



REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 5 SEP 2018

EDITORIAL

Enfermeras de salud mental: de dónde venimos y dónde estamos

Julián Carretero Román

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto

Susana Montero Hernández, Marta San José de León, Javier Marín Rodríguez, Bárbara Alonso Castro, Nerea Román Rodríguez de Tudanca, Carlos Bernabeu Serrano

Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental

Enrique Jesús Sáez Álvarez, María Dolores Burguete Ramos, José Ramón Martínez Riera, Fernando Daniel Moreno Rupérez



AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Editor Jefe

Francisco-Javier Castro-Molina, Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, adscrita a la Universidad de La Laguna (Tenerife). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

Editor

Juan Roldán-Merino, Campus Docent Sant Joan de Déu. Fundació Privada, España.

Editor Asociado

Javier Sánchez-Alfonso, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), España.

CONSEJO EDITORIAL

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

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.*

Pablo Alonso Villar, *Servizo Galego de Saúde. Vigo, España.*

David Ballester Ferrando, *Universitat de Girona, España.*

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

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

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Río de Janeiro, Brasil.*

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

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá, España.*

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

Denisse Gastaldo, *Assistant Professor of University of Toronto, Canadá.*

Genoveva Granados Gámez, *Universidad de Almería, España.*

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

Evelyn Huizing, *Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España.*

Marixa Lareina Zerain, *Servicio Vasco de Salud. Vitoria, España.*

Mar Lleixa Fortuño, *Institut Català de la Salut / URV. Tortosa, España.*

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

Francisco Megías-Lizancos, *Universidad de Alcalá, España.*

María Paz Mompert García, *Programa modular, Gestión de Servicios de Enfermería. Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED. Madrid, España.*

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

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

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

Carlos Sequeira, *Prof. Coordinador - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal.*

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

(AEESME)

Marta Gil Riera, *Asistente de Editor*

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: revespenfsaludmental@uah.es

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. José Antonio Ponce Hernández

VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Aitziber Ubis González

Dña. Ana Isabel Castaño Villarroel

Dña. Lidia Martínez López

© AEESME, 2018

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 Enfermeras de salud mental: de dónde venimos y dónde estamos**
Mental Health Nurses: Where We Come from and Where We Are Today
Julián Carretero Román

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 5 Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto**
Evaluation of the Effect of a Group Intervention for the Prevention of Eating Disorders in Adolescents. Pilot Study
Susana Montero Hernández, Marta San José de León, Javier Marín Rodríguez, Bárbara Alonso Castro, Nerea Román Rodríguez de Tudanca, Carlos Bernabeu Serrano
- 15 Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental**
Perceived Social Stigma and Coping Mechanisms in People with Mental Illness
Enrique Jesús Sáez Álvarez, María Dolores Burguete Ramos, José Ramón Martínez Riera, Fernando Daniel Moreno Rupérez



Enfermeras de salud mental: de dónde venimos y dónde estamos

Mental Health Nurses: Where We Come from and Where We Are Today

Julián Carretero Román

Enfermero de salud mental. Presidente de la Comisión Nacional de Especialidades de Enfermería de Salud Mental.

Contacto: jotacarretero@gmail.com

Fecha de recepción: 02 de mayo de 2018 / Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2018

EDITORIAL

Nuestra historia como enfermeras y enfermeros de salud mental es tan larga como la propia historia del ser humano y, por ese motivo, resulta complejo realizar un análisis de nuestros orígenes. No obstante, existen pruebas históricas que narran ciertos cuidados brindados a personas con problemas de salud mental en todas las épocas de la humanidad, aunque probablemente sea durante el último siglo cuando se ha determinado en mayor medida la asistencia a la salud mental que conocemos hoy día.

Entre los primeros documentos en los que hay constancia de regulación de la atención a las personas con enfermedad mental en nuestro país, encontramos el Real Decreto de 12 de mayo de 1885¹, que regulaba el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés, y el Real Decreto de 19 de mayo de 1885², que establecía las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado, provinciales y particulares.

A comienzos del siglo xx, se produjo un aumento de la morbilidad psiquiátrica, promovida, entre otros factores, por la crisis económica de 1921 posterior a la primera guerra mundial. En la España de 1922, había acogidos en centros psiquiátricos 42 de cada 100.000 habitantes, mientras que en 1874 la cifra era de 18 de cada 100.000 habitantes, es decir, se produjo un aumento de más del 50 % de personas institucionalizadas en apenas 50 años. Se crearon nuevos manicomios y se aumentó la capacidad de los ya existentes, todo ello sin que se mejoraran la atención ni los cuidados, ya que el concepto de enfermo mental llevaba implícita la etiqueta de incurable y, por lo tanto, destinado a un internamiento permanente en las instituciones psiquiátricas³.

Con la publicación del Decreto del 3 de julio de 1931, se suprimió la reclusión definitiva, y es a través de la publicación de la Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932⁴ donde se definió claramente que el personal encargado del cuidado de las personas con enfermedad mental debía poseer el título de enfermero psiquiátrico. Para obtener este título, era necesario presentarse a los exámenes que se realizaban anualmente, además de realizar estudios prácticos y teóricos en un establecimiento psiquiátrico, público o privado, con una duración de dos años.

Todos los logros conseguidos en la etapa anterior fueron truncados por la contienda civil. Tras la Ley de Coordinación Hospitalaria de 1962⁵, se realizaron inversiones muy elevadas destinadas a la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos. Conviene también resaltar que, según el censo de hospitales de 1978, alrededor del 1 % de la población se encontraba ingresada de forma permanente en hospitales psiquiátricos, y de éstos sólo el 50% presentaba una patología propiamente psiquiátrica⁶.

Por otro lado, la tendencia de unificación de las profesiones auxiliares sanitarias determinó su unificación con una única titulación, la de ayudante técnico sanitario (ATS). Se fue desarrollando un cuadro de especialidades para los ATS, creándose la especialidad de enfermería psiquiatría el 22 de noviembre de 1970 a través del Real Decreto 3193/1970⁷.

Posteriormente, y como consecuencia de una crisis general en relación a la atención psiquiátrica, en la que, por un lado, se evidenció la ineficacia de los manicomios para el tratamiento y rehabilitación de las personas con enferme-

dad mental y, por el otro, se impusieron las tendencias que promovían la humanización de la asistencia sanitaria a los pacientes mentales⁸, se incluyó la asistencia y hospitalización psiquiátrica como prestación de la Seguridad Social en el año 1985, con un nuevo paradigma teórico que dio pie a la Reforma Psiquiátrica. Estas directrices fueron recogidas en la Ley General de Sanidad de 1986⁹, promoviendo que los servicios de salud mental dieran respuesta mediante un enfoque rehabilitador, de mantenimiento en la comunidad, atención individualizada y trabajo en equipo. La aplicación de esta ley tuvo distintos desarrollos y grados de éxito en las diferentes comunidades autónomas, debido a las transferencias de las competencias sobre organización y asistencia sanitarias.

De esta forma, los usuarios, en principio destinados a centros de día que pretendían descentralizar la asistencia, pero que apenas contaban con presupuesto y apoyo social, quedan al cuidado de unos familiares que no tenían ni los medios ni el conocimiento necesario⁸.

Recalcar a su vez una serie de fechas clave para la profesión, incluidas dentro de nuestro pasado más reciente. Es imprescindible mencionar la integración de enfermería en la Universidad a través del Real Decreto 2128/1977¹⁰ y de la creación, diez años más tarde, concretamente el 30 de junio de 1998, del título de Enfermera Especialista en Salud Mental, a través de la orden ministerial que desarrolla el Real Decreto 992/1987¹¹. A partir de ese año 1998, se han formado enfermeras especialistas por la vía EIR, inicialmente de un año de duración y, desde la entrada en vigor del Real Decreto, de 11 de mayo de 2011¹², de dos años de duración. Con la publicación del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril¹³, se suprimieron las especialidades anteriores, estableciendo las siete especialidades enfermeras vigentes en la actualidad, convalidando la antigua especialidad de enfermería psiquiátrica por la nueva de salud mental. La declaración de Bolonia, en 1999¹⁴, marcó el inicio del proceso de convergencia hacia el Espacio Europeo de Educación Superior, que finalmente se hizo realidad en el año 2010, creando una oportunidad para la mejora de la calidad de la enseñanza superior, también en nuestra disciplina.

