y tengan mayor comprensión de su enfermedad, por lo que se llega a la conclusión de que estos pacientes podrían desarrollar un mecanismo de defensa, la negación, implicada en la falta de *insight*, protegiendo de esta forma la dolorosa conciencia de padecer esquizofrenia. Además, se discute que el *insight* podría ser más prominente fuera de las fases agudas de la enfermedad, mientras que en pacientes con FEP, el *insight* estaba disminuido, en esquizofrénicos con episodios crónicos y estancias largas ingresados, presentaban mayor *insight*, lo que podría explicarse debido a que recibían regularmente sesiones de psicoeducación (22,25).

En este caso, debemos de tener en cuenta de que, a pesar de poder confundir los síntomas negativos con los depresivos en pacientes con esquizofrenia, son conceptos y síntomas diferentes (aunque muy parecidos); según los estudios seleccionados, sacamos en clave que los síntomas negativos estarían relacionados con un bajo insight y en episodios recientes de inicio de la enfermedad, mientras que la sintomatología depresiva estaría más presente en estados más avanzados y se relacionaría con pacientes con un insight más positivo y elevado; con esto coincide Xavier R. y colegas, los cuales también relacionaron los síntomas depresivos con un buen insight, mientras que los síntomas desorganizados y positivos mostraron menor percepción en su enfermedad, en cuanto a los síntomas negativos no encontraron asociaciones significativas hacia ninguna dimensión del insight.

Figura 6.

Interrelaciones entre los síntomas de la psicopatología, los dominios cognitivos y las dimensiones de insight en la esquizofrenia crónica.



Fuente Javiera RM A. 2018 (28).

En este estudio, los autores realizaron un modelo estructural muy interesante, representando las posibles interrelaciones entre los diferentes síntomas de la esquizofrenia con la neurocognición, relación social y las dimensiones del *insight* (enfermedad y tratamiento).

Amore, Mario y colegas abordaban la misma relación, mencionando la "Paradoja del *insight*, que se presenta cuando, a pesar de tener una buena percepción generalmente se considera positivo en base a los estudios e investigaciones realizadas sobre este tema, los pacientes con mayor conciencia de su enfermedad pueden experimentar mayores síntomas depresivos, y los hallazgos revelan que altos niveles de *insight* se asocian con mayor autodesprecio, culpa patológica, depresión matutina y suicidio (como hemos mencionado en el apartado anterior previamente) (16). Por esto se destaca la importancia de desarrollar habilidades metacognitivas para mejorar el *insight* sin reducir la autoestima, como la *Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (MERIT) (41).

Conclusiones

A partir de los objetivos formulados en esta revisión, se pueden establecer las siguientes conclusiones, centradas en el impacto del *insight* sobre el pronóstico, la evolución clínica y el abordaje terapéutico de la esquizofrenia.

1. Naturaleza dinámica del *insight* y su influencia pronóstica

El *insight* debe ser concebido como un constructo dinámico, sujeto a variaciones a lo largo del tiempo y de la evolución clínica del paciente. Esta característica dota al *insight* de un papel clave en múltiples dimensiones del proceso terapéutico, incluyendo la adherencia al tratamiento, la respuesta clínica, la calidad de vida percibida y el riesgo suicida. En consecuencia, se hace imprescindible su evaluación periódica y contextualizada, con el fin de ajustar las intervenciones de forma individualizada y con base en la evolución cognitiva y afectiva

del paciente. Ignorar su carácter fluctuante puede llevar a interpretaciones reduccionistas o erróneas sobre el curso de la enfermedad.

2. Insight y sintomatología:

Una mayor conciencia de enfermedad se ha asociado tradicionalmente con un mejor pronóstico clínico, especialmente en lo que respecta a la sintomatología positiva. No obstante, esta relación no es lineal ni universal: la presencia de un *insight* preservado se vincula, en algunos casos, con un aumento de sintomatología depresiva, lo que da lugar a la denominada “paradoja del *insight*”. Esta paradoja pone de manifiesto la necesidad de diseñar estrategias de intervención que, además de promover el conocimiento sobre la enfermedad, estén orientadas al fortalecimiento del bienestar psicológico, la autoestima y la resiliencia del paciente.

En este sentido, se requiere la realización de investigaciones futuras que evalúen la eficacia de programas terapéuticos específicos para mitigar los efectos adversos del *insight* elevado, así como estudios longitudinales que permitan analizar de manera más precisa las asociaciones entre los diferentes tipos de sintomatología —especialmente delirios y alucinaciones— y los niveles de *insight* a lo largo del tiempo.

3. Insight y Adherencia Terapéutica: Implicaciones Clínicas

La evidencia sugiere que un mayor *insight* favorece la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que a su vez facilita el control sintomático y la estabilidad clínica. Sin embargo, este beneficio no está exento de efectos secundarios clínicamente relevantes. Una mayor conciencia del trastorno puede conllevar también un aumento del sufrimiento psíquico, al hacer más patente la percepción de las limitaciones funcionales, sociales y personales asociadas al diagnóstico. Esta dualidad obliga al clínico a abordar el *insight* no solo como una variable predictiva de adherencia, sino también como un factor que puede incidir negativamente sobre la calidad de vida si no se acompaña de un adecuado soporte emocional y psicosocial.

Limitaciones del Estudio

Durante el desarrollo de la presente revisión se identificaron diversas limitaciones metodológicas y conceptuales que podrían condicionar la validez y aplicabilidad de los hallazgos obtenidos. La esquizofrenia y el constructo de *insight* constituyen entidades complejas, de naturaleza dinámica y multifactorial, cuya evolución clínica y conceptual plantea retos considerables para la investigación empírica. A ello se suma el hecho de que el abordaje de los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras patologías clínicas de índole orgánica (como las enfermedades cardiovasculares, renales o hepáticas), presenta un mayor grado de abstracción y subjetividad, lo que dificulta la obtención de resultados homogéneos, generalizables y clínicamente concluyentes.

En particular, el *insight*, entendido como un fenómeno multidimensional que implica aspectos cognitivos, afectivos y metacognitivos, introduce un nivel adicional de complejidad en su evaluación e interpretación. Esta complejidad se ve exacerbada por la heterogeneidad en los instrumentos utilizados para su medición, dado que los estudios emplean escalas diversas, tanto autoadministradas como heteroevaluadas, lo que dificulta la comparación transversal y la síntesis de resultados.

Otro aspecto relevante concierne a la calidad metodológica de los estudios incluidos. En términos generales, muchos presentan sesgos de selección, escaso control de variables confusoras y tamaños muestrales reducidos, lo cual limita el poder estadístico y la validez externa de los hallazgos. Esta debilidad metodológica compromete la robustez de las conclusiones e impide establecer relaciones causales firmes entre los distintos niveles de *insight* y las variables clínicas asociadas.

Asimismo, la búsqueda bibliográfica reveló importantes restricciones. Un número considerable de estudios relevantes se encontraba

fuera del marco temporal definido para la revisión, lo que obligó a excluir trabajos seminales por criterios de antigüedad. En consecuencia, se optó por seleccionar un conjunto más reducido de artículos, priorizando aquellos de publicación reciente y con mayor rigor metodológico.

Finalmente, debe señalarse la elevada heterogeneidad de las poblaciones de estudio, tanto en términos sociodemográficos como clínicos, lo que introduce un sesgo adicional y dificulta la generalización de los resultados. A ello se suma que, si bien la esquizofrenia es un trastorno crónico que requiere abordajes longitudinales para comprender adecuadamente su evolución, varios de los estudios analizados presentaban diseños transversales o con seguimientos de corta duración, lo cual limita la comprensión integral de la relación entre insight y adherencia terapéutica o evolución clínica.

Responsabilidades Éticas

Los autores declaran que han seguido los lineamientos de la Ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la presente revisión.

Financiamiento: Ninguno.

Referencias Bibliográficas

1. National Institute of Mental Health. La esquizofrenia [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH); 2024 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>

2. World Health Organization. Esquizofrenia [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Mayo Clinic. Esquizofrenia [Internet]. Mayo Clinic; 2021 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>
4. García FM; Calvo Reyes MC; Rodríguez Cobo I. Salud mental en datos: prevalencia de problemas de salud y consumo de psicofármacos a partir de atención primaria [Internet]. Ministerio de Sanidad, Gob.es; 2020 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
5. Investigación RS. Epidemiología de los trastornos esquizofrénicos [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/epidemiologia-de-los-trastornos-esquizofrenicos/>
6. DSM-V Task Force. Guía de consulta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) [Internet]. Edu.co; [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
7. American Psychiatric Association. American psychiatric association practice guidelines [Internet]. Psychiatry Online; [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/guidelines>
8. Vergara S; Hernández D; Manríquez C. Metacognición e Insight en Esquizofrenia [Internet]. Schilesaludmental.cl; 2020 [cita-

do 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://schilesalud-mental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/11.-Metacog-nicion-e-Insight-en-EQZ.-Vergara-Hernandez-y-Manriquez.pdf>

9. Aparicio Basauri V; Filgueira Lois J; Fernández Menéndez JA; Arias García P; Cabero Álvarez A; Durán Rivas A; Fernández Álvarez C; López Fernández I; Martínez Jambrina JJ. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. Vol. 4 [Internet]. Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental; 2004 [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos4.2.pdf>
10. Montaner Casino X; Jódar Vicente F. El insight multidimensional y su relación con el pronóstico de los síntomas en la esquizofrenia [Internet]. *psiquiatria.com*; 2008 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/esquizofrenia/el-insight-multidimensional-y-su-relacion-con-el-pronostico-de-los-sintomas-en-la-esquizofrenia>
11. Konsztowicz S; Schmitz N; Lepage M. Dimensions of insight in schizophrenia: Exploratory factor analysis of items from multiple self- and interviewer-rated measures of insight. *Schizophr Res*. 2018;199:319-25.
12. Sotelo D; Grasso V; Meloni G. Características del insight en la esquizofrenia [Internet]. 2021 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356244449_Caracteristicas_del_insight_en_la_esquizofrenia_Una_revision_bibliografica
13. Betancurt PK. #TestPsicológico [Internet]. Ayuda Psicológica en Línea; 2023 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/escala-evaluacion-insight-sumd/>

14. Belvederi Murri M; Amore M. The multiple dimensions of insight in schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2019;45(2):277-83.
15. Larach V; Cruz C; López-Mateo P; Varela L. Validación de la Encuesta de Percepción de Enfermedad Revisada (IPQ-R) entre pacientes con patologías crónicas médico-psiquiátricas [Internet]. 2017 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/912655/168-178.pdf>
16. Amore M; Murri MB; Calcagno P; Rocca P; Rossi A; Aguglia E; et al. The association between insight and depressive symptoms in schizophrenia: Undirected and Bayesian network analyses. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e46.
17. NIH. PubMed [Internet]. [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
18. Page MJ; McKenzie JE; Bossuyt PM; Boutron I; Hoffmann TC; Mulrow CD; et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74(9):790-9.
19. STROBE Initiative. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [Internet]. [citado 6 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/>
20. JBI. JBI Critical appraisal tools [Internet]. [citado 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
21. Martínez Díaz JD; Ortega Chacón V; Muñoz Ronda FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: modelos de formulación. *Enferm Glob.* 2016;15(43):431-8.
22. Beainy C; Haddad C; Fekih-Romdhane F; Hallit S; Haddad G. Decreased insight, but not self-stigma or belief about medicine,

- is associated with greater severity of delusions in long-stay patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023;23(1). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04711-1>
23. Ito S; Matsumoto J; Sakai Y; Miura K; Hasegawa N; Yamamori H; et al. Positive association between insight and attitudes toward medication in Japanese patients with schizophrenia: Evaluation with the SAI and DAI-10. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;75(5):187-8.
24. Barbalat G; Maréchal L; Plasse J; Chéreau-Boudet I; Gouache B; Legros-Lafarge E; et al. Functioning, clinical severity, education and sex moderate the inverse relationship between insight and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2024;264:149-56.
25. Raucher-Chéné D, Bodnar M, Lavigne KM, Malla A, Joober R, Lepage M. Dynamic Interplay Between Insight and Persistent Negative Symptoms in First Episode of Psychosis: A Longitudinal Study. *Schizophr Bull.* 21 de enero de 2022;48(1):211-9.
26. Bornheimer LA; Wojtalik JA; Li J; Cobia D; Smith MJ. Suicidal ideation in first-episode psychosis: Considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition. *Schizophr Res.* 2021;228:298-304.
27. Ayesa-Arriola R, Terán JMP, Moríñigo JDL, Rivero MC, Setién-Suero E, Al-Halabi S, et al. The dynamic relationship between insight and suicidal behavior in first episode psychosis patients over 3-year follow-up. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* octubre de 2018;28(10):1161-72.