Según el informe sobre profesionales de cuidados de enfermería Oferta-Necesidad 2010-2025, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁵, se convalidaron un total de 2030 títulos de enfermeras especialistas en psiquiatría por el de enfermeras especialistas en salud mental. Este real decreto también contemplaba la posibilidad de solicitar el acceso al título de especialista por vía excepcional, aunque para ello los aspirantes debían cumplir una serie de requisitos relacionados con la experiencia y formación que, en el caso de enfermería de salud mental, después de una prórroga inicial, debían de cumplirse antes del 22 de agosto de 2008. Por esta vía obtuvieron el título de enfermera especialista en salud mental un total de 2763 enfermeras¹⁵.

Desde entonces, la forma de acceder a una plaza de formación de especialista en enfermería de salud mental es a través de la realización de la prueba objetiva anual, única y simultánea, de carácter estatal para todas las especialidades enfermeras, conocida como EIR, que da acceso a una plaza de formación sanitaria especializada.

En los últimos 25 años se han convocado en todo el territorio estatal más de 13.000 plazas de formación sanitaria especializada, de las cuales un 21 % han sido para enfermeras especialistas en salud mental. Desde el año 1998, en el que se instauró la vía EIR para salud mental, se han convocado 2678 plazas de formación sanitaria especializada¹⁵, lo que ha supuesto en términos económicos una inversión de más de 120 millones de euros.

Si tenemos en cuenta el número de enfermeras que convalidaron su título de especialistas en psiquiatría, así como aquellas que lo obtuvieron por la vía excepcional, y sumando a esa cifra las 20 promociones de enfermeras especialistas formadas por la vía EIR, existen casi 7500 enfermeras especialistas en salud mental a nivel estatal. A esta cifra habría que descontar, lógicamente, los profesionales que se han ido jubilando en los últimos años.

Valorando todo el esfuerzo que supone la formación de las enfermeras especialistas en salud mental, tanto a nivel personal como de las Unidades Docentes Multiprofesionales y los docentes y/o tutores que forman parte de ellas, es inevitable el pararse a pensar en el para qué de todo este esfuerzo.

Pues bien, a pesar de que el Ministerio de Sanidad recomendó tener creada en cada una de las comunidades autónomas, bien la categoría de enfermera especialista en salud mental, bien la categoría genérica de especialista¹⁶, en

mayo de 2016, el desarrollo e implementación real de la especialidad de enfermería de salud mental en cada una de las comunidades autónomas resulta muy variopinto:

- Galicia, Castilla y León, Cantabria, País Vasco, Aragón, Extremadura, Murcia, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares tienen creada la categoría de enfermera especialista genérica o la específica de enfermera especialista en salud mental, así como un catálogo específico de puestos de trabajo. De hecho, algunas de ellas ya han llevado a cabo ofertas públicas de empleo específicas para enfermeras especialistas en salud mental.
- En Navarra, Madrid, Castilla-La Mancha, Andalucía y las Islas Canarias existe o bien la categoría de enfermera especialista genérica o la específica de salud mental. En Andalucía y Navarra existe una bolsa específica para enfermeras de salud mental, aunque no es un requisito imprescindible el ser especialista, solamente se precisa tener experiencia. Castilla-La Mancha y Madrid han anunciado que van a catalogar las plazas de enfermeras especialistas en salud mental a corto plazo.
- En el caso de Asturias, La Rioja y Cataluña, a día de hoy, todavía no han creado la categoría de enfermera especialista ni se han catalogado las plazas donde debe haber una enfermera especialista en salud mental. En el caso de Asturias, existe una bolsa para enfermeras que tengan experiencia en salud mental, aunque no es un requisito imprescindible ser especialista.

Socialmente hay una demanda de enfermeras especialistas en salud mental que acompañen a las personas, familias y grupos en su proceso, tanto puntualmente como durante periodos de larga duración, con un enfoque rehabilitador y de recuperación, rentabilizando los recursos invertidos. Por estos motivos, se hace imprescindible la creación de la categoría de enfermera de salud mental en todas y cada unas de las comunidades autónomas, así como la definición del catálogo específico de puestos de trabajo que deben desempeñar.

Referencias bibliográficas

1. Real Decreto 12 de mayo de 1885. Gaceta de Madrid. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1885/135/A00447-00450.pdf>. Consultado el: 13 de enero de 2018.
2. Real Decreto 19 de mayo de 1885. Gaceta de Madrid. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1885/141/A00511-00511.pdf>. Consultado el: 13 de enero de 2018.
3. Carretero J, Megías F, Cuesta D. Actualización en salud mental para enfermería. Formanova; 2015. ISBN: 978-84-606-6273-0.
4. Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/141/A01334-01335.pdf>. Consultado el: 13 de enero de 2018.
5. Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre hospitales. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1962/07/23/pdfs/A10269-10271.pdf>. Consultado el: 01 de febrero de 2018.
6. García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Ed. Díaz de Santos. 1998. ISBN 84-7978-341-9.
7. Decreto 3192/1970, de 22 de octubre, por el que crea la especialidad de «Neurología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/11/09/pdfs/A18117-18118.pdf>. Consultado el: 01 de febrero de 2018.
8. Madoz-Gúrpide A, Ballesteros JC, Leira M, García E. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. Rev. Esp. Salud Pública vol. 91 Madrid 2017 Epub 18-Ene-2017
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>. Consultado el: 13 de enero de 2018.
10. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>. Consultado el: 01 de febrero de 2018.
11. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-17866>. Consultado el: 01 de febrero de 2018.
12. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/05/24/pdfs/BOE-A-2011-9081.pdf>. Consultado el: 01 de febrero de 2018.
13. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354>. Consultado el: 03 de febrero de 2018.
14. Declaración de Bolonia. Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Declaracion_Bolonia.pdf. Consultado el: 10 de enero de 2018.
15. López JA, Carbajo P, Giménez A, De Jorge M, Camarero C. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería Oferta-Necesidad 2010-2025 publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).
16. Propuesta de cronograma para la creación, implantación y dotación de plazas de las categorías de enfermeros-as especialistas en los distintos servicios de salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).



Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto

Evaluation of the Effect of a Group Intervention for the Prevention of Eating Disorders in Adolescents. Pilot Study

Susana Montero Hernández, Marta San José de León, Javier Marín Rodríguez, Bárbara Alonso Castro, Nerea Román Rodríguez de Tudanca, Carlos Bernabeu Serrano

Enfermeros especialistas en Salud Mental. Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Alcalá de Henares, Madrid.

Contacto: susy_89madrid@hotmail.com

Fecha de recepción: 30 de abril de 2018 / Fecha de aceptación: 7 de junio de 2018

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. En su etiología convergen factores biológicos, psicológicos y sociales y, por lo tanto, el tratamiento debe considerar esta multicausalidad. La enfermera de salud mental tiene un papel fundamental mediante la actuación sobre los factores de riesgo y así prevenir la enfermedad.

La insatisfacción corporal constituye un importante factor de riesgo y de mantenimiento de las patologías alimentarias. Las influencias socioculturales (sobre todo los medios de comunicación, familia y compañeros) contribuyen al desarrollo de la insatisfacción y, en consecuencia, aumentan la probabilidad de trastornos de la alimentación.

El objetivo es demostrar la eficacia de intervenciones grupales para mejorar la imagen corporal, la autoestima, la alfabetización mediática y otros factores que influyen en comportamientos y actitudes relacionados con la alimentación y poder prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de entre 13 y 15 años mediante un estudio pre/post.

Palabras clave: trastornos de alimentación, educación para la salud, adolescente, prevención primaria.

Abstract

Eating disorders (ED) are significant mental health problems that primarily affect teenagers and young women. Biological, psychological and social factors contribute to their etiology and treatment should consider this. The Mental Health nurse plays a key role in influencing risk factors and preventing the disease.

Body dissatisfaction constitutes an important factor in the risk and maintenance of eating pathologies. Sociocultural influences (most notably the media, family and peers) contribute to the development of body dissatisfaction, and consequently increase the probability of developing eating disorders.

The objective is to show the effectiveness of group interventions to improve body image, self-esteem, media literacy and other factors that influence eating behaviors and attitudes and to be able to prevent the occurrence of eating disorders in adolescents between 13 and 15 years old through a pre/post study.

Keywords: eating disorders, health education, adolescent, prevention primary.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar, no son un problema nuevo, lo novedoso es la virulencia con la que se han presentado en la socie-

dad actual y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en sus conceptos de salud y de ideal estético.

La anorexia nerviosa (AN) es una de las patologías psiquiátricas más graves, más difíciles de tratar y con una elevada tasa de mortalidad⁴.

Durante la adolescencia temprana, las niñas están cada vez más expuestas a los mensajes que promueven la cosificación de las mujeres y la pérdida de voz. Esta socialización ocurre de manera simultánea con la transición adolescente temprana, que implica cambios, ajustes y transformaciones en múltiples dominios de la vida. Para las niñas, esto a menudo desemboca en un aumento de las presiones para ajustarse a estándares de belleza irreales, como el ideal de cuerpo delgado⁷.

Aunque no se conoce la existencia de una etiología específica en el desarrollo de los trastornos alimentarios, sí hay evidencias que sugieren fuertemente una interacción de factores biopsicosociales que los crea y mantiene^{5,10}.

Otras circunstancias que nos encontramos son la falta de conciencia de enfermedad, la frecuente aparición de la misma en la etapa adolescente, así como las dificultades para la detección y el tratamiento precoz de esta patología.

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población ante los posibles factores de riesgo. Y, por otra parte, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico, al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento^{4,11}.

Muchos estudios describen cuales son las características más adecuadas para la mayor efectividad de un programa de prevención: Interactivo (vs. didáctico), multisesión (vs. única sesión) e intervenciones breves con sesión de refuerzo. Se recomienda, siempre que sea posible, un mínimo de 3 meses de seguimiento.

En cuanto a la edad y sexo, no existe consenso. En algunos artículos se recomienda intervenir a partir de los 15 años, en contradicción con metaanálisis y otros artículos que han encontrado que los programas son más eficaces cuando los participantes tienen menos de 15 años, ya que están aún en desarrollo. La mayoría de los estudios coinciden en que estos programas tienen mayor efecto en mujeres, debido al aumento en estas dos últimas décadas de la prevalencia de TCA especialmente en mujeres, además de tener casi 10 veces más posibilidades de presentar anorexia nerviosa que los hombres^{4,7,13-18}.

Marco conceptual

Este proyecto se ha desarrollado desde la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau, descrita en su libro *Relaciones interpersonales en Enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*, publicado originalmente en 1952. Este marco teórico sugiere que los fenómenos interactivos que se producen en las relaciones enfermera-paciente tienen un impacto cualitativo en la evolución de los enfermos.

Hildegard E. Peplau se considera la madre de la Enfermería psiquiátrica. El modelo de Peplau es un modelo caracterizado en la atención centrada en el paciente. Cada encuentro enfermera-paciente, orientado por este modelo teórico, es una oportunidad transformadora y dignificante por su especial contenido humanístico. Esta humanización de los cuidados es la que siempre debe estar presente en el desarrollo de la enfermería de salud mental¹⁻³.

Justificación

La alta prevalencia de trastornos alimenticios y conductas alimentarias desordenadas, sus consecuencias graves para la salud a corto y largo plazo, el alto coste del tratamiento, así como el éxito parcial del tratamiento, justifican el aumento de la atención política, social y sanitaria en la prevención primaria de trastornos de la alimentación.

Los principales objetivos de los programas escolares de prevención de trastornos alimentarios son la identificación y la crítica del modelo de belleza estética femenina, desarrollo del pensamiento crítico, es decir, descodificar mensajes de los medios sobre el cuerpo ideal, mensajes desafiantes, la glorificación de la delgadez..., motivar el desarrollo de un cuerpo sano y la auto-imagen, el aumento de la autoconfianza y autonomía con los compañeros, mejorando la comunicación y conocer habilidades para aprender a utilizar los medios de comunicación con eficacia y poder identificar los verdaderos mensajes de imágenes de cuerpo sano¹⁹.

Para muchas adolescentes, no existe autoestima sin delgadez. El adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y el engordar del fracaso. La delgadez extrema, la belleza, es esencial para que una mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad. Estos mensajes culturales los transmiten al parecer la fami-

lia, los iguales y la prensa, los medios de comunicación de masas, que amplifican los valores socioculturales predominantes.

El culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez esquelética, imposible para el común de las personas porque la osamenta no puede reducirse, obliga a inhumanos sacrificios⁵.

Por todo esto, y tras la revisión de los estudios más recientes, se considera muy importante la labor de prevención por parte de la enfermera de salud mental y se ha llevado a cabo este proyecto.

Epidemiología

Los TCA afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y los estudios muestran que su prevalencia ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante. Son la tercera enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia después de la obesidad y el asma¹⁶.

Investigaciones realizadas en el extranjero han estimado que la prevalencia entre las jóvenes de AN oscila entre 0.5 % y 1 % y de Bulimia Nerviosa (BN) entre 1-2 % y 4 %. Los TCA más frecuentes son no especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta 14 % según la definición utilizada.

El perfil de quienes presentan TCA ha ido cambiando gradualmente. Es así como hoy en día no solo afectan a las adolescentes de clase alta y excelente rendimiento académico, sino que además se presentan en jóvenes de sexo masculino, de diverso nivel socioeconómico, distintas etnias, individuos cada vez menores, y de diferente peso, tamaño y forma corporal.

También se ha demostrado que la ideación suicida es común en las adolescentes con dicho trastorno. Los intentos de suicidio se dan en un 22 % de las pacientes con anorexia y un 11 % en las pacientes con bulimia.

La insatisfacción corporal durante la adolescencia es común, pero no benigna. Entre el 17 % y el 33 % de los adolescentes informan insatisfacción corporal, con la cifra más alta para las niñas que los niños. La insatisfacción corporal es un importante problema de salud pública debido a su asociación con una serie de resultados negativos, que van desde la depresión y trastornos de la alimentación, con el uso de la cirugía estética, la obesidad y la pérdida de peso poco saludable, compor-

tamientos superiores e inferiores a ejercer, como el tabaquismo. Como tal, la insatisfacción corporal ha sido el foco de la política del Gobierno en varios países¹⁴.

Metodología

Hipótesis

Una intervención enfermera grupal basada en cuatro talleres sobre imagen corporal, alfabetización mediática, autoestima y la presión sociocultural junto con ciertas habilidades sociales en las alumnas de 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) disminuye los factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria.

Objetivos

Objetivos generales:

- Evaluar el efecto de una intervención grupal para la prevención de TCA en adolescentes de entre 13 y 15 años.
- Poner a prueba los métodos y procedimientos del estudio para conseguir un protocolo que garantice que se podrá responder a la pregunta de investigación.

Objetivos específicos:

- Analizar la evolución y situación actual de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.
- Identificar las diferencias en la influencia ejercida por el ideal estético en función de la edad.
- Valorar la correlación entre la influencia ejercida por el ideal estético y la repetición de curso.
- Identificar las diferencias en la autoestima corporal en función de la edad.
- Valorar la correlación entre la autoestima corporal y la repetición de curso.
- Evaluar el efecto de la intervención diseñada sobre la influencia ejercida por el ideal estético.
- Evaluar el efecto de la intervención diseñada en la autoestima corporal.

Diseño del estudio

Estudio piloto de intervención sin grupo control: antes-después. El programa es multisesión e interactivo.