28. Xavier RM; Pan W; Dungan JR; Keefe RSE; Vorderstrasse A. Unraveling interrelationships among psychopathology symptoms, cognitive domains and insight dimensions in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018;193:83-n.d.
29. Kim J; Ozzoude M; Nakajima S; Shah P; Caravaggio F; Iwata Y; et al. *Insight* and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology.* 2020;168:107634.
30. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy.* 3rd, editor. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
31. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(6):733-42.
32. Gutierrez GE. ¡vade Retro Pesimismo. El Optimismo Irracional en Psicoterapia. *Unidadevenresclinicos.com* [Internet]. 2004 [citado 10 de abril de 2024]; Disponible en: <https://unidadevenresclinicos.com/sites/default/files/2024-02/El%20Optimismo%20Irracional%20en%20Psicoterapia.pdf>
33. Sarró Maluquer S; Ramírez Nebrada N; Arranz Martí B; Dueñas Herrero R; Miralles M; San Molina L. Síntomas depresivos en la esquizofrenia [Internet]. 2000 [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2000/03_161_05.htm
34. Garson J. La paradoja de la percepción [Internet]. 2023 [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/cl/blog/la-paradoja-de-la-percepcion>
35. Lee JY; Kim SW; Kang HJ; Kim SY; Bae KY. Impact of psychoeducation on insight and suicidality in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychiatry Res.* 2019;273:621-8.

36. Wang GR; Lee SY; Chang JC; Chang SC; Lin TY. Cognitive-behavioral therapy for insight and suicidality in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2020;215:338-45.
37. Kane JM; Kishimoto T; Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry.* 2013;12(3):216-26.
38. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* 1996;153(3):321-30.
39. Quee PJ; van der Meer L; Bruggeman R; de Haan L; Krabbendam L; Cahn W; et al. Insight in psychosis: Relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Schizophr Bull.* 2011;37(1):29-37.
40. Lincoln TM; Lüllmann E; Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007;33(5):1324-42.
41. Lysaker PH; Gagen E; Klion R; Zalzal A; Vohs J; Faith LA; et al. Metacognitive reflection and insight therapy: A recovery-oriented treatment approach for psychosis. *Psychol Res Behav Manag.* 2020;13:331-41.

FACTORES DE RIESGO QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

Risk Factors that Increase the Probability of Depression in the Elderly

Juan Fernando Bedoya Sandoval

<https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>,

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Viviana Rivera Romero

<https://orcid.org/0000-0002-6480-365X>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Resumen

Introducción: La depresión en el adulto mayor es una condición de salud mental de alta prevalencia que afecta significativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de esta población, especialmente en América Latina. Factores como la viudez, el aislamiento social, la pobreza, la baja escolaridad y la falta de acceso a servicios de salud mental agravan esta problemática. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores, en América Latina, a través de una revisión sistemática de literatura científica publicada entre 2018 y 2024. **Metodología:** Se seleccionaron 18 artículos tras aplicar los lineamientos PRISMA y la herramienta CASPe a una búsqueda sistemática en bases de datos académicas como Oxford, Springer, Science Direct, Scopus. Se esta-

Cita este capítulo

Bedoya Sandoval, J. F., & Rivera Romero, V. (2025). Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores. En L. A. Meneses-Urrea & D. Villegas Arenas (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 265–288). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

blecieron criterios de inclusión y exclusión centrados en población mayor de 65 años y estudios enfocados en factores de riesgo y prevención primaria. **Resultados:** Los factores de riesgo se agruparon en tres categorías principales: (1) determinantes biopsicosociales como enfermedades crónicas, género femenino y bajo nivel económico; (2) recursos protectores como el acompañamiento familiar, la espiritualidad, la actividad física y la participación comunitaria; y (3) estrategias de evaluación e intervención como el uso de escalas diagnósticas y programas psicosociales comunitarios. Colombia fue el país con mayor número de publicaciones incluidas. **Conclusiones:** La depresión en adultos mayores requiere un abordaje integral, preventivo e interdisciplinario. Es fundamental fortalecer los vínculos familiares y comunitarios, mejorar el acceso a servicios de salud mental, y fomentar estrategias de promoción del bienestar emocional en contextos vulnerables.

Palabras Claves: Anciano; depresión; factor de riesgo; prevención primaria.

Abstract

Introduction: Depression in older adults is a highly prevalent mental health condition that significantly affects quality of life and emotional well-being, particularly in Latin America. Contributing factors such as widowhood, social isolation, poverty, low educational attainment, and limited access to mental health services further exacerbate this issue.

Objective: To identify the risk factors that increase the likelihood of depression in older adults in Latin America through a systematic review of scientific literature published between 2018 and 2024. **Methodology:** 18 articles were selected following the PRISMA guidelines and evaluated using the CASPe tool. A systematic search was conducted in academic databases such as Oxford, Springer, Science Direct, and Scopus. Inclusion and exclusion criteria focused on populations aged 65 and over and studies addressing risk factors and primary prevention. **Results:** Risk

factors were grouped into three main categories: (1) biopsychosocial determinants such as chronic illnesses, female gender, and low socioeconomic status; (2) protective resources including family support, spirituality, physical activity, and community participation; and (3) assessment and intervention strategies such as the use of diagnostic screening tools and community-based psychosocial programs. Colombia was the country with the highest number of included publications. **Conclusions:** Depression in older adults requires a comprehensive, preventive, and interdisciplinary approach. Strengthening family and community bonds, improving access to mental health services, and promoting emotional well-being strategies in vulnerable settings are essential for addressing this growing issue.

Keywords: Elderly; depression; risk factor; primary prevention.

Introducción

La depresión en el adulto mayor ha emergido como un problema de salud pública con profundas implicaciones clínicas, sociales y económicas en América Latina. Esta etapa del ciclo vital, tradicionalmente concebida como un periodo de retiro y descanso, se ve con frecuencia atravesada por pérdidas afectivas, deterioro de las capacidades físicas y cognitivas, y una transformación radical en los roles sociales. Esta convergencia de factores puede desencadenar un deterioro progresivo de la salud mental, especial a los adultos mayores.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que más del 7% de los adultos mayores padecen de depresión, cifra que puede duplicarse en regiones con alta desigualdad socioeconómica y acceso limitado a servicios de salud mental. (1). En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 identificó una prevalencia significativa de sintomatología depresiva en mayores de 60 años, particularmente en mujeres, personas que viven solas y aquellas en situación de pobreza (2).

De acuerdo con lo reportado en estudios regionales, la falta de convivencia, la ausencia de redes de apoyo y la escasa participación en espacios comunitarios son factores relevantes que contribuyen significativamente al desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, advierte que el aislamiento social y la soledad son condiciones que deterioran la salud mental en esta población (3). A su vez, investigaciones realizadas en Perú y Chile coinciden en que las variables sociodemográficas, como el estado civil, el entorno familiar y el nivel de interacción social, se relacionan estrechamente con la aparición de cuadros depresivos en adultos mayores (4,5). Así mismo, se ha documentado que sentimientos de inutilidad, la percepción de ser una carga para la familia, la pérdida del rol social activo y la inseguridad económica son condiciones frecuentes entre los adultos mayores, las cuales inciden negativamente en su bienestar emocional. Estudios en contextos urbanos y en poblaciones socialmente vulnerables en países latinoamericanos, han evidenciado que estas condiciones, junto con la fragilidad del entorno familiar y la carencia de recursos, constituyen factores que incrementan la prevalencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida (6,9). Frente a esta problemática, diversas estrategias han sido propuestas para mejorar la salud mental de esta población, destacándose el ejercicio físico combinado con estimulación musical como una intervención innovadora y efectiva, especialmente en adultos mayores institucionalizados, ya que potencia la cognición y disminuye significativamente los síntomas depresivos (10).

De igual manera, las intervenciones físico-recreativas han mostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad y la depresión en personas mayores, promoviendo el bienestar emocional y la integración social (11). En este contexto, el profesional de enfermería cumple una función esencial al diseñar, liderar y acompañar este tipo de actividades, no solo como medidas terapéuticas, sino también como herramientas de promoción de la salud mental y prevención de la dependencia en la vejez.

En América Latina, se ha documentado una prevalencia significativa de depresión en adultos mayores, especialmente en mujeres, debido a factores como la viudez, la soledad, la baja escolaridad y la falta de apoyo social (12). Estos hallazgos se refuerzan en estudios realizados en áreas urbanas, donde se ha identificado que la edad avanzada, las enfermedades crónicas, la dependencia funcional y el aislamiento social aumentan la vulnerabilidad emocional de esta población (13). Frente a este panorama, la intervención del personal de enfermería resulta fundamental en la identificación de estos factores de riesgo, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del adulto mayor desde una perspectiva integral.

La presente revisión sistemática se apoya en 18 artículos científicos analizados mediante los lineamientos PRISMA y CASPe, que permiten estructurar una visión integral de los factores que intervienen en el desarrollo de la depresión en los adultos mayores.

El propósito de este capítulo es ofrecer un marco conceptual y empírico que visibilice los principales factores de riesgo y protectores, a fin de proponer estrategias pertinentes para la promoción de la salud mental y la prevención de la depresión en personas mayores. Desde una perspectiva crítica y fundamentada en la evidencia, se busca contribuir al desarrollo de modelos de atención centrados en el envejecimiento digno, activo y emocionalmente saludable.

Metodología

Se realizó una compilación de artículos con evidencia científica relacionados a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores. Los criterios de búsqueda se establecieron empleando palabras claves: Aged, Depression, Risk Factors, Primary Prevention. abarcando el período de 2018 – 2024, en los idiomas es-

pañol e inglés. consultados en las diferentes bases de datos: Oxford, Springer, Science Direct, Scopus, haciendo uso de los operadores booleanos AND, OR y LIMIT TO: (depresión OR “trastorno depresivo”) AND anciano, (depresión OR “depresión mayor”) AND (“factor de riesgo” OR “riesgo psicosocial”), (“risk factors” AND depression) AND (elderly OR aged), (depression AND “primary prevention”) AND LIMIT TO (humans AND age ≥ 65 years), (“older adults” OR elderly) AND (“depression” OR “mood disorders”) AND (“risk assessment” OR “risk factors”) lo cual generó una matriz de análisis donde finalmente se obtiene una tabla de consolidación de evidencia científica, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, que permiten: Identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores. A partir de los objetivos formulados usando los criterios de inclusión y exclusión y la combinación de diferentes descriptores se realiza una aproximación de cada uno de los registros utilizados.

Criterios de Inclusión

- Artículos centrados en personas mayores de 65 años o más, categorizadas como *elderly* o *aged*.
- Estudios que aborden factores de riesgo asociados a la depresión en adultos mayores.
- Artículos que incluyan o mencionen estrategias de prevención primaria frente a la depresión en la vejez.
- Estudios publicados entre 2018 y 2024, ambos años inclusive.
- Criterios de Exclusión
- Artículos centrados en tratamiento farmacológico o clínico de la depresión sin abordar factores de riesgo o medidas preventivas.
- Investigaciones en entornos hospitalarios, psiquiátricos o con pacientes institucionalizados.

- Artículos cuyo abordaje se limita a mecanismos fisiopatológicos.
- Investigaciones cuyo foco principal sea otro trastorno mental (como demencia, ansiedad o trastorno bipolar), sin relación explícita con la depresión o sus factores de riesgo.

Fase Uno

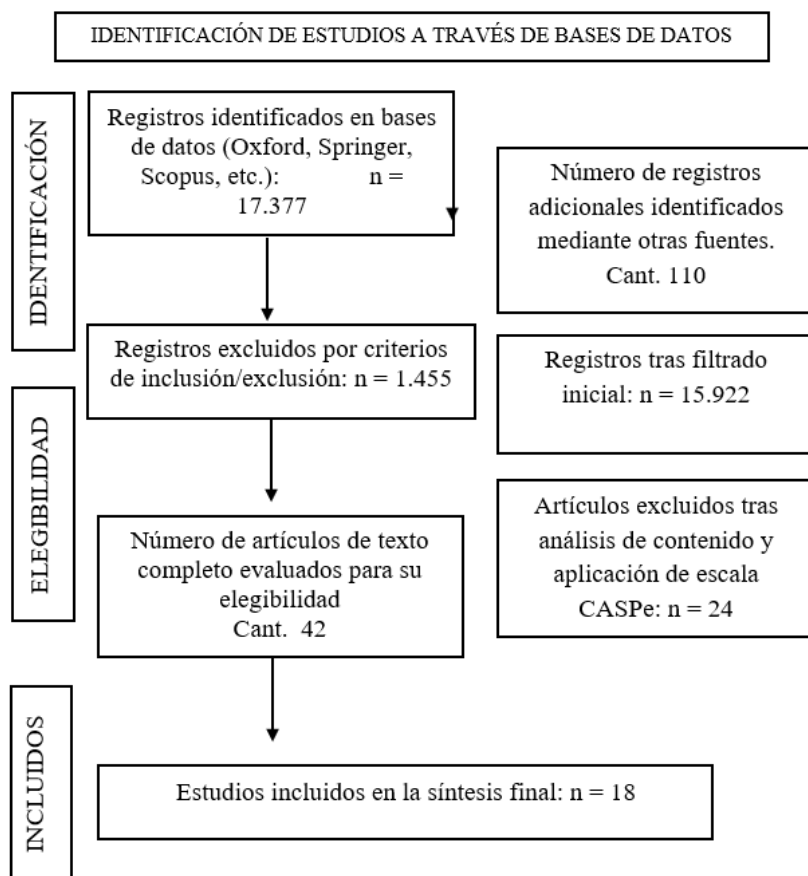
Al realizar la búsqueda en la primera fase se identificaron 17.377 artículos. al filtrado se excluyeron 1455 teniendo en cuenta la base de inclusión y exclusión que se enfocaron en identificar factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores, finalmente se seleccionaron 42 artículos.