SESIONES	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	Presentación Pretest Dinámica de grupo Imagen corporal Vídeo Discusión Cierre	Presentación Normas del grupo: confidencialidad, respeto, puntualidad... Pretest Dinámica: ¿Qué valoro en los demás? Presentación PowerPoint: ¿Qué es la imagen corporal? Desarrollar una relación saludable con el cuerpo (pubertad y desarrollo caracteres sexuales) Importancia relativa del aspecto físico Vídeo Discusión Cierre
SESIÓN 2	Recapitulación Crítica del modelo estético/publicidad Dinámica de grupo Vídeos Discusión Cierre	Recapitulación: interviene en la imagen corporal la comparación con los demás. ¿Qué nos cuentan los anuncios sobre las mujeres? Dinámica: Análisis fotos de modelos con y sin retoques/análisis cambio de portada femenina a masculina con las mismas frases. Modelo estético en otras culturas y épocas. Publicidad y negocio de adelgazamiento/rejuvenecimiento Vídeos Discusión Cierre
SESIÓN 3	Recapitulación Autoimagen/Autoestima Pensamientos negativos Dinámica de grupo Discusión Cierre	Recapitulación ¿Qué es la autoestima? ¿Y la autoimagen? Identificar pensamientos negativos/Importancia pensamientos positivos Dinámica: “Árbol de mi autoestima” Dinámica de grupos: “Caricias interpersonales” Discusión Cierre
SESIÓN 4	Recapitulación Pertenencia grupo social/influencia amistades/asertividad Dinámica de grupo Vídeo Discusión Postest Cierre	Recapitulación Relación autoestima con la influencia del grupo social. Presión sociocultural. Vídeo De la infancia a la adolescencia. Construcción de la identidad. Vídeo Asertividad. Estilos de comunicación. Dinámica: “Ensayar la comunicación asertiva” Vídeo con conclusiones. Discusión Postest Cierre

Tabla 1

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra para la intervención y habiendo recibido la aprobación por parte del IES seleccionado, se procede a contactar con los padres de las alumnas para proporcionarles la documentación informativa y el consentimiento informado.

La orientadora del colegio es la encargada de ponerse en contacto con los padres y las adolescentes para proporcionarles los documentos.

Se acude al colegio para comprobar que el aula reúne las condiciones necesarias para llevar a cabo la intervención correctamente y se recogen los consentimientos informados firmados tanto por los padres como por las adolescentes.

La intervención se ha desarrollado en un aula proporcionada por el IES para la misma, para influir lo menos posible en el horario académico de las alumnas y por tratarse de un lugar de referencia para ellas.

Se realizan 4 talleres:

- La primera sesión duró 60 minutos y se trabajó como tema principal la imagen corporal.
- La segunda sesión duró 60 minutos y se trabajó como tema principal la alfabetización mediática.
- La tercera sesión duró 60 minutos y se trabajó como tema principal la autoestima.
- La cuarta sesión duró 60 minutos y se trabajó como tema principal la presión sociocultural¹⁰.

Se imparte una sesión a la semana de 10:45 h a 11:45 h los viernes del mes de noviembre, por lo que la intervención grupal duró un mes.

Se pasaron los cuestionarios elegidos antes de la primera sesión y después de la última.

Población y muestra

Población diana: Adolescentes entre 13 y 15 años.

Población a estudio: Mujeres entre 13 y 15 años cursando estudios de segundo ciclo de ESO en institutos de educación secundaria (IES) en Alcalá de Henares.

Muestra: Para este pilotaje se ha utilizado una muestra de 10 sujetos estudiantes en uno de los IES de Alcalá de Henares (Madrid), para garantizar el óptimo funcionamiento de las dinámicas grupales necesarias para el correcto desarrollo de la intervención realizada.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión:

- Ser mujer.
- Tener entre 13 y 15 años.
- Estar cursando 4º de ESO en el año escolar 2017-2018.
- Aceptar participar en el estudio y firma del consentimiento informado por representación.

Criterios de exclusión:

- Presentar o haber presentado diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria.
- El no manejo o la no comprensión del idioma castellano.
- La incapacidad para llevar a cabo las actividades de la intervención diseñada.

Tipo de muestreo

Se ha realizado un muestreo tipo consecutivo no probabilístico.

Variables a estudio

Variables independientes:

- Edad: variable cuantitativa continua.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica.
- Repetir curso: variable cualitativa dicotómica.

Variables dependientes:

- Influencia del cuerpo estético ideal medida con el cuestionario CIMEC: variable cuantitativa continua.
- Autoestima corporal medida con la escala BES: variable cuantitativa continua.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario CIMEC sobre las influencias del cuerpo estético ideal:

CIMEC - Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal fue diseñado para intentar medir las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Está compuesto por 40 ítems directos que evalúan la ansie-

dad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de 0 a 3 puntos. Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80, la mínima de 0 y el punto de corte es de 23/24 puntos. Fue elaborado y validado en una muestra de jóvenes españolas (59 AN y 59 controles), igualadas en cuanto a edad y clase social. El cuestionario mostró una adecuada consistencia interna, así como una apropiada sensibilidad (81,4%) y especificidad (55,9%), por lo que podría servir como instrumento de cribado debido a la relación de la AN con las influencias socioculturales^{19,26,27}.

Cuestionario BES, Body-Esteem Scale (Escala de autoestima corporal).

La Escala de Estima Corporal mide la satisfacción/insatisfacción corporal. Consta de 35 ítems que evalúan el tipo de emociones que le producen a la persona diferentes partes y características corporales, los cuales se valoran en una escala Likert de 5 puntos (1: «fuertes sentimientos negativos»; 2: «sentimientos negativos moderados»; 3: «neutro»; 4: «sentimientos positivos moderados» y 5: «fuertes sentimientos positivos»). Los factores de la escala son, para varones, «atractivo físico», «resistencia corporal» y «condición física general», y para mujeres, «atractivo sexual», «preocupación por el peso» y «condición física». La escala presenta buena fiabilidad en hombres (0,78-0,87) y en mujeres (0,81-0,86)²⁷⁻²⁹.

Consideraciones éticas y legales

A las participantes y a sus representantes se les informó verbalmente sobre el estudio y se les entregó un documento informativo con las características del estudio, solicitando su participación voluntaria.

La investigadora asegura la confidencialidad de la información en todas las fases del estudio. Los cuestionarios se guardarán en un sitio seguro, teniendo sólo acceso a ellos la investigadora.

El estudio tiene en cuenta los principios éticos básicos y los enunciados en la Declaración de Helsinki (revisión de Fortaleza 2012) y en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Oviedo, 1997). También se contempla la legislación sobre protección de datos (Ley Orgá-

nica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Se solicitó la autorización al IES seleccionado para la realización de la intervención.

El estudio se sometió al dictamen del Comité Ético de Investigación de la Universidad de Alcalá de Henares, resultando el informe favorable.

Limitaciones del estudio

Al tratarse de un estudio que carece de grupo control no se puede asegurar que los resultados obtenidos se deban exclusivamente a la intervención, ya que pueden haber influido otros factores no controlados.

Recursos materiales y personales

Recursos personales:

- Enfermera residente de salud mental.
- Director del IES, tutora y orientadora de las estudiantes que han participado en el proyecto.

Recursos materiales:

- Aula habilitada.
- Material fungible (folios, bolígrafos, pizarra, tizas...).
- Ordenador.
- Proyector.
- Fichas de las sesiones.

Resultados

Los 10 sujetos de la muestra seleccionada completaron la intervención en su totalidad. Todos los sujetos de investigación de este pilotaje son mujeres y estudian en el 4º curso de la ESO. Al presentar esta común característica no se tendrá en cuenta para el análisis de resultados.

Dos sujetos de la muestra tienen 14 años y los ocho restantes tienen una edad de 15 años. Un solo sujeto de la muestra ha repetido curso.