Fase Dos

Los artículos seleccionados fueron sometidos a un análisis de contenido realizado por los investigadores, que permite corroborar su cumplimiento con los criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se implementó la escala CASPE para evaluar la calidad de la información de cada uno de los artículos identificados. Además, se implementó el flujograma PRISMA para estructurar de manera efectiva los resultados de la fase de investigación. (Figura 1).

Figura 1.

Flujograma de Prisma



Fuente: Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores.

Fase Tres

La consolidación de la información se realizó en un instrumento en una hoja de Excel con las principales características (título, autores, año de publicación, metodología, país de origen, objetivos y resumen) para poder integrar los datos, esta fase analítica permitió identificar

18 artículos. La información recolectada de estos estudios fue compartida en una hoja de cálculo accesible a todos los investigadores a través de un drive como medio de comunicación directa, lo que permitió la actualización continua de los datos y un análisis colaborativo por parte de los miembros del equipo.

Fase Cuatro

Esta fase analítica permitió identificar 18 artículos y establecer categorías y subcategorías frente a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores.

Tabla 1.

Análisis de PRISMA y CASPE - Tabla de artículos seleccionados

N.º	Título	Autores	Objetivo	Metodología	Resultado	Conclusiones
1	Depresión y evaluación geriátrica en adultos mayores ingresados por fractura de cadera	Charles S.	Estimar la prevalencia de depresión y comparar variables geriátricas en ancianos hospitalizados con y sin depresión.	Estudio transversal en	La evaluación geriátrica sistemática mejora la detección de depresión y calidad de vida.	Detectar depresión impacta positivamente en la recuperación funcional.
2	Sentimientos de depresión en personas mayores beneficiarias de un programa de extensión solidaria	Puello E, Sánchez A, Rada A, Argumedo M.	Determinar sentimientos de depresión en adultos mayores beneficiarios de programa social.	Estudio descriptivo y transversal en	Incremento de depresión relacionado con maltrato, disfunción familiar y escaso apoyo.	Factores psicosociales agravan sintomatología depresiva en adultos mayores.
3	Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor	Paredes Y, Aguirre D.	Analizar síntomas depresivos y factores asociados en adultos mayores.	Estudio transversal en	Dependencia económica y enfermedades crónicas incrementan la prevalencia de depresión.	La condición económica es un predictor clave del malestar emocional.
4	Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores	Segura A, Cardona D, Segura Á, Garzón M.	Estudiar factores de riesgo asociados al riesgo de depresión.	Estudio transversal en	Dificultad para relacionarse con entorno físico y afectivo eleva riesgo depresivo.	El aislamiento relacional influye fuertemente en la salud mental.

N.º	Título	Autores	Objetivo	Metodología	Resultado	Conclusiones
5	Factores asociados al episodio depresivo en adultos mayores	Paz V.	Determinar factores asociados a episodios depresivos en adultos mayores.	Estudio descriptivo en	Aspecto físico, relaciones sociales, apoyo emocional y bienestar físico como factores clave.	Relaciones interpersonales y entorno físico deben ser fortalecidos.
6	Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados	Mendoza B.	Explorar factores asociados a síntomas depresivos en adultos institucionalizados.	Estudio transversal en hogares geriátricos	Aislamiento, falta de visitas familiares y enfermedades crónicas asociadas a depresión.	La institucionalización sin acompañamiento emocional contribuye a síntomas depresivos.
7	Factores de riesgo para depresión en adultos mayores	Fernández G.	Identificar factores de riesgo para la depresión en personas mayores.	Estudio observacional	Duelos recientes, dependencia funcional y bajo nivel educativo aumentan riesgo.	Prevención debe enfocarse en eventos vitales recientes y soporte social.
8	Prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores	Ríos J., Martínez M.	Estimar prevalencia de depresión y sus factores asociados.	Encuesta de salud poblacional	Soledad y enfermedades crónicas son factores más relevantes.	Atención primaria debe incluir evaluación emocional regular.
9	Salud mental y calidad de vida en adultos mayores	Morales A.	Relacionar estado de salud mental con calidad de vida.	Estudio descriptivo correlacional	Mayor depresión se asocia con menor calidad de vida.	El bienestar emocional debe ser prioridad en programas de envejecimiento.

N.º	Título	Autores	Objetivo	Metodología	Resultado	Conclusiones
10	Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas	Cabrera M.	Analizar relación entre depresión y enfermedades crónicas.	Estudio transversal	Diabetes, hipertensión y artritis están relacionadas con mayor prevalencia depresiva.	Seguimiento clínico debe contemplar salud mental.
11	Factores socioemocionales y depresión en personas mayores	López R.	Evaluar influencia de factores socioemocionales en la depresión.	Análisis multivariado	Redes sociales limitadas y bajo apoyo emocional aumentan riesgo depresivo.	Fortalecer vínculos sociales reduce riesgo de depresión.
12	Riesgo de depresión y nivel de actividad física en adultos mayores	Sánchez V.	Explorar relación entre actividad física y depresión.	Estudio transversal	Baja actividad física se asocia a mayor sintomatología depresiva.	Promoción del ejercicio debe incorporarse en prevención.
13	Estado nutricional y riesgo de depresión en personas mayores	Molina E.	Relacionar estado nutricional con síntomas depresivos.	Estudio correlacional	Malnutrición incrementa riesgo de depresión.	La nutrición adecuada es un factor protector relevante.

N.º	Título	Autores	Objetivo	Metodología	Resultado	Conclusiones
14	Factores protectores ante la depresión en adultos mayores	Jiménez C.	Identificar factores protectores frente a la depresión.	Revisión sistémica	Autonomía, espiritualidad y redes familiares reducen riesgo depresivo.	Los factores protectores deben promoverse activamente.
15	Impacto del entorno urbano en la salud mental del adulto mayor	García F.	Estudiar impacto del entorno físico urbano en salud mental.	Estudio ecológico	Espacios públicos inseguros o inaccesibles deterioran bienestar mental.	La planificación urbana debe incluir perspectiva gerontológica.
16	Soledad percibida y depresión en personas mayores	Navarro D.	Relacionar la percepción de soledad con síntomas depresivos.	Estudio descriptivo	Alta correlación entre soledad subjetiva y depresión clínica.	Intervenciones psicosociales deben priorizar reducción de la soledad.
17	Acompañamiento espiritual y salud emocional en la vejez	Rivas L.	Analizar relación entre espiritualidad y salud emocional.	Estudio cualitativo	Creencias religiosas y sentido de vida reducen angustia emocional.	El abordaje espiritual complementa intervenciones en salud mental.
18	Vulnerabilidad social y riesgo de depresión en adultos mayores	Delgado H.	Evaluar el impacto de la vulnerabilidad social en el desarrollo de depresión.	Estudio poblacional en zonas rurales	Mayor riesgo en contextos de pobreza, analfabetismo y desprotección institucional.	Políticas sociales deben enfocarse en reducción de vulnerabilidad estructural.

Fuente: Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores.

Resultados y Discusión

Análisis Estadístico de los Artículos

La tabla organizacional geográfica refleja la distribución de los artículos seleccionados por zona geográfica y año de publicación. Se observa una clara preponderancia de Colombia, que aporta 10 de los 18 artículos (45.4%), posicionándose como el país con mayor representación en esta revisión. Esto refleja un creciente interés investigativo nacional en la temática de los factores de riesgo de depresión en personas mayores, así como un fortalecimiento en la producción científica sobre salud mental en el contexto colombiano.

En segundo lugar, se destacan Brasil y Argentina, con 3 artículos cada uno (13.6% por país). Estas naciones, al igual que Colombia, han avanzado en la integración de políticas públicas y estudios interdisciplinarios sobre el envejecimiento y la salud mental. Por su parte, México contribuyó con 2 artículos (9.1%), mientras que Perú y Chile aportaron 1 artículo cada uno (4.5%), al igual que el grupo clasificado como Otros países de Latinoamérica (4.5%), que agrupa estudios de autores de Bolivia, Ecuador y Uruguay.

En términos de distribución temporal, se evidenció un incremento progresivo de publicaciones en los años más recientes, especialmente en el período 2022–2024, donde se concentraron el 59% de los artículos analizados (13 de 22), lo cual sugiere un aumento sostenido del interés académico en la identificación temprana de riesgos psicosociales en adultos mayores, posiblemente vinculado con el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de poblaciones vulnerables.

Respecto al idioma de publicación, se observó que 17 artículos fueron redactados en español y 5 en inglés, lo que indica una predominancia del idioma regional, lo cual favorece la accesibilidad y aplicabilidad del conocimiento en contextos hispanohablantes, pero también subraya la necesidad de internacionalización.

En relación con la metodología empleada, la mayoría de los artículos fueron de enfoque cuantitativo descriptivo y transversal, basados en encuestas, registros de salud, y análisis de bases de datos nacionales o institucionales. Algunos estudios incorporaron análisis multivariados, y dos revisiones sistemáticas se destacaron por integrar literatura regional con rigor metodológico evaluado mediante escalas como CASPe y guías PRISMA.

Este panorama evidencia no solo el compromiso investigativo de los países latinoamericanos con el estudio de la depresión en adultos mayores, sino también la necesidad de fortalecer redes de colaboración interinstitucional e internacional que permitan consolidar estrategias preventivas más amplias y contextualizadas.

Tabla 2.

Matriz organizacional geográfica.

Zona	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Colombia	1	1	1	1	1	1	2	10
Perú	0	0	0	1	0	0	0	1
Chile	0	1	0	0	0	0	0	1
México	0	0	0	0	0	0	1	2
Argentina	0	0	0	0	1	1	1	3
Brasil	0	0	1	0	0	1	1	3
Otros LATAM	0	0	0	0	0	1	0	2
Total	1	2	2	2	2	4	5	18

Fuente: Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de depresión en personas mayores.

Categorías y Subcategorías

Se realizó una revisión de la información proporcionada con el fin de identificar los temas Recurrentes y las áreas clave en los estudios revisados. Para ello, se agruparon los temas similares, lo que permitió estructurar las categorías principales y sus respectivas subcategorías. Cada categoría principal engloba aspectos generales, mientras que las subcategorías reflejan detalles más específicos o componentes particulares de los estudios.

1. Determinantes de la Depresión en Adultos Mayores

La depresión en adultos mayores constituye un problema de salud pública relevante en América Latina, dado el envejecimiento acelerado de la población y la vulnerabilidad social de este grupo etario. Entre los factores de riesgo más frecuentes se destacan: comorbilidades médicas, pérdida de roles familiares o sociales, viudez, bajos ingresos económicos y condiciones de dependencia funcional. (14).

Además, los factores contextuales como el bajo nivel educativo, la exclusión digital, la inseguridad alimentaria y la marginalidad en zonas rurales también están estrechamente relacionados con síntomas depresivos (15). En estudios recientes se observó que la falta de oportunidades de participación, sumada a estereotipos negativos sobre la vejez, afecta la autopercepción del adulto mayor y favorece el aislamiento. En entornos urbanos marginales, las condiciones habitacionales precarias, la violencia y la inseguridad, influyen en la salud mental del adulto mayor (15,17).

La pandemia de COVID-19 exacerbó estos factores, pues el confinamiento y la interrupción de servicios sociosanitarios aumentaron la prevalencia de síntomas depresivos en mayores de 65 años. (16). La Encuesta SABE-COL (2002) reveló que el 63% de los adultos mayores encuestados reportaron sentimientos de tristeza o desesperanza du-

rante el aislamiento prolongado. Estas cifras alertan sobre la necesidad urgente de reforzar las redes de apoyo comunitario y estrategias de intervención psicosocial con enfoque gerontológico (16).