La distribución de frecuencias de la edad de los sujetos resulta según la tabla siguiente:

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 14	2	20	20	20
15	8	80	80	100
Total	10	100	100	

Tabla 2

La variable repetición o no de curso distribuye su frecuencia según la tabla siguiente:

Repetidora				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sí	1	10	10	10
No	9	90	90	100
Total	10	100	100	

Tabla 3

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las categorías definidas por Repetidora = No y Sí se producen con probabilidades 0,5 y 0,5	Prueba binomial para una muestra	,021 ¹	Rechace la hipótesis nula
2	La distribución de Edad es normal con la media 14,800 y la desviación estándar 0,42	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ²	Rechace la hipótesis nula
3	La distribución de preBES es normal con la media 108,900 y la desviación estándar 11,75	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,200 ^{2,3}	Conserve la hipótesis nula
4	La distribución de posBES es normal con la media 115,600 y la desviación estándar 15,12	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,200 ^{2,3}	Conserve la hipótesis nula
5	La distribución de preCIMEC es normal con la media 25,700 y la desviación estándar 13,14	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,200 ^{2,3}	Conserve la hipótesis nula
6	La distribución de posCIMEC es normal con la media 19,900 y la desviación estándar 9,02	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,200 ^{2,3}	Conserve la hipótesis nula

Tabla 4

Al tratarse de un pilotaje, y dado el tamaño muestral escogido para llevar a cabo la investigación, contamos con cierta limitación en la significación de los resultados, como se verá sucesivamente en este análisis.

Al no poderse garantizar que la muestra presente una distribución normal, por el escaso tamaño escogido para este pilotaje, se procede al uso del estadístico Kolmogorov-Smirnov como prueba no paramétrica.

Tras esta operación, se procede a la comparación de medias mediante análisis por t de Student en las variables que presentan una distribución normal.

En términos generales, sin atender a la subdivisión de la muestra para el análisis en función de las variables sociodemográficas, encontramos una mejoría en el resultado de ambos cuestionarios.

Estadísticas de muestra única

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
preBES	10	108,9	11,752	3,716
posBES	10	115,6	15,123	4,782
preCIMEC	10	25,7	13,141	4,155
posCIMEC	10	19,9	9,024	2,854

Tabla 5

Prueba de muestra única

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
preBES	29,304	9	0	108,9	100,49	117,31
posBES	24,172	9	0	115,6	104,78	126,42
preCIMEC	6,185	9	0	25,7	16,3	35,1
posCIMEC	6,974	9	0	19,9	13,44	26,36

Tabla 6

Se aprecia que la mejoría en el resultado de ambos cuestionarios es estadísticamente significativa ($p=0,000$), no pudiendo atribuirse al azar la mejoría producida tras la aplicación de la intervención diseñada.

Discusión

Este estudio demuestra que con la intervención realizada se han producido efectos estadísticamente significativos en la mejora de la autoestima corporal y en la influencia ejercida por el ideal estético.

Los resultados son congruentes con varios estudios realizados con anterioridad. Diedrichs *et al.* llevaron a

cabo en 2015 la intervención “Dove Confident Me: Single Session”, enfocada en imagen corporal, internalización del ideal estético y presión sociocultural. Se lleva a cabo una única sesión de 90 min en niñas y niños, pero se demuestra una mejora significativa en la autoestima corporal sólo en las niñas. El resto de factores de riesgo no tienen mejoras significativas. Señalan la importancia de los estudios multisesión³⁰.

Wilksch y Wade llevaron a cabo en 2008 el programa “Media Smart” en Australia del Sur, con 540 estudiantes divididos en grupo intervención (Alfabetización mediática) y grupo control. Participaron tanto chicos como chicas en grupos de 16 y 26 estudiantes

con edad media de 13,62. El programa consta de 8 sesiones de 50 minutos; se imparten 2 lecciones a la semana. Los cuestionarios para medir la autoestima corporal y la influencia del ideal estético se pasaron en cuatro ocasiones: preprograma y posprograma (al mes), a los 6 meses de seguimiento y a los 30 meses. Tanto en los varones como en las mujeres asignados al azar al grupo de Alfabetización mediática, se encontraron mejoras estadísticamente significativas tanto en la imagen corporal como en la internalización del ideal estético tanto en el posprograma como en todo el seguimiento, aunque siendo mayor en las mujeres.

Raich *et al.* diseñaron en 2001 un programa preliminar psicoeducativo de prevención de TCA con los siguientes componentes: Nutrición (NUT) dirigida hacia la corrección de falsas creencias sobre la nutrición y hacia la provisión de conocimientos de alimentación equilibrada; Alfabetización mediática (ML) y crítica del Modelo Estético-Belleza (AMC). Se desarrollaron en 2 sesiones semanales cada una de 1,5 horas. Para evaluar la eficacia de los diferentes componentes del estudio, un grupo recibió toda la intervención (NUT + AMC + ML), mientras que el otro recibió sólo el segundo componente (AMC + ML). Ambos grupos también fueron comparados con un grupo control sin intervención.

Se seleccionaron 349 niñas de 2º de ESO en la ciudad de Terrassa, Barcelona. La evaluación previa a la intervención fue completada por 323 participantes. Las niñas tenían una edad promedio de 13,11 años. 288 participaron en el seguimiento de los 6 meses después.

Se encontraron cambios significativamente mayores en los dos grupos de intervención en comparación con el grupo de control de CIMEC Total. Entre el programa completo y el programa parcial sólo se observó diferencias en el aumento de conocimientos sobre nutrición al añadir el componente NUT¹⁹.

Por otro lado, P. Espinoza *et al.* aplicaron en 2013 el programa cuasi-experimental AMM-EC a 443 adolescentes, niñas y niños, de 12 a 14 años en la ciudad de Terrassa, Barcelona. El programa consta de dos componentes: Alfabetización mediática (ML) y nutrición (NUT) en versión completa (ML + NUT) o versión parcial (ML). Se realizó seguimiento a los 7 y a los 30 meses. El 62,3 % tuvo un seguimiento a los 30 meses. El componente NUT consiste en una sesión de 90 min y el componente ML consiste en dos sesiones de 90 min y dos sesiones de 60 min (3 sesiones semanales

durante la hora de clase). Utilizaron el cuestionario QÚIC para evaluar la satisfacción corporal y los problemas de imagen corporal de manera similar que la escala BES usada en nuestra investigación. Las puntuaciones de satisfacción corporal para ML + NUT aumentaron a los 7 meses y disminuyeron a los 30 meses de seguimiento (tendencia cuadrática); el Grupo ML se mantuvo constante en el tiempo³¹.

Los resultados de los estudios actuales sugieren la importancia de las sesiones de refuerzo, para compensar el efecto constante de la presión media, y la evaluación de la eficacia a largo plazo de los programas.

En los programas preventivos se deberían incluir los referentes de los adolescentes: padres, profesores, entrenadores, grupos de iguales y médicos¹¹.

Para futuras investigaciones, consideramos necesario aumentar el tamaño de la muestra, añadir un grupo control, realizar sesiones de refuerzo y un seguimiento a corto y largo plazo.

En la actualidad se plantean varios debates sobre la orientación futura que debería impulsar a los nuevos programas de prevención en este ámbito. Básicamente, estos debates están relacionados con la adaptación de los futuros programas a la población masculina, las características idóneas de la población diana en cuanto a edad y nivel de riesgo, los contenidos específicos que deberían tener, la aproximación teórica en la que deberían fundamentarse, su intensidad y duración y, finalmente, el debate sobre la necesidad de integración de los campos de la prevención de los TCA y de la obesidad.

Conclusiones

- La alta prevalencia de los TCA y el hecho de que la anorexia nerviosa es una de las patologías psiquiátricas más graves, más difíciles de tratar y con una elevada tasa de mortalidad, pone en evidencia la necesidad de intervenir, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población, ante los posibles factores de riesgo.
- No se han podido valorar las diferencias en el ideal estético y la autoestima en función de la edad, debido a que, de 10 sujetos, 8 tienen 15 años y 2 sujetos tienen 14 años.
- No se ha podido valorar la correlación entre la

influencia del ideal estético y la autoestima con la repetición de curso, ya que sólo 1 de los 10 sujetos era repetidora.

- Se observa un efecto positivo de la intervención sobre la influencia del ideal estético estadísticamente significativo.
- Se observa un efecto positivo de la intervención en la autoestima corporal estadísticamente significativo.
- Se considera muy importante la labor de prevención por parte de la enfermera de salud mental y por eso se ha llevado a cabo este estudio de investigación con el objetivo de demostrar que nuestra intervención puede tener efectos positivos para reducir la vulnerabilidad de la población ante los posibles factores de riesgo.