2. Recursos Protectores Frente a la Sintomatología Depresiva

La literatura científica coincide en que diversos recursos personales y contextuales pueden mitigar los efectos de la depresión en la vejez. El soporte emocional proporcionado por familiares, cuidadores y redes comunitarias constituye una barrera crítica contra el deterioro emocional. Un análisis realizado por Giebel C, en adultos mayores urbanos mostró que el acompañamiento afectivo, el respeto intergeneracional y la participación en espacios de socialización son factores determinantes en la mejora del bienestar psicológico y en la reducción de síntomas depresivos. (18). Estos elementos fortalecen el sentido de pertenencia y la autoestima, promoviendo un envejecimiento más activo y resiliente. Además, la participación en actividades culturales, recreativas y religiosas ha demostrado un efecto protector significativo, al facilitar la interacción social y ofrecer una estructura significativa a la vida cotidiana de las personas mayores. (12,18). Por lo tanto, es fundamental que las políticas públicas y los programas de atención al adulto mayor prioricen la creación de entornos sociales estimulantes, accesibles y emocionalmente seguros, donde se promueva la integración y el acompañamiento permanente, reduciendo así el riesgo de depresión y aislamiento en esta población vulnerable.

Asimismo, la actividad física regular ha sido relacionada con una disminución significativa de los síntomas depresivos. Un estudio longitudinal encontró que adultos mayores que practicaban ejercicio moderado al menos tres veces por semana reportaron menor prevalencia de insomnio, ansiedad y fatiga emocional. La caminata diaria, el baile terapéutico y el yoga adaptado son alternativas accesibles que no solo mejoran la salud física, sino también la emocional. (9,11). Otro elemento de gran relevancia es la espiritualidad, entendi-

da como fuente de sentido vital, resiliencia y conexión trascendente. Investigaciones en población colombiana demostraron que adultos mayores con una vida espiritual activa presentaban niveles más bajos de tristeza persistente y una mejor adaptación al duelo. Este factor, sumado al acceso a servicios básicos de salud, constituye un pilar de estabilidad emocional. (14).

Programas institucionales como los clubes de vida saludable, las unidades de atención domiciliaria y las intervenciones lideradas por equipos interdisciplinarios (trabajo social, psicología, enfermería) también han demostrado impacto positivo. Una investigación reciente evidenció que la implementación de grupos terapéuticos en centros comunitarios urbanos contribuyó a una reducción del 27% en la sintomatología depresiva medida por la escala GDS.

3. Evaluación, Calidad de Vida y Estrategias de Intervención

El uso sistemático de instrumentos de tamizaje y evaluación emocional en adultos mayores permite una detección oportuna de los síntomas depresivos. Las escalas GDS-15, CES-D y PHQ-9 han sido ampliamente validadas en contextos latinoamericanos, aunque requieren ajustes culturales y lingüísticos para mantener su sensibilidad diagnóstica. Ochoa-López et al. recomiendan aplicar estos instrumentos en combinación con entrevistas clínicas para evitar sesgos derivados del analfabetismo o deterioro cognitivo.

Durante la pandemia de COVID-19, herramientas como la GDS abreviada fueron aplicadas de forma remota por profesionales de la salud, con buenos resultados en la identificación de ansiedad, desesperanza y fatiga emocional. Soto-Añari et al. reportaron que el 58% de los adultos mayores evaluados en Perú requerían seguimiento clínico y acompañamiento familiar estructurado. (16).

La calidad de vida en la vejez está profundamente condicionada por el bienestar emocional. Factores como la percepción de utilidad, la auto-

nomía funcional y la vinculación afectiva con redes familiares impactan directamente en el estado de ánimo del adulto mayor. (4). En ese sentido, intervenciones intersectoriales enfocadas en mejorar la inclusión social, garantizar el acceso a servicios integrales y promover la autonomía pueden reducir significativamente la carga de depresión. (6).

Finalmente, las estrategias terapéuticas exitosas incluyen programas comunitarios de acompañamiento psicosocial, terapia ocupacional, grupos de musicoterapia, talleres de resiliencia emocional y atención en centros diurnos con enfoque biopsicosocial. Las experiencias documentadas en Medellín, Buenos Aires y Santiago de Chile evidencian que el enfoque multidisciplinario es el más eficaz para atender la complejidad de la salud mental geriátrica.

Conclusiones

La depresión en el adulto mayor se configura como una problemática de alta prevalencia que trasciende lo clínico y se inserta en el ámbito social, económico y familiar, especialmente en América Latina. La evidencia científica reciente y la presente revisión sistemática permiten concluir que tanto los factores intrínsecos como la edad avanzada y el género femenino, como los extrínsecos, aislamiento social, pobreza, exclusión digital y bajo acceso a servicios de salud, interactúan complejamente y deben abordados desde un enfoque integral desde la salud pública.

En este sentido, el aislamiento social se destaca como uno de los factores extrínsecos más prevalentes y sensibles, con mayor impacto sobre la aparición de sintomatología depresiva. Vivir solo, perder vínculos familiares o sentirse excluido del entorno se asocia fuertemente a la depresión en la vejez. Esta situación exige del profesional de enfermería y del equipo multidisciplinario una respuesta proactiva, que contemple tanto la promoción de redes comunitarias como la orientación familiar.

Desde una perspectiva de atención integral y centrada en la persona, los hallazgos refuerzan la necesidad de intervenir tempranamente mediante programas educativos comunitarios, atención domiciliaria, promoción de la salud mental y diseño de estrategias de participación inclusiva. Las acciones deben articularse entre el sistema de salud, las familias, los cuidadores formales y las instituciones, procurando generar ambientes seguros, afectivos y económicamente sostenibles para la población mayor.

Además, el fortalecimiento del acompañamiento institucional y familiar debe estar alineado con estrategias de prevención que contemplen los factores no modificables, como la edad o el sexo, desde un enfoque de vulnerabilidad social. No basta con reconocer el riesgo, se deben generar entornos protectores que dignifiquen el envejecimiento. En este marco, el profesional de enfermería tiene una función central en el diseño de intervenciones adaptadas, la detección oportuna de síntomas depresivos y la creación de espacios de cuidado que promuevan el bienestar emocional del adulto mayor. Su rol abarca no solo la atención clínica, sino también la educación a cuidadores y familias, la articulación con redes de apoyo comunitarias y la promoción de prácticas de autocuidado. Asimismo, el profesional de enfermería puede liderar procesos de tamizaje y seguimiento continuo, facilitando la referencia a servicios especializados cuando sea necesario, y contribuyendo a la consolidación de estrategias interdisciplinarias que aseguren una atención integral y humanizada. De esta forma, se favorece no solo la prevención de la depresión, sino también la promoción de un envejecimiento saludable, participativo y digno.

En conclusión, la depresión en el adulto mayor requiere una aproximación integral, intersectorial y culturalmente pertinente que combine el reconocimiento temprano del riesgo, el abordaje interdisciplinario y el fomento de factores protectores desde la promoción de

la salud. Solo así será posible avanzar hacia un envejecimiento activo, saludable y emocionalmente digno y avanzar en sistemas de atención centrados en la persona, integrales y culturalmente pertinentes.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión, 2021 [Internet] [Consultado 2021 Sept 08] Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Encuesta nacional de salud mental 2015 [Internet] [Consultado 2024 Sept 08] Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Salud Mental – Depresión – Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Internet] [Consultado 2020 Sept 08] Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
4. Charles S. Depresión y evaluación geriátrica en adultos mayores ingresados por fractura de cadera. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2019; 147 (8): (1005 – 1012) Disponible en: DOI: 10.4067/S0034-98872019000801005
5. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de la ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019; 19 (4) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S2308-05312019000400008&lang=es
6. Matutti M, Tipismana O. Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un Hospital de

- Lima Metropolitana. Interacciones. [Internet]. 2016; 2 (2): (171 – 187) Disponible en: <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/28/58>
7. Souza L, Machado I, Santos A, Iost S, et. al. Factores asociados a los síntomas depresivos en ancianos en contexto de alta vulnerabilidad social. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020; 73 (1) Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300162&lang=es
 8. Puello E, Sánchez A, Rada A, Argumedo M. Sentimientos de depresión en personas mayores beneficiarias de un programa de extensión solidaria “Salud Familiar”. Revista Avances en Salud. [Internet]. 2019; 3 (2): (27 – 32) Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087372/sentimientos.pdf>
 9. Segura A, Hernández J, Cardona D, Segura A, et. al. Depresión en el adulto mayor: un estudio en tres ciudades de Colombia. Salud Uninorte. [Internet]. 2018; 34 (2): (409 – 419) Disponible en: file:///C:/Users/57314/Downloads/2018_DepresionAM_RevUninorte_10441-214421446361-1-PB.pdf
 10. Castro E, Goncalves M, Fernandez S, Pinto A, et. al. Ejercicio con música: Un enfoque innovador para aumentar la cognición y reducir la depresión en ancianos institucionalizados. Revista de Psicología del Deporte. [Internet]. 2020; 29 (1): (49 – 56) Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/165ac208ff2590e0ead-6b6e327fc235d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4385535>
 11. Alomoto M, Calero S, Rene M. Intervención con actividad físico – recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. Rev. Cubana. Invest. Bioméd. [Internet]. 2018; 37 (1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002018000100005&script=sci_arttext&tlng=en

12. De los Santos P, Carmona S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. PSM. [Internet]. 2018; 15 (2) Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659>
13. Molés M, Esteve A, Lucas M, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2019; 18 (55) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003
14. Felipe LRR, Barbosa KSS, Virtuoso Junior JS. Sintomatologia depressiva e mortalidade em idosos da América Latina: uma revisão sistemática com metanálise [Depressive symptoms and mortality in older people in Latin America: systematic review and meta-analysis Síntomas de depresión y mortalidad en personas mayores en América Latina: revisión sistemática con metanálisis]. *Rev Panam Salud Publica.* 2022 Dec 9;46:e205. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2022.205. PMID: 36519068; PMCID: PMC9733709.2. Quashie NT, Andrade FC. The association between marital status and psychological health among older adults in Latin America. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(2):470–480. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36519068/>
15. Ochoa-López M, Gómez L, Guzmán R. Validity of geriatric depression screening tools in Latin American elderly: a comparative study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2021;92:104259. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000871>
16. Soto-Añari M, Camargo L, Ramos-Henderson M, Rivera-Fernández C, Denegri-Solís L, Calle U, Mori N, Ocampo-Barbá N, López F, Porto M, Caldichoury-Obando N, Saldías C, Gargiulo P, Castellanos C, Shelach-Bellido S, López N. Prevalence of Dementia and

Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2021 Sep 16;11(3):213-221. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34721498/>

17. Reyes-Ortiz CA, Payan C, Altamar G, Montes JFG, Koenig HG. Religiosity and depressive symptoms among older adults in Colombia. *Aging Ment Health*. 2020 Nov;24(11):1879-1885. doi: 10.1080/13607863.2019.1660851. Epub 2019 Sep 5. PMID: 33076684. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33076684/>
18. Giebel C, Gabbay M, Shrestha N, et al. Community-based mental health interventions in low- and middle-income countries: a qualitative study with international experts. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):19. Published 2024 Feb 2. doi:10.1186/s12939-024-02106-6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10835969/>

FACTORES ASOCIADOS A ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: REVISIÓN DE ALCANCE

Factors Associated with Stress, Anxiety and Depression in Diabetic Patients During the COVID-19 Pandemic: Scope Review

Luz Adriana Meneses Urrea

<https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Jhonnier Stiven Ruiz Lasso

<https://orcid.org/0000-0003-4150-3846>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Daniela Jiménez Ruiz

<https://orcid.org/0000-0002-5139-5212>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Jéssica López Peláez

<https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Camila Andrea Bula Ledezma

<https://orcid.org/0000-0001-9096-5065>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 produjo afectaciones en la salud mental en un alto porcentaje de la población, pero en especial

Cita este capítulo

Meneses-Urrea, L. A., Jiménez Ruiz, D., Bula Ledezma, C. A., Ruiz Lasso, J. S., & López Peláez, J. (2025). Factores asociados a estrés, ansiedad y depresión en pacientes diabéticos durante la pandemia por COVID-19: Revisión de alcance. En L. A. Meneses Urrea & D. Villegas Arenas (Editoras científicas), *Enfermería en el contexto de la salud mental: Cuidado con pasión y ciencia* (pp. 289–316). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

en los pacientes con enfermedades crónicas. los pacientes con diabetes tienen mayores probabilidades de estar gravemente afectados por COVID-19, lo cual genera estrés (20.3%) y depresión (4,2%) respectivamente. **Objetivo:** Documentar los factores asociados a estrés, ansiedad y depresión en pacientes diabéticos durante la pandemia por COVID-19. **Metodología:** Búsqueda sistemática en bases de datos, tales como: ScienceDirect, Springer, Scopus, Sage journal. Se incluyeron documentos entre el año 2019 y 2022, idioma inglés, adultos entre 18-84 años, diabéticos, artículos de investigación. **Resultados:** Se seleccionaron 18 artículos científicos. Los años con mayor frecuencia de publicación fue el 2021 con 9 artículos, seguido del 2020 con 5 y 2022 con 4 artículos. Con referencia al continente de publicación en América latina (6), Europa (5), Asia (4) y Medio Oriente (3). Con relación al tipo de estudio se identificaron 12 estudios cuantitativos y 6 estudios cualitativos. Los factores relacionados con ansiedad, estrés y depresión, se encontró el género femenino, edad, complicación previa de su enfermedad, nivel socioeconómico bajo y sedentarismo. **Conclusión:** Las personas diabéticas constituyen un grupo vulnerable durante la pandemia por COVID-19 para desarrollar alteraciones mentales tales como ansiedad, depresión y estrés; las cuales se relacionaron con la presencia de factores sociodemográficos y clínicos. Por lo tanto, el reconocimiento de estos riesgos por parte del personal de la salud ermite intervenciones tempranas y evita complicaciones en el estado mental de esta población.

Palabras clave: Salud Mental, Covid, Diabetes, Ansiedad, Depresión, Estrés

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has generated mental health conditions in adults. According to Maryam et al, patients with diabetes are more likely to worry about being severely affected by COVID-19, in addition to stress and depression accounting for 20.3% and 4.2% respectively.

Objective: To document the factors associated with stress, anxiety and depression in diabetic patients during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** Systematic search in databases, such as: ScienceDirect, Springer, Scopus, Sage journal. Papers were included between 2019 and 2022, English language, adults between 18-84 years old, diabetic, research articles. **Results:** Eighteen scientific articles were selected. The years with the highest frequency of publication were 2021 with 9 articles, followed by 2020 with 5 and 2022 with 4 articles, in reference to the continent of publication in Latin America (6), Europe (5), Asia (4) and the Middle East (3). In relation to the type of study, 12 quantitative studies and 6 qualitative studies were identified. Among the factors related to anxiety, stress and depression, female gender, age, previous complication of their disease, low socioeconomic level and sedentary lifestyle were found. **Conclusion:** Diabetics constituted a vulnerable group for developing mental disorders during the COVID-19 pandemic. Mental health conditions included anxiety, depression and stress, which were related to the presence of sociodemographic and clinical factors. Therefore, the recognition of these risks by health care personnel allows early interventions and avoids complications in the mental state of this population.

Keywords: Anxiety, depression, stress, covid, diabetes.

Introducción

Según la OMS, la salud mental es un estado de bienestar determinado por varios factores sociales, psicológicos y biológicos en el cual la persona tiene la capacidad de afrontar situaciones de estrés en su vida diaria, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.

La pandemia por COVID-19 conllevó cambios importantes en las respuestas psicológicas en la población en general, produciendo alteraciones en la salud mental en adultos que pueden incluir: aislamiento, desórdenes afectivos, ansiedad y psicosis; también pueden presentar problemas para conciliar el sueño, alteraciones en la alimentación y

desórdenes en su comportamiento, deterioro cognitivo o estado de confusión (1-2).

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe (OPS), representando una elevada carga en morbilidad, mortalidad y discapacidad; dentro de este grupo se encuentra la depresión, la cual, de acuerdo con la OMS se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad y dependencia a largo plazo. (3) . La Encuesta Nacional de Salud Mental en el país reveló una prevalencia de depresión en la población adulta de un 5% convirtiéndose en la segunda causa de carga de enfermedad en Colombia y un problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, familia y comunidad (4).

Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes presentan un mayor riesgo de complicaciones graves asociados con la infección por COVID-19, riesgo de hospitalización, ingreso en la unidad de cuidados intensivos e incluso la muerte (5). De acuerdo a Maryam et al. los pacientes con diagnóstico de diabetes presentan mayor riesgo de contagio de Covid-19, complicaciones , hospitalización e incluso la muerte; razón por la que manifiesta preocupación por verse gravemente afectados por COVID-19 ocasionando episodios de estrés y depresión entre 20.3% y el 4,2% respectivamente (5-6).

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de los pacientes diabéticos y/o hipertensos, incrementando los factores de riesgo existentes y creando nuevos desafíos. El objetivo de la presente revisión es documentar los factores asociados con el estrés, ansiedad y depresión en estos grupos de personas. A través de este análisis, se pretende generar conocimiento de los desafíos psicosociales que enfrentan estos individuos, y cómo estos impactan en su bienestar general. Al identificar estos factores, se podrá ofrecer una base para futuras intervenciones que integren la salud mental en esta población.

Metodología

Fuentes de Datos y Búsquedas

Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos, tales como: ScienceDirect, Springer, Scopus, Sage Journal. Se utilizaron los descriptores (DeCS), «“anxiety and covid and Diabetes”», «stress and covid and “Diabetes”», «depression and covid and “Diabetes”», «Stress and nursing care and covid and “diabetes”», «Depression and nursing care and covid and “diabetes”», «Anxiety and nursing care and covid and “diabetes”». Se empleó el operador booleano “AND”, para combinar los componentes de búsqueda. Por otra parte, se realizó una revisión manual mediante la búsqueda de referencias bibliográficas de artículos. Para la elección de los documentos se aplicaron los siguientes criterios: se incluyeron documentos publicados entre el año 2020 y 2022, idioma inglés, población adulta entre 18-84 años, pacientes diabéticos, artículos de investigación. Criterios de exclusión: documentos que no permitieron la descarga completa y que no aportaron información relevante a la investigación.

Recolección de la Información

Primera fase. Se identificaron los artículos teniendo en cuenta el objetivo formulado, los criterios de selección y las ecuaciones de búsqueda utilizados en los diferentes buscadores. Los registros obtenidos fueron 33.658 que incluían los términos de búsquedas, al filtrar se obtuvieron 11.417 publicaciones. Se eliminaron 22.241 por no cumplir los criterios de selección y se seleccionaron 46 artículos, de estos se eliminaron 28 por las siguientes causas: 14 por duplicados y 14 por no cumplir con la pregunta orientadora, seleccionando finalmente 18 artículos (Tabla 1). **La segunda fase.** Se realizó lectura crítica de 18 artículos que cumplieron con los criterios de selección basados en la lista de comprobación de Joanna Briggs Institute, donde se seleccionó los artículos que cumplieran el 70% de los ítems. La descripción de

la segunda y tercera fase se evidencia en el diagrama de flujo PRISMA. Figura 1. **Tercera fase.** En la recolección de la información se utilizó un instrumento de hoja de cálculo que contenía los siguientes ítems: Nombre del artículo, autores, año, metodología y resultados. Tabla 2. **La cuarta fase,** se realizó revisión completa de los artículos y se hizo una clasificación en forma cruzada por quien ordenaba los contenidos de acuerdo con las variables del estudio y sus respectivas categorías de respuestas. **En la quinta fase** se refiere a la síntesis y escritura del manuscrito.

Consideraciones Éticas

En los aspectos éticos de la disciplina, se respeta la Ley 1915 de 2018, la cual establece los lineamientos para la protección de los derechos de autor. Al ser una investigación de revisión bibliográfica se respetan los derechos de cada autor utilizando referencias literarias.

Tabla 1.
Evolución de la búsqueda.

Palabras Claves	Base De Datos	Documentos Hallados	Documentos Con Filtro (Artículo)	Trabajos Que Cumplieron Los Criterios De Selección	Duplicados	Artículos Incluidos En La Revisión
Anxiety and covid and “diabetes”	Sage journals	944	784	1		1
Anxiety and covid and “diabetes”	scopus	371	262	3		2
Anxiety and covid and “diabetes”	springer	3.294	1.603	5		3
Anxiety and nursing care and covid and “diabetes”	Springer	1.911	660	0		0
Anxiety and nursing care and covid and “diabetes”	Science direct	620	101	1		1
Anxiety and covid and “diabetes”	Science direct	6.297	628	3		1
Anxiety and nursing care and covid and “diabetes”	Scopus	11	3	1		0

Palabras Claves	Base De Datos	Documentos Hallados	Documentos Con Filtro (Artículo)	Trabajos Que Cumplieron Los Criterios De Selección	Duplicados	Artículos Incluidos En La Revisión
Depression and covid and “diabetes”	Springer	3.704	1.753	6	4 duplicados	1
Depression and covid and “diabetes”	Science direct	2.999	31	6	1 duplicado	4
Depression and covid and “diabetes”	Scopus	445	316	4	2 duplicados	1
Depression and nursing care and covid and “diabetes”	Springer	1.191	683	0		0
Depression and nursing care and covid and “diabetes”	Science direct	0	0	0		0
Depression and nursing care and covid and “diabetes”	Scopus	14	7	1	1 duplicado	0
Stress and covid and “diabetes”	Science direct	3.002	516	1		1

Palabras Claves	Base De Datos	Documentos Hallados	Documentos Con Filtro (Artículo)	Trabajos Que Cumplieron Los Criterios De Selección	Duplicados	Artículos Incluidos En La Revisión
Stress and covid and “diabetes”	Springer	5.777	2.936	7	5 duplicados	0
Stress and covid and “diabetes”	Scopus	618	327	7	1 duplicado	3
Stress and nursing care and covid and “diabetes”	Springer	2.451	807	0		0
Stress and nursing care and covid and “diabetes”	Scopus	9	3	0		0
Stress and nursing care and covid and “diabetes”	Science direct	0	0	0		0
TOTAL		33.658	11.420	46	14	18

Tabla 2.

Características de los artículos que soportan la revisión de alcance.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
How the COVID-19 outbreak affected patients with diabetes mellitus?	Sisman P, Polat I, Aydemir E, Karsi R, Gul OO, Cander S, Ersoy C, Erturk E	2022	Tipo de estudio: estudio transversal Muestra: 304 adultos con diagnóstico de diabetes Instrumento: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R)	Mientras que se encontró que la frecuencia de depresión era mayor en individuos con DT2 ($p = 0,03$), Entre los pacientes incluidos en nuestro estudio, la ansiedad y el estrés agudo fueron más comunes en el género femenino. Se encontró una correlación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) alto y la ansiedad y la depresión
Depression, anxiety, and diabetes-related distress in type 2 diabetes in primary care in Greece: Different roles for glycaemic control and self-care	Kintzoglakis K, Gkoussiou A, Vontas P, Sagmatopoulos A, Constantinou P.	2022	Tipo de estudio: estudio transversal Muestra: 182 adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2 Instrumento: Cuestionario de Salud del Paciente-9 [PHQ-9], ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 [GAD-7]) y TDR (Escala de Distrés Diabético [DDS]). Se registraron parámetros clínicos, de autocuidado y sociodemográficos.	Las pruebas t de muestras independientes revelaron que el género tuvo un efecto significativo en: PHQ-9 ($t(152,07) = -3,45$, $p < .001$), con los hombres puntuando más bajo ($M = 3,39$, $SD = 4,46$) que las mujeres ($M = 5,91$, $SD = 5,16$) ($p = .001$); en GAD-7 ($t(179) = -2,70$, $p = .008$), con las pacientes mujeres puntuando más alto ($M = 6,32$, $SD = 5,12$) que los hombres ($M = 4,26$, $SD = 5,07$); y en DDS ($t(152,31) = -2,46$, $p = .015$), con las mujeres obteniendo puntuaciones más altas ($M = 1,73$, $SD = .74$) en comparación con los hombres ($M = 1,47$, $SD = .63$). respecto al estatus laboral, las pruebas de Kruskal-Wallis revelaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos estudiados en DDS ($X^2(2, n = 181) = 6,33$, $p = .042$), con los jubilados/amas de casa ($Md = 1,29$) puntuando más bajo que los participantes desempleados ($Md = 1,73$), así como en GAD-7 ($X^2(2, n = 181) = 6,54$, $p = .038$), con los jubilados/amas de casa ($Md = 4,00$) puntuando más bajo que los participantes desempleados ($Md = 7,00$).