Referencias bibliográficas

1. Peplau H. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990. 6-35 p.
2. Mejía M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enfermería* [on line]. 2006;15(1699-5988):48-52.
3. Marriner, A y Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5a. Madrid: Elsevier Inc.; 2003. 379-385 p.
4. Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;52(2):152-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.11.022>
5. Ruiz LPGZ-P de la UM de I del HCU de Z y CN de la J de A. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. 1999;
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington; 2013. 189-197 p.
7. Thompson C, Russell-mayhew S, Saraceni R. Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention Evaluating the Effects of a Peer-Support Model: Reducing Negative Body Esteem and Disordered Eating Attitudes and Behaviours in Grade Eight Girls Evaluating the Effects of a Peer-Support Model: Reducing Negative Body Esteem and Disordered Eating Attitudes and Behaviours in Grade Eight Girls. (October 2014):37-41.
8. House S, Loud K, Shubkin C. Female athlete triad for the primary care pediatrician. 2013;755-61.
9. Sundgot-borgen J, Meyer NL, Lohman TG, Ackland TR, Maughan RJ, Stewart AD, et al. How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition , Health and Performance , under the auspices of the IOC Medical Commission. 2013;1012-22.
10. Neumark-sztainer D. School-Based Programs for Preventing Eating Disturbances. 1996;66(2):64-71.
11. Steiner-adair C, Sjostrom L, Franko DL, Pai S, Tucker R, Becker AE, et al. Primary Prevention of Risk Factors for Eating Disorders in Adolescent Girls: Learning From Practice. 2002;
12. Forman SF. Trastornos de la alimentación: Visión general del tratamiento [Internet]. UpToDate[Internet]citado el día 23/05/2017. 2017. Available from: http://uptodate.m-hupa.csinet.es/contents/eating-disorders-overview-of-treatment?source=search_result&search=prevenci%C3%B3n trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes&selectedTitle=3~150
13. Linville D, Cobb E, Lenee-bluhm T, Gabriela L, Gau JM, Stice E. Behaviour Research and Therapy Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. 2015;75:32-9.
14. Sharpe H, Schober I, Treasure J, Schmidt U. Feasibility , acceptability and efficacy of a school-based prevention programme for eating disorders : cluster randomised controlled trial. 2013;428-35.
15. Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001>
16. López-guimerà G, Sánchez-carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM. Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls : General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. 2011;14(1):293-303.
17. Heather S et all. Preventing Eating Disorders. 2010;18(1):199-207.
18. Stice E, Shaw H. Eating Disorder Prevention Programs : A Meta-Analytic Review. 2004;130(2):206-27.
19. Raich RM, Sánchez-carracedo D, López- G, Portell M, Moncada A, Fauquet J. Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention A Controlled Assessment of School-Based Preventive Programs for Reducing Eating Disorder Risk Factors in Adolescent Spanish Girls. 2008;(January 2015):37-41.
20. Gaete P et all. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes. 2012;23(5):566-78.
21. Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents abstract. *Pediatrics*. 2010;126:1240-53.
22. Negro L. Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. 2010.
23. Sandoiu A. Anorexia: Deep brain stimulation may be an effective treatment. *MedicalNewsToday*[on line]. 2017;
24. Reyes-rodríguez L. Animando a su Hijo que Busque Ayuda. 2016;
25. Neumark-sztainer D, Levine MP, Paxton SJ, Smolak L, Piran N, Wertheim EH. Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating : What Next ? 2006;265-85.
26. Manuel J, Alvarez G, Mancilla JM. Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. 2000;
27. Consumo MDES. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la.
28. Jorquera M, Baños RM, Perpiñá C, Botella C. LA ESCALA DE ESTIMA CORPORAL (BES): VALIDACIÓN EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA. 2005;173-92.
29. Gracia M De, Marcó M. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. 2007;19:646-53.



Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental

Perceived Social Stigma and Coping Mechanisms in People with Mental Illness

Enrique Jesús Sáez Álvarez¹, María Dolores Burguete Ramos¹,
José Ramón Martínez Riera², Fernando Daniel Moreno Rupérez

¹Universidad Católica de Valencia

²Universidad de Alicante

Contacto: enriquejesus.saez@ucv.es

Fecha de recepción: 02 de mayo de 2018 / Fecha de aceptación: 12 de junio de 2018

Resumen

En el campo del estigma hacia los pacientes con trastornos mentales, se puede apreciar un cambio en la identidad de la persona, que pasa de una historia previa a ser para los otros "el enfermo", "el esquizofrénico" o "el loco". Se puede estudiar esta nueva identidad desde el punto de vista del paciente, asumiendo que incluye su propia interiorización de la percepción del medio sobre él mismo.

Objetivo: Describir las experiencias de un grupo de sujetos con enfermedades mentales acerca del estigma social percibido y sus estrategias de afrontamiento.

Metodología: Estudio cualitativo, la investigación se desarrolló a través de la técnica de la entrevista individual semi-estructurada, individual a sujetos que pertenecían a una Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFEMPES); las narraciones se grabaron en audio y se transcribieron posteriormente, realizando un análisis del discurso.

Resultados: Las áreas en que se aprecia un mayor estigma social percibido son aquellas que se relacionan con los problemas de socialización. Los métodos de afrontamiento empleados son la aceptación resignada y el conformismo en la mayoría de los casos.

Palabras clave: enfermedad mental, estigma, identidad, familia, relaciones sociales.

Abstract

In the field of stigma towards patients with mental disorders, we can see a change in the identity of the person, which goes from a previous history to being for the others "the sick person", "the schizophrenic" or "the crazy person". This new identity can be studied from the point of view of the patient, assuming that it includes his own internalization of the perception of the environment about himself.

Objective: To describe the experiences of a group of subjects with mental illnesses about perceived social stigma and their coping strategies.

Methodology: Qualitative study, the research was developed through the technique of semi-structured individual interview, individual to subjects that belonged to an Association of Relatives and People with Mental Illness (AFEMPES); the narrations were recorded in audio and later transcribed, making an analysis of the discourse.

Results: The areas in which there is a greater perceived social stigma are those that are related to socialization problems. The coping methods used are resigned acceptance and conformism in most cases.

Keywords: mental illness, stigma, identity, family, social relationships.

Introducción

El término estigma tiene origen griego y era utilizado para hacer referencia a rasgos físicos que podían considerarse negativos o extraños en el estatus moral de aquel que los presentaba. Tales rasgos podían ser cor-

tes, quemaduras... que advertían del estatus de esclavo de la época. Con la llegada del cristianismo, se le añadieron otros significados metafóricos que se referían a los signos del cuerpo provocados por la gracia divina que desembocaban en erupciones cutáneas y, por otro lado, los referentes médicos que provocaba esta alu-

sión religiosa a los rasgos corporales de perturbación física. Actualmente se mantiene un sentido similar al original, pero haciendo referencia al mal en sí mismo y no al mal como algo negativo físicamente sobre tu cuerpo¹.

El estigma aplicado a la enfermedad mental se traduce como un fenómeno global que tiene un impacto sobre el desarrollo social/laboral de los pacientes y sobre su uso de los recursos de salud a los que pueden acceder². Como principales resultados negativos del estigma tenemos el ostracismo y aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una reducción de la búsqueda de ayuda. A veces estos resultados pueden ser peores que la misma sintomatología³.

La identidad es un concepto complejo y multidimensional que incluye aspectos sociales y culturales. En el campo del estigma hacia los pacientes con trastornos mentales, se puede apreciar un cambio en la identidad de la persona, que pasa de una historia previa a ser para los otros “el enfermo”, “el esquizofrénico” o “el loco”. Se puede estudiar esta nueva identidad desde el punto de vista del paciente, asumiendo que incluye su propia interiorización de la percepción del medio sobre él mismo⁴.