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Hardiness moderates the effects of COVID-19 stress on anxiety and depression	Paul T. Bar- tone, Kelly McDonald, Braden J. Hanson, Joanna Solomon	2022	Tipo de estudio: estudio transver- sal. Población :459 pacientes Ins- trumento: Escala de depresión, an- siedad y estrés (DASS)	El número de mujeres que sufrieron depresión, ansiedad y estrés era superior al de hombres ($P < 0,001$). Una asociación significativa entre el estado general de salud y el estado nutricional con la depresión, la ansiedad y el estrés (todos $P < 0,001$). No se observaron diferencias significativas entre la depresión, la ansiedad y el estrés y el estado civil. No se observó ninguna asociación significativa entre la diabetes y la depresión, la ansiedad y el estrés ($P > 0,05$). Tampoco fue significativa la asociación entre hipertensión y ansiedad, ni con estrés ($P > 0,05$). Sin embargo, la asociación entre hipertensión y depresión fue significativa ($P < 0,05$).
Prevalence and associated factors of depression, anxiety and stress among coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in Herat, Afghanistan	Niazi AU, Alekozay M, Najm AF	2021	Tipo de estudio: estudio es des- criptivo y transversal Población y muestra: personas con diabetes tipo 1 o tipo 2 que cumplieron con los criterios de participación. El es- tudio se realizó mediante un mues- treo por conveniencia con 500 par- ticipantes. Instrumento: Se utilizó la escala de desesperanza de Beck, escala de soledad de UCLA, escala de bienestar espiritual	Las puntuaciones medianas respectivas de ADDQoL y DTSQs fueron $\bar{y}$ 2,2 (rango intercuartílico de intervalo (RIC) $\bar{y}$ 3,9, $\bar{y}$ 0,8) (rango de $\bar{y}$ 9 impacto negativo máximo a +3 impacto positivo máximo) y 30 (IQR22-36) (rango de 0 máxima insa- tisfacción a 36 máxima satisfacción). La puntuación mediana de K10 fue 26 (IQR18-35) (rango desde la puntuación mínima de 10 que indica ausencia de angustia hasta la puntuación máxima de 50 que indica angustia grave). La vivienda rural, la falta de ejercicio, el tabaquismo actual, las complicaciones diabéticas, el tratamiento inyectable para la diabetes y la infección previa por COVID-19 se asociaron con una puntua- ción ADDQoL, DTSQ y K10 significativamente peor, lo que indica una mayor angustia. Un empeoramiento significativo de las puntuaciones ADDQoL siguió al inicio de la pandemia sin cambios significativos en las puntuaciones DTSQ.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
The Effect of COVID -19 Crisis on Hopelessness, Loneliness and Spiritual Well-Being of Patients with Type1 and Type 2 Diabetes in Turkey	Peimani M, Bandarian F, Namazi N, Nasli-Esfahani E.	2021	Tipo de estudio: Estudio transversal. Población: 500 personas con DT2 . Instrumento: el cuestionario constaba de cinco partes: 1) características sociodemográficas y clínicas, 2) preocupaciones específicas de la COVID19, 3) angustia relacionada con la diabetes, 4) sentimientos de aislamiento 5) cambios en los comportamientos específicos de la diabetes.	Las preocupaciones relacionadas con la pandemia de COVID-19 fueron muy frecuentes en las personas con DT2. Alrededor del 60% estaba preocupado por verse gravemente afectado por la diabetes si se infectaba con COVID-19 y ser descrito como un grupo de alto riesgo para COVID-19, y más de la mitad por la posibilidad de enfrentarse a la falta de medicamentos para la diabetes. Las regresiones logísticas demostraron que ser mujer, mayor edad, complicaciones relacionadas con la diabetes, duración de la diabetes, uso de insulina, sentirse aislado, angustia relacionada con la diabetes y haber cambiado los comportamientos de autocontrol se asociaron con una mayor preocupación por la diabetes y el COVID-19.
Stress, Depression, and Unhealthy Behavior Changes among Patients with Diabetes during COVID-19 in Korea	Kim HR, Kim J-S	2022	Tipo de estudio: utilizó datos del KCHS, realizado por la Agencia de Prevención y Control de Enfermedades de Corea (KCDA). Población: 26.839 diabéticos y 26.834 controles.	El 57,5% tenía diabetes durante más de 5 años desde la fecha del diagnóstico de diabetes, y el tratamiento más común fueron los agentes orales. El estrés y la depresión percibidos se incrementaron en el 20,3 % y el 4,2 % de los pacientes con diabetes, respectivamente. Entre los pacientes con diabetes, el 41,8 % y el 8,6 % informaron cambios reducidos en la actividad física y el tiempo de sueño.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey	Valleda-Res-Garrido MJ, Soriano-Moreno AN, Rodrigo-Gallardo PK, Moncada-Mapelli E, Pacheco-Mendoza J, Toro-Huamanchumo CJ.	2020	Tipo de estudio: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú de 2017. Población: 10 566 adultos de 40 años o más. Instrumento: Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9).	La prevalencia global de depresión fue del 23,15% (IC 95%: 21,42%-24,88%) y entre adultos con hipertensión y diabetes fue del 34,96% (IC 95%: 29,33%-40,59%) y del 35,56% (IC 95%: 24,49 %-46,63%), respectivamente. Mientras que la prevalencia de depresión entre adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fue mayor en el grupo de discapacidad física (PRa: 1,28; IC 95%: 1,12-1,45), la prevalencia de depresión entre adultos con hipertensión fue mayor en el grupo de mujeres (PRa: 1,36; IC 95%: 1,20-1,54) y entre aquellos con consumo nocivo de alcohol (PRa: 1,50; IC 95%: 1,01-2,24).
Depression and anxiety among individuals with medical conditions during the COVID-19 pandemic: Findings from a nationwide survey in Bangladesh	Tasnim R, Sujian SH, Islam MS, Ferdous Z, Hasan MM, Koly KN, Potenza MN	2021	Tipo de estudio: estudio transversal. Población: 970 Instrumento: Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Novecientos setenta y un participantes (50,1% hombres; edad media = 42,29 ± 15,86 años; rango de edad = 18-80 años) con condiciones médicas se incluyeron en los análisis finales. Las condiciones reportadas con mayor frecuencia fueron diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades cardíacas, asma y anemia. Las estimaciones de depresión y ansiedad moderadas a severas fueron de 38,9% y 35,2%, respectivamente.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Factors associated with psychological symptoms in diabetics during the COVID-19 pandemic	Souza GFA, Pereira GAF, Ferreira Neto OC, Paiva MC, Soares de Jesus RPF, Cordeiro ALN, Souza GA, Silva Junior JR, Souza ASR.	2021	Tipo de estudio: Estudio transversal Población: 162 personas con diabetes mellitus mayores de 18 años Instrumento: Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (DASS-21)	Se encontró una frecuencia de 37,7%, 43,3% y 45,1% para algún síntoma de estrés, ansiedad y depresión, respectivamente. Los factores asociados a signos y síntomas de trastornos psicológicos severos/ extremos fueron: no tener religión (estrés, ansiedad y depresión); estar en la graduación (estrés y ansiedad); antecedentes de ansiedad y depresión (ansiedad y depresión); no practicar o disminuir los ejercicios físicos e iniciar, aumentar o continuar tomando medicamentos para dormir (estrés); antecedentes de contacto con un caso sospechoso de COVID-19, ausencia o disminución del ocio (ansiedad); género femenino, ausencia de pareja, disminución de ingresos familiares y trabajo o estudio (depresión). Estrés (62,3%), ansiedad (56,8%), depresión (54,9%).
Psychological Crisis Intervention for COVID-19 Lockdown Stress in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus: Survey Study and Qualitative Analysis	Cyranka K, Dudek D, Matecki MT, Matejko B, Klupa T.	2021	Tipo de estudio: Cualitativo Población: 473 pacientes ambulatorios con DM1 El Inventario de Afrontamiento para Situaciones Estresantes (CISS) Instrumento: El Inventario de Afrontamiento para Situaciones Estresantes (CISS), El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al, La Escala de Estrés Percibido-10 (PSS-10) diseñada por Cohen et al, Cuestionario de Salud General-30 (GHQ-30)	Los pacientes que decidieron utilizar apoyo psicológico presentaron niveles estadísticamente más altos de ansiedad (estado $p = 0,043$; rasgo $p = 0,022$), estrés ($p = 0,001$) que los pacientes del grupo que no buscó apoyo. Los participantes estaban preocupados con mayor frecuencia por “ser demasiado afectados por la diabetes si están infectados con COVID-19” (56%), les preocupaba que “las personas con diabetes se caractericen como un grupo de riesgo” (39%) y estaban preocupados por “no poder controlar la diabetes si está infectado con COVID-19” (28%).

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study	Abdelghani M, Hamed MG, Said A, Fouad E.	2021	Tipo de estudio: Se realizó un estudio transversal. Población: 200 pacientes con DM Instrumento: escala de miedo a COVID-19 (FCV-19S), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la encuesta de salud del formulario corto 36 (SF-36).	Se informó una calidad de vida física y mental deficiente en el 64% y el 62% de los pacientes con DM, respectivamente. El sexo femenino, el aumento de la presión arterial media (PAM), las comorbilidades físicas asociadas y los síntomas depresivos se asociaron con menores probabilidades de Cdv física (OR 0,46, 0,96, 0,29 y 0,88, respectivamente). Además, el sexo femenino, las comorbilidades físicas asociadas, el miedo a la infección por el virus COVID-19 (FCV) y los síntomas depresivos se asociaron con menores probabilidades de calidad de vida mental (OR 0,41, 0,36, 0,91 y 0,84, respectivamente). El FCV se correlacionó inversamente con todos los ítems del SF-36 entre los pacientes.
Mental health in the era of COVID-19: prevalence of psychiatric disorders in a cohort of patients with type 1 and type 2 diabetes during the social distancing	Alessi J, Oliveira GB, Franco DW, Amaral BB, Becker AS, Knijnik CP, Kobe GL, Carvalho TR, Telo GH, Schaan BD, Telo GH.	2020	Tipo de estudio: estudio transversal . Poblacion adultos diabetes tipo 1 (n=52) y tipo 2 (n=68). encuesta (SRQ-20).	El 93% de los pacientes mostró signos de sufrimiento mental actual según las encuestas medidas. Casi el 43% de los pacientes mostró evidencia de angustia psicológica significativa, con una tendencia significativamente mayor en pacientes con diabetes tipo 2. La presencia de angustia emocional relacionada con la diabetes se encontró en el 29,2% de los pacientes; trastornos alimentarios en 75,8%; y trastornos del sueño moderados/graves en el 77,5%.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care	Gálvez Gálán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N.	2021	Tipo de estudio: observacional descriptivo transversal . Población y muestra: 60 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de DM tipo 1 o 2, con 5 o más años de evolución Instrumento de recolección: cuestionarios SF-36 y Duke-UNC, y datos de la historia clínica de la enfermedad,	Se incluyeron 60 pacientes (55% mujeres) con una edad media de 68,67 ± 11,09 años, siendo el tipo de diabetes más prevalente el tipo 2 (90%). Los pacientes. con resultado de depresión del 33%.
COVID-19-specific worries among people with type 2 diabetes following the continuation of the pandemic and occurrence of multiple waves of COVID-19 in Iran	Peimani M, Bandarian F, Namazi N, Nasli-Esfahani E.	2020	tipo de estudios: Estudio transversal. Población :2992 Instrumento: Escala de Impacto de Evento-6 (IES-6), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), un cuestionario de preocupaciones sobre el COVID-19 y un sociodemo cuestionario gráfico. Las respuestas de los participantes se capturaron a través de Google Forms.	Alrededor del 60 % de los pacientes con diabetes tipo 2 expresó preocupación por verse gravemente afectado por la diabetes en caso de contraer COVID-19. Los análisis de regresión logística evidenciaron que factores como el ser mujer, tener mayor edad, presentar complicaciones derivadas de la diabetes, una mayor duración de la enfermedad, el uso de insulina, la percepción de aislamiento, la angustia vinculada a la diabetes y los cambios en los hábitos de autocuidado se relacionaron con un incremento en la preocupación por la diabetes y la COVID-19.

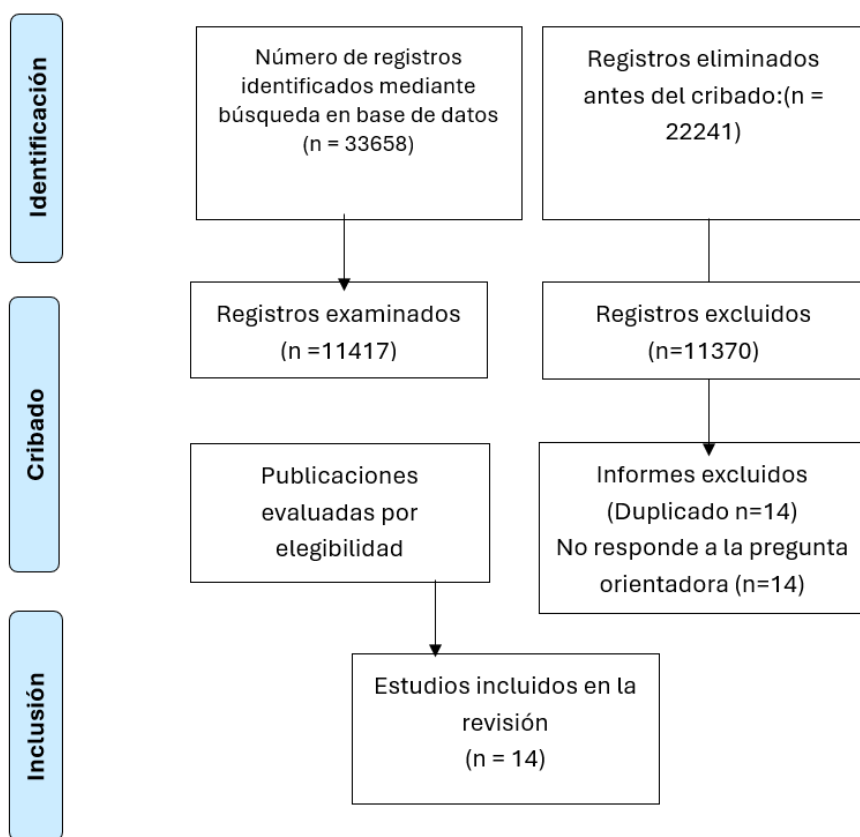
Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey, Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews,	Mario J. Valldares-Garrido, Anderson N. Soriano-Moreno, Paola K. Rodrigo-Gallardo, Enrique Moncada-Mapealli, Josmel Pacheco-Mendoza, Carlos J. Toro-Huamanchumo,	2020	En este estudio transversal, 106 pacientes hospitalizados con COVID-19 que tenían condiciones clínicas estables fueron evaluados psicológicamente mediante dos cuestionarios: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) y Escala de Estrés Percibido (PSS-4)	En general, el 97,2% de los pacientes con COVID-19 tenían algún grado de depresión. La gravedad de la depresión, según el cuestionario DASS, fue del 85,8%. Todos los pacientes (100%) tenían ansiedad severa (0,9%) y muy severa (99,1%). En cuanto a los niveles de estrés, el 97,1% de los pacientes tenían algún grado de estrés. En la categoría de severidad del estrés, el 84,9% de los pacientes tenían estrés severo y muy severo. En cuanto al estrés percibido, el 73,6% de los pacientes tenían niveles altos y el 22,6% niveles moderados. Se encontró una fuerte correlación positiva entre la depresión y el estrés percibido (Coeficiente: 0,33, valor P: 0,001). La correlación entre la ansiedad y el estrés percibido fue estadísticamente significativa (Coeficiente: 0,2, valor P: 0,04)
Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study	Abdelghani M., Hamed MG, Said A, Fouad E.	2020	Estudio transversal. Este estudio utilizó datos del KCHS, realizado del 16 de agosto al 31 de octubre de 2020 por la Agencia de Prevención y Control de Enfermedades de Corea (KCDA). La KCHS es una encuesta nacional de salud de adultos mayores de 19 años que se lleva a cabo desde 2008. La encuesta KCHS se basa en una muestra de hogares estratificada en dos etapas.	El estrés 203% y la depresión 4,2 % de los pacientes con diabetes.

Nombre	Autores	Año	Metodología	Resultados
The experiences of patients with diabetes and strategies for their management during the first COVID-19 lockdown: a qualitative study	Vilafranca Cartagena M, Tort-Nasarre G, Romero L, Albayen M, Vidal-Alaball J.	2020	Estudio descriptivo cualitativo.	Participaron en el estudio diez pacientes con DM2 de cuatro centros de atención primaria de la Cataluña central (España). Una de las estrategias de enfermería aplicadas para atender las necesidades de los pacientes con DM2 en atención primaria fue promover el autocuidado. Las intervenciones de enfermería centradas en el autocuidado pueden lograr mejoras significativas en la responsabilidad por la salud, la actividad física, la nutrición y el manejo del estrés. Todos los pacientes tuvieron acceso a alimentos frescos, ya que las tiendas de alimentación permanecieron abiertas durante el confinamiento y la mayoría de los pacientes continuaron con su dieta habitual. La mayoría ya tenía una buena adherencia a la dieta, aunque algunos informaron comer entre comidas por aburrimiento. Aunque nuestros participantes tenían acceso a medicamentos y alimentos, la pandemia dificultó el control de su diabetes.
Depression, anxiety, and diabetes-related distress in type 2 diabetes in primary care in Greece: Different roles for glycemic control and self-care	Kintzoglakis K, Gkouliou A, Vontas P, Sagmatopoulos A, Constantinou P.	2022	Estudio transversal.	La frecuencia de síntomas clínicamente significativos de depresión fue del 16,6 % (puntaje PHQ-9 ≥ 10), ansiedad del 17,7 % (puntaje GAD-7 ≥ 10) y DRD del 22,6 % (puntaje DDS ≥ 2). Todos los puntajes de PHQ-9, GAD-7 y DDS se intercorrelacionaron, y se encontró que los puntajes más altos estaban asociados con el sexo femenino, ingresos más bajos y un diagnóstico previo de depresión. Los jubilados/amas de casa puntuaron significativamente más bajo en GAD-7 y DDS en comparación con los participantes desempleados.

El proceso de identificación, cribado y selección de los textos así como la elegibilidad se evidencia en el diagrama de flujo Prisma. Figura 1.

Figura 1.

Flujograma PRISMA 2020.



Fuente: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Resultados

Se seleccionaron 18 artículos científicos. Los años con mayor frecuencia de publicación fue el 2021 con 9 artículos, seguido del 2020 con 5 y 2022 con 4 artículos. En referencia al continente de publicación en América latina (6), Europa (5), Asia (4) y Medio Oriente (3). Con relación al tipo de estudio se identificaron 12 estudios cuantitativos y 6 estudios cualitativos.

Los principales resultados identificados estuvieron relacionados con la prevalencia y factores de riesgo de ansiedad, depresión y estrés en los pacientes diabéticos durante la pandemia. Se distribuyeron así: 7 estudios reportaron ansiedad, 5 depresión, y 6 estudios estrés.

La prevalencia de estas patologías fue de 23.15 a 44.2% en depresión, para ansiedad 8.9 a 60% y estrés del 20.3 a 62.3%. Entre los factores asociados con ansiedad, depresión y estrés se encontró el género femenino, edad, complicación previa de su enfermedad, nivel socioeconómico bajo, sedentarismo y control glucémico deficiente.

Discusión

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa que se transmite de persona a persona y puede generar graves problemas de salud tanto físicos como mentales, llevando inclusive hasta la muerte. Las personas con diabetes hacen parte del grupo vulnerable para el contagio de esta enfermedad. La depresión, ansiedad y estrés pueden afectar negativamente el manejo y la progresión de las condiciones médicas preexistentes (7).

Los pacientes diabéticos durante el COVID 19, han presentado malestar psicológico debido al estrés que puede afectar sus comportamientos en salud (8). Según un estudio realizado en Corea por Hae et al., la prevalencia del estrés en pacientes diabéticos fue de 20.3% (6). Comparado con otro estudio en Brasil fue del 62.3% (9).

Entre los factores de riesgo asociados con el estrés se encuentran las creencias religiosas (OR= 5.7; IC 95% =2.06-15.78; $p<0.001$), el nivel educativo (OR=4.5; IC95%= 1.36-14.60); $p=0.01$), la ausencia o disminución de ejercicio físico (OR=3,3; IC95%=1,14-9,83; $p=0.03$) y el uso de medicación para dormir (OR=3,5; IC95%=1,34-9,17 ; $p=0.01$) (9). Además, ser mujer ($p<0.001$), estado nutricional y el estado general de salud se asociaron significativamente con el estrés (todos $P < 0.001$). No se observó una diferencia significativa en relación con el estado civil ni con la diabetes (10-11).

En condiciones normales, antes de la llegada de la pandemia por COVID-19, aproximadamente el 50% de las personas con diabéticas experimentaban preocupaciones relacionados con el control de su enfermedad, lo que incrementaba su riesgo de desarrollar ansiedad. Con la aparición del COVID-19, se observó un impacto negativo significativo en la salud mental de estas personas, debido a su percepción de vulnerabilidad y en algunos casos, al acceso limitado a los controles médicos, como consecuencia de las restricciones impuestas por la pandemia (12-13).

El estudio de Janine Alessi et al., encontró una alta prevalencia de malestar psicológico entre los pacientes con diabetes tipo 1 y 2, con aproximadamente el 93% de la población estudiada. Casi la mitad de los pacientes tuvieron un tamizaje positivo para ansiedad, con una tendencia significativamente mayor en pacientes con diabetes tipo 2 (13). Por su parte Bernd et al., evidenciaron que la prevalencia de ansiedad fue del 8.9%, con mayor frecuencia en mujeres (53,1%) (14). En comparado, Maryam et al., indicaron una prevalencia del 60%, asociada a factores como ser mujer (52.8%), disminución de la actividad física 42.4% y comer menos de lo habitual 20.2% (5).

Entre los factores asociados para la ansiedad, la edad tuvo una correlación positiva ($r = -0.31$, $p < 0.001$) (15). Las mujeres tuvieron mayor puntuación ($M = 6.32$, $DE = 5.12$) en la escala GAD-7 con relación a los

hombres ($M = 4.26$, $DE = 5.07$) (16). Así mismo, los ingresos mensuales tuvieron un efecto significativo ($p = 0.009$), en los pacientes de bajos ingresos ($<400€$) ($M = 6.84$, $DE = 5.60$) puntuando más alto que los pacientes de mayores ingresos ($>800€$) ($M = 3.95$, $DE = 4.70$) ($p = 0.009$) (16).

Por otro lado, la depresión es un problema común de salud mental entre personas con condiciones médicas preexistentes durante la pandemia. Estudios demostraron un aumento de la mortalidad de 1.7 a 2.3 veces en pacientes diabéticos con este trastorno (17-18). La prevalencia global de depresión fue del 23,15% (IC 95%: 21,42%-24,88%) y entre adultos con diabetes fue del 34,96% (IC 95%: 29,33%-40,59%) y del 35,56% (IC 95%: 24,49 %-46,63%), respectivamente. Mientras que la prevalencia de depresión entre adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fue mayor en el grupo de discapacidad física (PRa: 1,28; IC 95%: 1,12-1,45), entre aquellos con consumo nocivo de alcohol (PRa: 1,50; IC 95%: 1,01-2,24) (19-20).

Las puntuaciones de PHQ-9 fueron significativamente más altas ($p < 0.05$) en pacientes con estado de salud deficiente, un mayor número de condiciones médicas, irregularidades en las horas de sueño, la ausencia de actividad física y tabaquismo (21). La depresión fue significativamente más frecuente entre los participantes con ansiedad en comparación con aquellos que no la presentaban (78.1% frente a 17.6%; $\chi^2 = 340.22$, $p < 0.001$) (21).

Finalmente, existen características asociadas con el desarrollo de signos y síntomas de depresión severa o extrema en pacientes diabéticos. Estas incluyen: sexo femenino (OR=2,5; IC95%=1,33-4,72; $p=0,004$), ausencia de pareja (OR=4,1; IC95%=2,34-7,13; $p<0,001$), sin creencias religiosas (OR=2,2; IC95%=1,34-3,54; $p=0,002$), antecedentes de ansiedad y/o depresión (OR= 2,6; IC95%=1,64-4,14; $p<0,001$), reducción de ingresos mensuales durante el período de pandemia (OR =1,9; IC95%= 1,18-3,11; $p=0,008$), trabajo reducido o estudio a distancia (OR= 1,9; IC95%= 1,18-3,11; $p=0,008$), jubilación 6.5%, disminución de

la actividad física (77.5%), uso de medicamentos para dormir (29.0%) y distanciamiento social (22.7%) (9).

Conclusión

La atención de la salud mental es fundamental para toda la población. Antes del inicio de la pandemia por COVID-19, la salud mental no recibía el reconocimiento adecuado como un componente esencial para alcanzar un estado óptimo de salud. La emergencia sanitaria global provocada por el COVID-19 no solo generó afecciones en la salud física, sino que también tuvo un impacto significativo en la salud mental de las personas. La pandemia comenzó de manera abrupta y fue particularmente mortal para aquellos con patologías preexistentes, lo que conllevó a que, además de enfrentar un diagnóstico médico relevante, estas personas vivieran una crisis sanitaria mundial. A esto se sumaron la falta de políticas públicas efectivas para contener la pandemia y la insuficiencia de atención en salud mental.

La pandemia afectó la salud mental de la población en general, pero particularmente a los pacientes con diabetes. La percepción de vulnerabilidad incrementó la aparición de alteraciones mentales como la ansiedad y la depresión. Se observó que los pacientes diabéticos con depresión que contrajeron COVID-19 experimentaron un mayor riesgo de mortalidad en comparación con el resto de la población. Los principales factores asociados con un aumento en los niveles de depresión fueron la falta de pareja, la ausencia de creencias religiosas, los bajos ingresos y los antecedentes de depresión. Además, las mujeres presentaron puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad y depresión en comparación con los hombres.

Estos hallazgos resaltan la importancia de la identificación temprana de los riesgos de salud mental por parte de los profesionales de la salud, lo que permite intervenciones oportunas y previene complicaciones en el bienestar psicológico de esta población. Asimismo,

subraya la necesidad de que los gobiernos implementen políticas públicas de salud que contrarresten el impacto de estas patologías, fomentando una mayor concientización sobre la salud mental en la sociedad.

Limitaciones: dificultad para acceder a literatura con acceso restringido.

Consideraciones éticas: los autores declaran que han seguido los lineamientos de la ley 44 de 1993, respetando la autoría de los artículos referenciados.

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la presente revisión.