Por otra parte, el término de calidez humana hace referencia al pensar en los demás y en su manera de sentir, para ajustar nuestra conducta y mostrar así amabilidad, comprensión y alta disposición de servicio. La calidez humana es espontánea y desinteresada⁵. Cuando dicha experiencia puede ser atribuida a un grupo con el que se interactúa, podemos hablar de calidez social. En este sentido, desde la psicología positiva⁶, con un enfoque centrado en las virtudes, emociones positivas y fortalezas que, obviamente, influyen en la calidad de vida y en la salud mental y cuyo acercamiento y estudio pueden ayudar a mejorarlas en algunos sujetos y mantenerlas en otros⁷, quizá, ante el término estigma, podría ser interesante comenzar a estudiar este fenómeno desde su contraparte, la calidez social, desde el punto de vista personal de cada individuo, es decir, la calidez social percibida.

Objetivos

Principal:

Describir las experiencias de un grupo de sujetos con enfermedades mentales acerca del estigma social percibido y sus estrategias de afrontamiento.

Secundarios:

- Identificar las áreas en que se aprecia una menor calidez social percibida.
- Enumerar los métodos de afrontamiento empleados por los participantes para desenvolverse en situaciones de baja calidez social percibida
- Examinar el mapa relacional de los sujetos a estudio, con el fin de analizar el grado de influencia en su autopercepción.

Sujetos y método

En la elaboración del trabajo se utilizó una metodología cualitativa. La investigación se desarrolló a través de la técnica de la entrevista individual semi-estructurada. Se establecieron unos objetivos específicos previos a la realización de las entrevistas, por lo que el enfoque seguido ha sido deductivo. Se ha utilizado categorías analíticas para describir y explicar las materias objeto del estudio.

Recogida de la muestra

El primer paso fue solicitar el permiso de la institución con la que se trabajó para la obtención de la misma; en este caso, se trata de la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFEMPES), la cual se encuentra en Paterna (Valencia). Una vez obtenida, se redactó una hoja de información al participante y el consentimiento informado. Se seleccionaron un grupo de personas con esquizofrenia y trastorno bipolar que acudían a la asociación que, tras explicar el proyecto, se prestaron de manera voluntaria. En principio no se discriminó a ninguna de las personas que acudían al centro, descontando aquellas que no cumplieran los requisitos necesarios para su participación, es decir, comprensión de las preguntas planteadas y capacidad de expresión suficiente para obtener una respuesta significativa. No se hizo distinción entre esquizofrenia y trastorno bipolar. La elección como método de investigación de la entrevista semiestructurada⁸ se debió a que esta nos permite profundizar lo suficiente en temas más personales para los entrevistados y, al mismo tiempo, adentrarnos en las vivencias personales con cierta facilidad y sin necesidad de realizar preguntas demasiado complejas, junto con la cantidad adecuada de cuestiones interesantes, sin saturar la entrevista haciéndola demasiado larga y/o compleja.

Recogida de información

Las preguntas fueron redactadas y elaboradas anteriormente, tomando en cuenta la revisión de la literatura consultada, por el equipo de investigación. Se dividieron en epígrafes, que incluían temas tales como la vida cotidiana, sus relaciones sociales, la autopercepción, la medicación, el inicio de su enfermedad, etc.

Las entrevistas se realizaron a solas, con excepción de tres de ellas en las que se decidió unir a una de las voluntarias del centro, ya que los entrevistados se sentían más cómodos sabiendo que una persona conocida y de confianza se encontraba presente en la sala. Las narraciones se grabaron en audio, pero no en vídeo, ya que los participantes no deseaban en su mayoría ser visualizados; la duración de la interacción fue de 15-20 minutos, durante los que se abordaron las preguntas pertinentes. A todos los sujetos, en primer lugar, se les reformulaba la información antes proporcionada, con el fin de clarificar cualquier duda; tras ello se les pedía la firma en la hoja de consentimiento informado y, una vez finalizada la entrevista, se les agradecía su participación y se procedía a cerrar la sesión. Por otra parte, el entrevistador se mantuvo alerta y realizó anotaciones sobre el comportamiento no verbal, evitando intimidar o propiciar restricciones en los testimonios del entrevistado⁹.

La investigación se dio por finalizada cuando se obtuvo saturación de los datos.

Resultados

En principio, la muestra se compuso por ocho participantes. En uno de los casos, dadas las limitaciones presentadas en comprensión y expresión, se realizó la entrevista, pero no pudo plasmarse como parte de los resultados, contabilizándose en siete el número final de participantes.

La media de edad de los participantes fue de 42 años de edad, siendo el menor de 39 y el mayor de 45 años. En su mayoría no poseían estudios; solo tres de ellos poseían el certificado escolar y uno cursó bachillerato, pero sin llegar a finalizarlo. Todos ellos tenían diagnosticado un trastorno mental grave (esquizofrenia o bipolaridad).

Los resultados expresan las diferentes vivencias con sus respectivos códigos y etiquetas:

Vida cotidiana

La mayoría de los participantes han presentado dificultades en su socialización y se les han presentado problemas a la hora de mantener sus amistades tras la enfermedad; es por ello que la mayoría de sus relaciones de amistad son con otras personas con enfermedades mentales.

Quedaba con uno, que se llama Ángel David, pero... bebe y... bueno, mi padre me decía: "No salgas con Ángel David, porque sus padres no te dejan que no salgas con él, porque dicen ellos que... que tú les incitas a beber". No es verdad, pero bueno.
(Informante 1).

En cuanto la autopercepción, es destacable el hecho de que, a pesar que objetivamente saben que son como los demás, se sienten inferiores, peores que el resto y sin elección. Sus respuestas rondaban siempre en la inferioridad, aunque se sentían personas normales, ni peores, ni mejores, pero con sus peculiaridades.

No, yo soy bueno, soy como todos, con... con mis cosas, pero yo soy como todos. (Informante 2).

La medicación no supone un gran problema para los entrevistados a la hora de socializar o en cuanto a lo que representa para su imagen. Muchos afirman que no la esconden y que, en general, no notan que la gente reaccione mal ante ellas. También hay casos en los que se apreció una ideación positiva en cuanto a tomarse la medicación, por el hecho de que esta les disminuye los síntomas y ya están habituados a ellas.

No, no, yo me tomo mis pastillas y nadie me dice nada, es la pastillita y ya está, que me controla.
(Informante 2).

Bueno... Si, porque te ven tomado algo... a saber, se preguntan para qué es... yo les digo que es para... para las migrañas o el constipado... Algo que se me ocurra... (Informante 4).

En general, los entrevistados asumen con resignación su situación sin intentar modificarla; en todos los casos destaca el conformismo a la hora de afrontar su enfermedad.

Qué voy a hacer, es lo que me ha tocado, lo he pasado muy mal, pero no se puede hacer más... mmm...
(Informante 4).

Relaciones con los otros

En general, sus amistades son otras personas con enfermedades mentales. A pesar de haber tenido otras amistades anteriormente, actualmente, la mayoría no afirma mantener ninguna debido a diferentes conflictos del pasado.

Sí, yo solo salgo con la gente, los que estamos aquí, aunque con algunos no me hablo porque no quieren saber nada... por lo que creen que soy malo, sus familias, pero yo no he hecho nada. Antes salía con la gente... gente del barrio, mis amigos, pero después, que eeh... que saben lo mío... ya se han ido yendo todos... (Informante 2).

La familia parece ser su principal apoyo en todos los casos, incluso algunos que eran reacios al tratamiento acabaron cediendo. Hay casos en los que la familia ha tenido muchísima importancia en sus relaciones sociales, ya que es la que facilita la introducción.

Sí, sí, es que él trabaja ahí, ¿sabes? Y... pues yo le ayudo, me conocen todos. Él es el arbitro... Yo estoy ahí por él, enchufado. Como soy un nervio que no paro, pues estoy en todo, ayudo a todos en general... y... esas cosas. Cuando les hace falta algo, pues yo voy y lo tengo ahí en un momento. (Informante 3).

En cuanto a las relaciones de pareja, no se consideran con posibilidades suficientes como para centrarse en algo así, renuncian a ello o creen que no son capaces.

No, porque... no puedo dar nada bueno a ninguna persona, no puedo dar nada bueno. (Informante 1).