Financiamiento: ninguno

Referencias Bibliográficas

1. Moradian S, Teufel M, Jahre L, Musche V, Fink M, Dinse H, et al. Mental health burden of patients with diabetes before and after the initial outbreak of COVID-19: predictors of mental health impairment. BMC Public Health. 2021;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/DOI:10.1186/s12889-021-12101-z>
2. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Cent prensa OMS [Internet]. 2018;1.Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Boletín de Salud mental depresión subdirección de enfermedades no ... [Internet]. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. MINSALUD; 2022 [cited 2022Nov9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>

sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/ boletin-de-presion-marzo-2017.pdf

4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2021 [cited 2022Nov9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
5. Peimani M, Bandarian F, Namazi N, Nasli-Esfahani E. COVID-19-specific worries among people with type 2 diabetes following the continuation of the pandemic and occurrence of multiple waves of COVID-19 in Iran [Internet]. SPRINGER. 2022 [cited 23 March 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40200-021-00935-8>
6. Kim HR, Kim J-S. Stress, Depression, and Unhealthy Behavior Changes among Patients with Diabetes during COVID-19 in Korea. Healthcare [Internet]. 2022 Feb 4;10(2):303. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020303>.
7. Jiwani R, Dennis B, Bess C, Monk S, Meyer K, Wang J, et al. Assessing acceptability and patient experience of a behavioral lifestyle intervention using fitbit technology in older adults to manage type 2 diabetes amid COVID-19 pandemic: A focus group study. Geriatr Nurs [Internet]. 2021;42(1):57–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.007>
8. Cyranka K, Dudek D, Tadeusz Małecki M, Matejko B, Klupa T. Psychological Crisis Intervention for COVID-19 Lockdown Stress in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus: Survey Study and Qualitative Analysis [Internet]. SCOPUS. 2021 [cited 2022Aug10]. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/28097>

9. Souza, G. F. de A., Praciano, G. de A. F., Neto, O. da C. F., Paiva, M. C., de Jesus, R. P. F. S., Cordeiro, A. L. N., Souza, G. A., Silva Junior, J. R., & Souza, A. S. R. (2021). Factors associated with psychic symptomatology in diabetics during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21, S187–S196. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100009>
10. Niazi A-U-R, Alekozay M, Najm AF. Prevalence and associated factors of depression, anxiety and stress among coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients in Herat, Afghanistan. *Glob Health J* [Internet]. 2022;6(2):85–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.glohj.2022.02.001>
11. Gálvez Galán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.03.001>
12. Abdelghani, M., Hamed, M.G., Said, A. et al. Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study. *Diabetol Int* 13, 108–116 (2022). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13340-021-00511-8>
13. Alessi, J., de Oliveira, GB, Franco, DW et al. Salud mental en la era del COVID-19: prevalencia de trastornos psiquiátricos en una cohorte de pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 durante el distanciamiento social. *Diabetol Metab Syndr* 12, 76 (2020). Springer. 2021 [cited 2022Aug10]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00584-6>
14. Kowall B, Kostev K, Landgraf R, Hauner H, Bierwirth R, Rathmann W. Effects of the COVID-19 pandemic on clinically diagno-

- sed psychiatric disorders in persons with type 2 diabetes [Internet]. SCOPUS. 2022 [cited 2022Aug10]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dme.14852>
15. Bartone PT, McDonald K, Hansma BJ, Solomon J. Hardiness moderates the effects of COVID-19 stress on anxiety and depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;317:236–44. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.045>
 16. Kintzoglaniakis K, Gkousiou A, Vonta P, Sagmatopoulos A, Copanitsanou P. Depression, anxiety, and diabetes-related distress in type 2 diabetes in primary care in Greece: Different roles for glycemic control and self-care. *SAGE Open Medicine*. 2022;10. Disponible en: <http://doi:10.1177/20503121221096605>
 17. Sismán, P., Polat, I., Aydemir, E., Karsi, R., Oz Gül, O. O. G., Cander, S., Ersoy, C., & Ertürk, E. (2021, septiembre 10). ¿Cómo afectó el brote de COVID-19 a los pacientes con diabetes mellitus? *Revista internacional de diabetes en países en desarrollo*. Springer. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13410-021-00992-y>
 18. Segal DL, Granier KL, Pifer MA, Stone LE. Mental health in older adults: an introduction for integrated care professionals. *Clinics in Integrated Care*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.int-car.2020.100015>
 19. Das S, Arun P, Rohilla R, Parashar K, Roy A. Anxiety and depression in the elderly due to COVID-19 pandemic: a pilot study [Internet]. *Science direct*. 2021 [cited 2022Aug10]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.001>
 20. Valladares-Garrido MJ, Soriano-Moreno AN, Rodrigo-Gallardo PK, Moncada-Mapelli E, Pacheco-Mendoza J, Toro-Huamanchumo CJ. Depression among Peruvian adults with hypertension

- and diabetes: Analysis of a national survey. *Diabetes Metab Syndr* [Internet]. 2020;14(2):141–6. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.001>
21. Tasnim R, Hossain Sujan MS, Islam MS, Ferdous MZ, Mohiuddin Hasan M, Nahar Koly K, et al. Depression and anxiety among individuals with medical conditions during the COVID-19 pandemic: Findings from a nationwide survey in Bangladesh [Internet]. SCOPUS. 2021 [cited 2022 Aug10]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103426>
 22. Blackman A, Ibáñez AM, Izquierdo A, Keller P, Mesquita M, Schady N, Serebrisky T. La política pública frente al Covid-19: Recomendaciones para America Latina Caribe. [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug10]. Available from: <https://publications.iadb.org/en/publications/spanish/document/La-politica-publica-frente-al-Covid-19-recomendaciones-para--America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

ACERCA DE LOS EDITORES

About the editors

Dolly Villegas Arenas

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Correo: dollyvillegas8@gmail.com, dolly.villegas00@usc.edu.co

Enfermera, Magister en Administración de salud, Magister en Epidemiología, Doctora en Educación, docente de la Universidad Santiago de Cali, con enfoque investigativo. Una investigadora interdisciplinario que combina su formación en administración en salud y epidemiología con una perspectiva de cuidado de enfermería. Su trabajo investigativo aborda problemáticas de salud pública relevantes para el contexto colombiano. Investigador asociado (I). 2024.

Luz Adriana Meneses Urrea

<https://orcid.org/0000-0002-7327-2635>

Grupo de investigación : Cuidado de la salud

Correo: menesesurrealuzadriana@gmail.com

Enfermera, Magister en Administración en Salud, Doctora en Biociencias y Ciencias Agroalimentarias, docente de la Universidad Santiago de Cali, con enfoque investigativo. Sus trabajo de investigación se centran en salud pública, nutrición, estilos de vida, salud materno y familiar. Investigador asociado (I). 2024

ACERCA DE LOS AUTORES

About the authors

José Manuel Alcaide Leyva

<https://orcid.org/0000-0001-8949-1907>

Grupo de investigación: GA-16 (IMIBIC) y equipos del Departamento de Enfermería de la UCO; participa en proyectos ligados a biociencias/prevencción en salud.

Correo: jose.alcaide.leyva@gmail.com

Filiación institucional: Profesor Ayudante Doctor, Facultad de Medicina y Enfermería — Universidad de Córdoba (España).

Enfermero. Doctor en Biociencias y Ciencias Agroalimentarias; investigador vinculado al grupo GA-16 del IMIBIC (grupo centrado en estilos de vida y prevención en salud). Tiene producción sobre factores de riesgo cardiovascular y alimentación/estilos de vida en poblaciones. Aparece como referente docente en trabajos de TFG/TFM en enfermería.

Juan Fernando Bedoya Sandoval

<https://orcid.org/0000-0002-9206-7952>

Correo: juan.bedoya09@usc.edu.co

Grupo de investigación GISESA y Cuidado de la Salud, sus publicaciones estan relacionados con salud pública.

Enfermero, Magister en Educación. Docente tiempo completo programa de Enfermería Universidad Santiago de Cali seccional Palmira.

María Elena Castro Cataño

<https://orcid.org/208366555>

Grupo de Investigación Cuidado en la salud

Correo:mariecas09@hotmail.com

Magíster en Educación; autora de artículos en enfermería sobre culturas alimentarias y cuidados comunitarios; participa en investigaciones sobre prácticas alimentarias y cuidado colectivo en contextos locales (ej. comunidades indígenas). Ha publicado en revistas de enfermería y participado en proyectos/tesis universitarias.

Lina Marcela Parra González

Correo: Lina.parra00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-2511-5923>

Enfermera, Doctora en Enfermería, Magister en Educación Superior, Magister en Enfermería, Especialista en Docencia para la Educación Superior, Docente Asociada, Programa de Enfermería Universidad Libre Cali, Integrante de la Red de Enfermería Basada en Evidencia Nodo Colombia, Miembro de la Red Latinoamericana de cuidado al paciente crónico y su familia

Viviana Rivera Romero

Correo: Viviana.rivera00@usc.edu.co.

<https://orcid.org/0000-0002-6480-365X>

Grupo de investigación. Cuidado de la Salud / línea de trabajo: Salud pública, epidemiología, educación en enfermería, cuidados oncológicos.

Filiación institucional: Facultad de salud, programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali (Colombia).

Enfermera — Docente Investigadora Junior, trayectoria y producción científica, Enfermera - Master en ciencias de la enfermería de la Universidad de Huelva se ha consolidado como investigadora activa del área de enfermería, autora en temas relacionados con estilos de vida, salud pública y enfoques de atención en enfermería (artículos, ponencias en revistas y congresos).

Grupo de investigación. Cuidado de la Salud / línea de trabajo: Salud pública, epidemiología, educación en enfermería, cuidados oncológicos.

Jéssica López Peláez

Correo: Jessica.lopezpelaez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

Grupo de Salud y Movimiento USC

Psicóloga, con Maestría en Psicología Cognitiva con énfasis en psicología clínica y de la salud. Amplia experiencia clínica, docente e investigativa. Ha publicado libros, capítulos de libro y artículos en revistas de alto impacto, orientados al estudio y fortalecimiento de la salud mental, Psico-oncología, cuidados paliativos y psicología clínica.

Lesdy Daniela Gonzalez Mina

lesdy.gonzalez00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-6348-6499>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Lesly Tatiana Toro Mina

Correo: Lesly.toro00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-6348-6499>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Lucero Sanclemente Díaz

Correo: Lucero.sanclemente00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-6431-1244>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Angelica María Aragón Díaz

Correo: Anguil306@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6258-6286>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Jenny Katherine Cerón Gil

Correo: Katicaceron12@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7318-5524>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Yizeth Valencia Carreño

Correo: Yizel6@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4126-1441>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Daniel Elías Carmona

Correo: daniel.carmona00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-2911-3562>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Lady Diana Alarcon

Correo: lady.alarcon00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-3977-5535>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Laura Valentina Rengifo Meneses

Correo: laura.rengifo02@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-0343-6622>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Diana Isabel Montoya Cano

Correo: dianaisabelmontoya@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0005-0129-5415>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Diana Marcela Navarrete Suarez

Correo: dianamnavarretel4@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-3593-8416>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Namibia Idrobo Hurtado

Correo: Idrobonamy207@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1700-2393>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera.

Luz Adriana Abonías González

Correo: Adriabonias03@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0006-6984-203X>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermera

Laura Criado Castro

Correo: Laucriado9@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6232-5769>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Daniela Jimenez Ruiz

Correo: Dr739553@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5139-5212>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Camila Andrea Bula Ledezma

Correo: Camila.bula00@usc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-9096-5065>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

Jhonnier Stiven Ruiz Lasso

Correo: jhonnirui20@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4150-3846>

Grupo de investigación Cuidado de la Salud

Enfermero.

PARES EVALUADORES

Peer reviewers

Alexander Luna Nieto

Fundación Universitaria de Popayán

© <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Marco Alexis Salcedo Serna

Investigador junior (IJ)

Universidad Nacional de Colombia

© <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Alfonso Lucas Rojas Muñoz

Comfenalco Valle del Cauca

© <https://orcid.org/0000-0002-2746-3465>

Margareth Mejía Genez

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

© <https://orcid.org/0000-0002-5142-5813>

Nancy Gómez Torres

Universidad del Tolima

© <https://orcid.org/0000-0002-0111-8778>

Luis Alfredo Rodríguez González

Investigador Junior (IJ)

Universidad del Valle

© <https://orcid.org/0000-0002-1170-8579>

Isabel Giraldo Quijano

Observatorio para la Equidad de las Mujeres

<https://orcid.org/0009-0001-5872-5675>

**Distribución y Comercialización /
Distribution and Marketing:**

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC
Bloque 7 - Piso 5
Calle 5 No. 62 - 00
Tel: (57+) (2+) 518 3000
Ext. 323 - 324 - 414
editor@usc.edu.co
publica@usc.edu.co
Cali, Valle del Cauca
Colombia

Diagramación / Design & Layout by:

Diego Pablo Guerra Gonzalez
diagramacioneditorialusc@usc.edu.co
Tel: (57+) (2+) 518 3000 Ext. 9131

Este libro se diagramó utilizando fuentes tipográficas Literata en sus respectivas variaciones a 11 puntos en el contenido y Bebas Kai, para los capitulares 30 puntos.

Impreso en el mes de febrero.
Se imprimieron 50 ejemplares en la
Editorial Diké S.A.S
Tel: (+57) 301 242 7399
Bogotá - Colombia
2026

Fue publicado por la Facultad de Salud de la
Universidad Santiago de Cali.