En cuanto a tener relaciones sexuales, el rechazo es la principal respuesta. Las razones rondan entre la incapacidad física, debido a la disfunción eréctil, y de nuevo, que no consideran que pueda existir deseo sexual hacia ellos por parte de otras personas.

Pero sí que lo pienso a veces, o sea, decir que quiero una novia, no, pero, claro, uno se acuerda y no sé. Ya lo mío no funciona (haciendo referencia al pene) ni nada (ríe) pero es el cariño. (Informante 2)

Impacto social del diagnóstico

En lo referente a los posibles acosos que hayan sufrido, suelen coincidir en que desde la infancia hasta la vida adulta han tenido que lidiar con insultos, ofensas. No

todos saben diferenciar entre el acoso sufrido en la infancia de forma más habitual entre niños o el referente a temas de salud mental. También es difícil diferenciar entre qué edades. Como métodos de afrontamiento no destacamos ninguno puesto que, en general, no se ha intentado poner remedio a esto; principalmente intentaban evitar el conflicto.

Y yo creo que están solos porque me están haciendo bullying, porque dice, dirán... se alegran de mis... desgracias, se alegran de mis desgracias y se encierran en casa. (Informante 1).

A mí sí, mucho, de siempre, pero bueno... ya sabes, desde el colegio... yo era el rarito... con las gafas... se metían conmigo, siempre era yo. De siempre, vamos (ríe). Y ahora porque ya tenemos una edad... (Informante 4).

En general, afirman que son muchas las personas que les han atacado sin razón solo por el hecho de tener una enfermedad mental. Esto provoca un resentimiento en ellos.

Es maldad, en el fondo es maldad lo que tiene la gente. Pero... si dirán eso, dirán: buah, menudo perdido de tío tenemos aquí en España. Lo único... vago y maleante, vago y maleante. (Informante 1).

En cuanto a informar de su enfermedad, en algunos casos se mostraban más abiertos con la idea de contarlo, pero solo en circunstancias en las que se haya adquirido una mayor confianza con esa nueva persona. Otros sujetos se oponían a exponerse de manera rotunda. Hablaban de la negativa de la familia a compartir con otros el hecho de que tienen una enfermedad, ya que buscan protegerlos de posibles conflictos y sufrimiento debido al estigma de la sociedad.

No, no, no... yo se lo cuento... se lo cuento a los que conozco mas porque me conocen, sabes? A la gente que me conoce se lo cuento, a esa sí. (Informante 2).

Yo no lo escondo, pero mi hermano no quiere que todo el mundo... lo sepa. Es que ahí... en el fútbol, por ejemplo, si me conocen y al final lo saben... o ven algo raro en mí, que dicen: "Bueno, igual... le pasa algo..." , pero como voy con mi hermano pues saben que no pasa nada conmigo. (Informante 3)

Discusión

Todas las respuestas orientadas hacia el área de la auto-percepción parecen indicar una percepción social negativa sobre la realidad última del sí mismo tal y como es vivida por los participantes, concretamente sobre qué tipo de persona sienten que son. Muchas de las respuestas parecían influidas por la idea en general que tiene la sociedad de las enfermedades mentales y por la estigmatización que padecen. Otras provenían de malas experiencias independientes de cada individuo, de los diferentes problemas a los que se han enfrentado a lo largo de su enfermedad y en cómo, en mayor o menor medida, eran ayudados o rechazados. Es por ello que los datos apuntan hacia una visión del sí mismo que se identifica como un reflejo de aquello que percibe la sociedad, asumiendo así una nueva identidad⁴. Las personas estudiadas consideran que, incluso antes de interactuar, la gente ya tiene una idea negativa de ellos, y solo algunos pensaban que tras conocerles esta idea se volvería positiva y apreciarían que no son “unos locos”.

Por otro lado, se ha podido constatar, a través de las diferentes líneas argumentales, que la combinación del tratamiento farmacológico con el apoyo, ya sea familiar o de amistad, genera una mejoría percibida de la sintomatología, lo cual se traduce en una mejora en su vida diaria y da lugar a más probabilidades de sentir bienestar, tanto físico como psíquico, social y espiritual, realidad que también se reproduce en otros estudios^{10,11}.

Qué duda cabe que dicho sentimiento, ya sea de malestar como de bienestar, tiene cierto correlato con la actitud y métodos de afrontamiento que pueda gestionar cada uno de los participantes. En este punto, es muy importante el refuerzo de la autoestima y confianza de cada persona para poder organizar las diferentes sensaciones y poner en orden sus ideas, con el fin de aprender a proyectar bien su motivación hacia la normalización, lo cual se puede operacionalizar mediante el incremento de la psicoeducación tanto a familias como a pacientes¹².

Resulta patente, en muchos de los casos, la inexistencia de una intención activa de afrontar el problema o sencillamente el escape, negación o intento de evadir el problema hasta el conformismo. Se hablaría de un método de afrontamiento centrado en la defensa de la autoestima, en el que el sujeto no hace acción para intentar resolver el problema, sino que busca equilibrar

el duelo y su nueva situación de vida. Cuando un sujeto actúa de esta manera, su método de afrontamiento no resulta eficiente precisamente para el objetivo pretendido de mejora de la autoestima, faltando, por otro lado, ocasionalmente, la motivación suficiente para llevarlos a cabo con la consiguiente resignación ante su situación¹³.

En el momento de inicio de la enfermedad, se ha visto que la principal sensación es de negación y rechazo de la realidad, hasta llegar a un punto de inflexión en el que el paciente es consciente de que el camino adecuado no es ese, siendo activadores importantes para ellos el sufrimiento percibido de sus personas cercanas o de ellos mismos.

Por último, es necesario destacar una limitación importante del presente estudio: la aproximación al universo de estas personas no ha sido más que un apunte, ya que su realidad es demasiado compleja para poder ser comprendida desde una sola investigación, pero, por una parte, las dificultades de acercamiento en profundidad a este colectivo por sus mismas características y, por otra, con una muestra escasa, no nos han permitido quizás por limitaciones de los mismos investigadores profundizar más en su universo, que esperamos poder hacerlo en futuras investigaciones.

Conclusiones

- Las áreas en que se aprecia un mayor estigma social percibido son aquellas que se relacionan con problemas de socialización, sentimientos de inferioridad, pérdida de amistades anteriores y sentimientos de rechazo sexual.
- Los métodos de afrontamiento empleados por los participantes para desenvolverse en situaciones de baja calidez social percibida son la aceptación resignada y el conformismo.
- El principal apoyo percibido es la familia, y se aprecia gran dificultad para la consecución de pareja.

Referencias bibliográficas

1. Goffman, Edwing; Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores. 2006.
2. Sing, Lee: The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry*. 2002;15(1):37-41.
3. Sirey, Anne; Alexopoulos, George; Perlick, Deborah; Friedman, Steven; Meyers, Barnett. Perceived stigma and patient-rated severity. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12): 1615-20.

4. Restrepo, Miguel; Mora, Olga Lucia; Rodríguez, Ana Cristina. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. 2007;48(3):208-210.
5. Ceballos, Paula Andrea. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*. 2010;6(1):31-35.
6. Seligman, Martin. The presidents address. *Am Psychol*. 1999; 54:559-562.
7. Contreras, Francoise; Esguerra, Gustavo. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*. 2006;2(2):311-319.
8. Ardévol, Elisenda; Bertrán Marta; Callén Blanca; Pérez Carmen. Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social [Internet]*. 2003 [14 sept 2017] Disponible en <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=53700305>
9. Díaz-Blanco, Laura; Torruco-García, Uri; Martínez-Hernández, Mildred; Varela-Ruiz, Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*. 2013;2(7): 162-167.
10. Miklowitz, David; George, Elizabeth; Richards, Jeffrey. A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9): 904-912.
11. Rea, Margaret; Tompson, Martha; Miklowitz, David. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(3): 482-492.
12. Jones, Steven. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*. 2004; 80(2-3): 101-114.
13. García Laborda, Ana; Rodríguez Rodríguez, Carlos. Afrontamiento familiar ante la enfermedad. *Cultura de los cuidados*. 2005;18(2): 45-48.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL