

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 17 DICIEMBRE 2022

EDITORIAL

Salud mental y el Código Deontológico de la Enfermería Española

Dr. José Antonio Ávila Olivares

ARTÍCULOS ORIGINALES

Depresión y ansiedad durante COVID-19 en personal de salud atendido en centro de salud mental

Brenda Iliani Gudiño Muñoz, Alejandra Perales Ruíz, Alberto Juárez-Lira

Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una unidad de media estancia: estudio cualitativo

Miriam Aragonés Calleja, Vanessa Sánchez Martínez

Descripción del funcionamiento del programa Konsulta'm: un proyecto comunitario de salud mental en Barcelona

Núria Martínez Boo, Àurea Moreno Mayós, Patricia Escalona Zorita, Jaime Romero Rodríguez, Rocío Casañas Sánchez

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El efecto Papageno: una revisión de alcance

Lucía Santonja Ayuso

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707

CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

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

Editor

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

Editora Asociada

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

COMITE EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Nerea de la Morena Pérez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2022

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2** **Salud mental y el Código Deontológico de la Enfermería Española**
Mental health and the Spanish Nursing Code of Ethics
Dr. José Antonio Ávila Olivares

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 5** **Depresión y ansiedad durante COVID-19 en personal de salud atendido en centro de salud mental**
Depression and anxiety during COVID-19 in health personnel treated at a mental health center
Brenda Iliani Gudiño Muñoz, Alejandra Perales Ruíz, Alberto Juárez-Lira
- 13** **Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una unidad de media estancia: estudio cualitativo**
Nursing perception about the needs and recovery of people admitted to a medium stay unit: A qualitative study
Miriam Aragonés Calleja, Vanessa Sánchez Martínez
- 22** **Descripción del funcionamiento del programa Konsulta'm: un proyecto comunitario de salud mental en Barcelona**
Operational description of the "Konsulta'm" programme: A mental health community project in Barcelona
Núria Martínez Boo, Àurea Moreno Mayós, Patricia Escalona Zorita, Jaime Romero Rodríguez, Rocío Casañas Sánchez

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 30** **El efecto Papageno: una revisión de alcance**
Papageno effect: A scoping review
Lucía Santonja Ayuso

Salud mental y el Código Deontológico de la Enfermería Española

Mental health and the Spanish Nursing Code of Ethics

Dr. José Antonio Ávila Olivares

Presidente Academia de Enfermería Comunitat Valenciana.
Contacto: presidencia@academiaenfermeriacv.org

EDITORIAL

Tal y como queda definido en el *Diccionario de la Real Academia Española*, cuando hablamos de *deontología*, etimológicamente lo estamos haciendo de “ciencia o tratado de los deberes”. Más específicamente, la deontología profesional se refiere al conjunto de principios y reglas éticas, aprobados por los propios profesionales, que regulan y guían su respectiva profesión. La Organización Colegial de Enfermería tiene entre sus principales funciones aprobar las normas éticas y deontológicas por las que deben regirse los miembros que componen su colectivo.

La primera acción en este sentido se produjo mediante la Orden de 29 de marzo de 1954, que aprobó un nuevo Reglamento para el Consejo General de Auxiliares Sanitarios y, como apéndice a la norma, se insertó un Código de Moral, constituido por 19 artículos que constituye el primer conjunto de reglas morales y deontológica que ha tenido nuestra profesión.

En 1974 se publica la primera Ley de Colegios Profesionales de España, obligando a la entonces Organización Colegial de ATS a que elaborase unos nuevos estatutos, aprobados en 1978. En ellos no figuraba el Código de Moral antes citado y se establecía en su artículo 75.16 la obligación de aprobar las normas deontológicas que ordenasen el ejercicio de la profesión, las cuales tendrían el carácter de obligatorias.

En 1989, el Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería cumplió dicho mandato y mediante Resolución 32/89 aprobaba el Código Deontológico de la Enfermería Española. En dicho código hay recogidos varios artículos relacionados con la prestación de cuidados a las personas con problemas de salud mental, tanto desde las actuaciones genéricas por ser pacientes con un problema que afecta a su salud, hasta otras más específicas adaptadas a sus circunstancias de discapacidad. Sin embargo, este Código es deudor del tiempo en el que fue aprobado. Así, en su Capítulo VI se tratan cuestiones referidas a la “enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados”. Un lenguaje que ahora tacharíamos de anacrónico, pero que en 1989 recogía la nomenclatura sanitaria existente con quienes ahora denominamos discapacitados o personas con discapacidad.

Para contextualizar este tipo de terminología, baste recordar que la Constitución de 1978, en su artículo 49, se refiere a la atención que se debe prestar a los disminuidos físicos, sensoriales o psíquicos. La Asamblea General de la ONU proclamó 1981 Año Internacional de los Disminuidos Psíquicos, Físicos y Sensoriales. En abril de 1982 se promulga en nuestro país la Ley de Integración Social de los Minusválidos. En la década de los ochenta se venía celebrando el Año Internacional del Subnormal. Un vocablo, *subnormal*, con mucho arraigo en España, tal que en abril de 1965 se celebró en nuestro país, por primera vez, el Día del Subnormal, coincidiendo con el primer aniversario de la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales.

En definitiva, una terminología cuya evolución, tanto social como legislativa, propició vocablos como anormal, inútil, enfermo psiquiátrico, minusválido, deficiente o subnormal, que fueron usados en épocas pasadas para hacer referencia a muchas enfermedades mentales, cuyo uso ahora nos parece impensable por inapropiado y peyorativo, lo que demuestra que en el campo de la sensibilidad hemos avanzado conforme lo ha hecho también el uso del lenguaje. En la actualidad, se utiliza el término “discapacidad”, ya que es menos ambiguo y con muchas menos connotaciones despectivas que los anteriores citados. En dicho término están incluidas las discapacidades sensoriales y de la comu-

nicación, motrices, mentales y múltiples, entre otras. En 2013, se dictó la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. Una ley que refunde, aclara y armoniza en un único texto las principales leyes en materia de discapacidad. Junto a lo expuesto, también se ha hecho hincapié en avanzar en el campo de la lucha contra la estigmatización de las enfermedades mentales, de las personas que las padecen y su plena inclusión social.

Hasta el momento de la llegada de la pandemia se ponía mucho esfuerzo y voluntad en esta cuestión y a consecuencia del aumento de los problemas de salud mental y su generalización no hemos tenido más remedio que hablar de ello con más naturalidad y verlo como algo que también puede afectarle a uno mismo sin que se sea un marginado social. Ha escrito Jean Giraudoux que “el privilegio de los poderosos es poder ver las catástrofes desde su balcón”, pero en este caso hasta ni los más poderosos han logrado salir indemnes de la debacle. Pandemia, confinamiento, catástrofes naturales, fallecimientos y, ahora, como colofón, una guerra cruel y sus ineludibles y trágicas consecuencias. Con el añadido de la amenaza de una guerra nuclear. Es natural que los ciudadanos estemos temerosos, inseguros, oprimidos por la inquietud, nerviosos y excitables... En muchos casos, con serias dificultades para mantener relaciones personales o familiares, funcionar en entornos sociales, mantener el trabajo, aprender o participar en otras actividades importantes.

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión en la atención que los organismos nacionales, internacionales y las administraciones públicas venían prestando a la salud mental. Los condicionamientos sociales, personales, laborales o económicos que ha conllevado esta crisis sanitaria han supuesto un aumento de los problemas de ansiedad, depresión y estrés, tanto en población adulta como joven, ya sean hombres o mujeres, con el agravante del aumento de la demanda de asistencia sanitaria especializada en el marco de un sistema de salud mental muy poco considerado, infrafinanciado, con estructuras un tanto obsoletas, políticas de salud específicas poco desarrolladas y con escasez de personal especializado. Problemas endémicos que ahora lastran una atención adecuada.

Los profesionales sanitarios también han sufrido y padecen problemas de salud mental. Un colectivo especialmente afectado, tal y como ha quedado plasmado en el estudio MINDCOVID¹. En nuestro caso concreto, la pandemia ha tenido consecuencias muy graves para la salud mental de los y las enfermeras. Según el estudio *Radiografía de la situación profesional y emocional de la profesión enfermera*, publicado por el Consejo General de Enfermería, el 33 % reconoce haber sufrido depresión, el 59 % insomnio y el 68 % episodios graves de ansiedad.

Con todos los datos pospandémicos que se están obteniendo, la salud mental se ha colocado en la agenda política del Gobierno. La ministra de Sanidad, Carolina Darias, ha manifestado su compromiso de poner la salud mental en el epicentro de las políticas públicas. En este sentido, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de diciembre de 2021 aprobaba la actualización de la Estrategia de Salud Mental² para 2022-2026 mediante el desarrollo de 10 líneas estratégicas. El objetivo es “proporcionar una herramienta útil para la mejora de la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva exigente de derechos humanos, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social”.

Una de las iniciativas que ya se han puesto en marcha al amparo de esta nueva estrategia, y que tienen carácter coyuntural, ha sido el Plan de Acción Salud Mental y COVID-19 para el periodo 2022-2024. Por otro lado, en el seno del Gobierno se está debatiendo la promulgación de una Ley General de Salud Mental para garantizar el acceso a una atención sanitaria y social de calidad en este ámbito; una pretensión para la cual será necesaria, entre otras cuestiones,

Notas al pie

1. El proyecto MINDCOVID estudia los efectos de la pandemia en la salud mental de los pacientes con COVID-19, la población general y los profesionales sanitarios. Está financiado por el Fondo COVID del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y coordinado desde el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Biomédicas (IMIM).
2. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas aprobaron en el pleno del Consejo Interterritorial, celebrado el 11 de diciembre de 2006, la Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud. Tres años más tarde, en 2009, se realizó una segunda versión, y desde entonces se mantenía sin actualizar.

la incorporación de más psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros/as especialistas en salud mental, a fin de aumentar la ratio actual, muy deficitaria en estos momentos.

La Administración se está posicionando, ahora nos toca a los profesionales y a su organización colegial. Es por ello que lo que procede señalar es que hace treinta y tres años que la Enfermería española aprobó su Código Deontológico. Con unos planteamientos de fondo coincidentes con la situación, profesional y social, de la Enfermería dominante en aquellos tiempos, pero, si bien sus principios generales conservan su validez, dada la variabilidad en la asistencia sanitaria en este devenir, máxime en estos años de pandemia, así como los cambios producidos en la enfermería y en el contexto sociosanitario, sería deseable que dicho Código Deontológico fuera objeto de una profunda revisión y actualización para dar una respuesta adecuada a los nuevos desafíos que se le presentan a la profesión enfermera.

La revisión del Código no va dirigida a cambiar los principios éticos sino a lograr su adaptación ante los nuevos avances y retos científicos, sociales y sanitarios. Otros Códigos de ética enfermera, tanto de ámbito autonómico como internacionales, ya lo han hecho. La pandemia obliga, ahora más que nunca, no solo a esta actualización, sino, además, a introducir con la relevancia que se merece aquellos aspectos de la salud mental que tengan relación con el ejercicio profesional de las enfermeras/os y la prestación de cuidados en este campo. Además, no haber llevado acabo lo dicho hasta la fecha, se podría entender como que los aspectos éticos y deontológicos de la Enfermería, aunque se diga que tienen un carácter prioritario para la profesión, no son objeto de la debida atención.

Depresión y ansiedad durante COVID-19 en personal de salud atendido en centro de salud mental

Depression and anxiety during COVID-19 in healthcare professionals treated at a mental health center

Brenda Iliani Gudiño Muñoz, Alejandra Perales Ruíz, Alberto Juárez-Lira

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Contacto: Alberto Juárez-Lira, alberto.juarez@uaq.edu.mx

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2022 / Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2022

Resumen

Introducción: La depresión y la ansiedad son fenómenos comunes que se han exacerbado en situaciones como la del COVID-19, por lo que es importante su análisis en los trabajadores del área de la salud.

Objetivo: Analizar el nivel de depresión y ansiedad del personal de salud atendido en un Centro de Salud Mental Comunitario mexicano durante la pandemia por COVID-19.

Métodos: Estudio transversal, que consideró 106 registros con diagnóstico de depresión o ansiedad del periodo 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2020. Se comparó mediante tablas de contingencia las variables de interés con las pruebas estadísticas de ji-cuadrado y Kruskal-Wallis. Se empleó un modelo de regresión logística para estimar el riesgo de sufrir depresión severa y ansiedad alta respecto a otras combinaciones diagnósticas.

Resultados: El género predominante fue el femenino (77 %), con una edad promedio de 36 años. El 7 % de los individuos estudiados presentaron al mismo tiempo depresión severa y ansiedad alta, que, al analizarlo en un modelo predictivo, se concluye que el ser hombre tiene más probabilidades de sufrir esta combinación de padecimientos.

Discusión: Aunque el género parece desempeñar un papel, otros factores deben estar contribuyendo a la presencia de depresión y ansiedad en los trabajadores del área de la salud en Querétaro.

Conclusiones: La depresión severa y la ansiedad alta registrada en el Centro de Salud Mental de Querétaro, México se asocia consistentemente con el género masculino.

Palabras clave: ansiedad, depresión, personal sanitario, COVID-19.

Abstract

Introduction: Depression and anxiety are common phenomena that have been exacerbated in situations such as that of COVID-19, so their analysis in health workers is important.

Objective: To analyze the level of anxiety and depression of health personnel treated at a Mexican Community Mental Health Center during the COVID-19 pandemic.

Methods: Cross-sectional study, which considered 106 records with a diagnosis of depression or anxiety from the period January 01 to December 31, 2020. The variables of interest were compared using contingency tables with the statistical tests of Chi-square and Kruskal-Wallis. A logistic regression model was used to estimate the risk of severe depression and high anxiety compared to other diagnostic combinations.

Results: The predominant gender was female (77%) with an average age of 36 years. 7% of the individuals studied presented severe depression and high anxiety at the same time, which, when analyzed in a predictive model, concludes that being male is more likely to suffer from this combination of conditions.

Discussion: Although gender seems to play a role, other factors must be contributing to the presence of depression and anxiety in health workers in Querétaro.

Conclusions: Severe depression and high anxiety registered in the Mental Health Center of Querétaro, Mexico, are consistently associated with the male gender.

Keywords: anxiety, depression, healthcare professionals, COVID-19.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la depresión como una enfermedad “grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida”¹; por su parte, la ansiedad se conceptualiza como una “respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva [...] cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles”². La literatura internacional ha documentado la exposición más prolongada y directa al COVID-19, la creencia de estar infectado, exponerse con pacientes confirmados o padecer de comorbilidades previas³⁻⁷, como algunos de los factores que contribuyen de forma negativa en la salud mental del personal de salud; en contra parte, una mayor resiliencia, mejores estilos de afrontamiento, la actividad física y una mayor alfabetización en salud sugieren una mejor salud mental^{8,9}. Las prevalencias reportadas en trabajadores de la salud por depresión y ansiedad en el periodo de pandemia por COVID-19 tienen rangos que oscilan frecuencias del 11 % al 55 % para depresión y del 11 % al 53 % para ansiedad^{5,10-13}. Por su parte, algunas de las manifestaciones clínicas asociadas a la depresión y ansiedad reportadas en el personal de salud son dolor musculoesquelético, principalmente cervicalgia y lumbalgia¹⁴, cefalea¹⁵ y trastornos del sueño¹⁶.

Debido a que se han realizado pocos estudios que examinen el efecto del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en México, el objetivo de este artículo es analizar el nivel de depresión y ansiedad del personal de salud atendido en un Centro de Salud Mental Comunitario mexicano durante la pandemia de SARS-CoV-2 y que puedan servir como evidencia para la planificación de servicios preventivos de salud mental por parte de las autoridades sanitarias a cargo.

Métodos

Diseño

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, retrospectivo y transversal analítico, que utiliza las normas estándar de comunicación para estudios observacionales (STROBE)¹⁷.

Participantes y contexto

Se consideró como criterio de elegibilidad a todo paciente mayor de 18 años, registrado como trabajador del área de la salud y que acudió al Centro de Salud Mental Comunitario (CESAM) de la ciudad de Querétaro, México, en el periodo 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2020 por atención de condiciones que afectaran la salud mental durante el periodo de pandemia por COVID-19. No se calculó un tamaño de la muestra ya que se consideró analizar a todo el universo disponible.

Instrumentos y variables de interés

Las variables de interés fueron diagnósticos de depresión o ansiedad realizados por profesionales especializados del CESAM en el periodo referido; se tomaron en cuenta variables sociodemográficas que se muestran en la tabla 1, considerando además variables de caracterización que se registraron en los expedientes clínicos:

Para el diagnóstico de depresión los psicólogos y psiquiatras utilizan el instrumento BDI-II por Beck *et al.*, elaborado en 1961, compuesto por 21 ítems tipo Likert, con el que se detecta y evalúa la gravedad de la depresión.

Para la obtención de resultados se suma además la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total, lo que permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa. Para depresión ausente o mínima la puntuación es de 10.9 puntos; para depresión leve la puntuación media es de 18.7; para depresión moderada la puntuación media de 25.4; y en depresión grave es 30 puntos.

El instrumento utilizado por psicólogos y psiquiatras en CESAM para diagnosticar la ansiedad es el IDARE por Gorsuch *et al.* en 1970. El cuestionario consta de dos escalas separadas de autoevaluación tipo Likert, que va desde 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) a 4 (casi siempre) para medir ansiedad-rasgo y ansiedad-estado; las escalas se pueden aplicar por separado de acuerdo con lo que el profesional necesite evaluar. Las puntuaciones para ansiedad-estado se calculan con la siguiente fórmula $(A-B)+50$, dando una interpretación alta en puntuaciones mayores de 45, media en puntuaciones de 33 a 44, y baja en puntuaciones menores a 30; para ansiedad-rasgo se utiliza la fórmula $(A-B)+35$, dando una interpretación

alta en puntuaciones mayores de 45, media en puntuaciones de 33 a 44, y baja en puntuaciones menores a 30.

Para disminuir el error aleatorio se consideró estudiar a todo el universo, además de aceptar que no se

puede controlar el error sistemático por la propia naturaleza del diseño, por lo que se acepta la posibilidad de sesgo de supervivencia selectiva al no considerar a trabajadores del área de la salud con depresión o ansiedad que no acudieron al CESAM.

| Variables sociodemográficas | Indicadores |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Sexo | 1. Hombre |
| | 2. Mujer |
| Edad | 1. 21 a 30 años |
| | 2. 31 a 40 años |
| | 3. 41 a 50 años |
| | 4. 51 a 60 años |
| | 5. 61 a 70 años |
| Estado civil | 1. Soltero |
| | 2. Unión libre |
| | 3. Casado (a) |
| | 4. Divorciado (a) |
| | 5. Viudo (a) |
| Nivel de estudios | 1. Preparatoria o bachillerato |
| | 2. Universidad no graduado |
| | 3. Universidad graduado |
| | 4. Estudios de posgrado |
| | 5. Otros estudios |
| Horas de trabajo | 1. Menos de 8 |
| | 2. 8 |
| | 3. 9-16 |
| | 4. 24x48 |
| Profesional de primera línea | 1. Sí |
| | 2. No |
| Profesión | Profesión que desempeñen |
| Enfermedades y/o comorbilidades | Enfermedad que padecen |

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas

Procedimiento o recopilación de datos

El protocolo de investigación fue sometido a una evaluación por parte del Subcomité de Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Así mismo se solicitaron los permisos necesarios al Subcomité de bioética de la Facultad de Enfermería y a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, los cuales fueron aprobados.

Posteriormente, se solicitó la autorización de la Secretaría de Salud para poder realizar el presente estudio de investigación y obtener acceso a los expedientes del personal de salud que fue atendido en el centro de salud mental.

Por último, se explicaron los objetivos del estudio a las autoridades correspondientes, para proceder a recabar la información directamente del Centro de Salud Mental generando una base de datos con los resultados de los instrumentos aplicados durante la atención a los profesionales para ser analizados; dichas actividades se llevaron a cabo en las fechas y condiciones decretadas por la institución.

Análisis de datos

La población de estudio se conformó por un total de 106 trabajadores de la salud que fueron atendidos en CESAM, los cuales constituyen a todo el universo disponible. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se presentó media, error estándar e inter-

valos de confianza al 95 %; para las variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas. Se comparó mediante tablas de contingencia las variables interés con las pruebas estadísticas de ji-cuadrado y Kruskal-Wallis. Se empleó un modelo de regresión logística para estimar el riesgo de sufrir depresión severa y ansiedad alta respecto a otras combinaciones diagnósticas. El nivel de significancia estadística se determinó en 0.05. Todos los análisis se realizaron con el software estadístico IBM SPSS versión 26 (licencia universitaria).

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki; además, se considera una investigación sin riesgo (investigación documental retrospectiva), de acuerdo con el Reglamento

de la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud.

Resultados

Características de los participantes y datos descriptivos

En la tabla 2 se describen las características de las personas con diagnósticos de depresión y ansiedad atendidas en el CESAM en el periodo señalado. Se aprecia un predominio de pacientes del sexo femenino en una relación 4:1 respecto a los hombres, y con un promedio de edad de 36 años; una mayor proporción de solteros, aunque la mitad declara vivir con alguna pareja o esposo y más de la mitad no tiene hijos. Dos terceras partes se han graduado de la universidad; la mitad tiene jornadas laborales de 8 horas o más. No hay muchos antecede-

| Edad (años) | Media 35 ± SD 9.2 | |
|--|------------------------------|------------|
| | | Número (%) |
| Género | Hombre | 24 (22.6) |
| | Mujer | 82 (77.4) |
| Estado civil | Soltero/a | 43 (40.6) |
| | Casado/a | 36 (34.0) |
| | Unión libre | 19 (17.9) |
| | Divorciado/a | 6 (5.7) |
| | Viudo/a | 2 (1.9) |
| ¿Con quién vive? | Pareja o esposo/a | 53 (50.0) |
| | Abuelos o padres | 30 (28.3) |
| | Compañero/a de vivienda | 9 (8.5) |
| | Hijos | 8 (7.5) |
| | Solo/a | 6 (5.7) |
| Hijos | No tiene | 59 (55.7) |
| | 1-2 | 40 (37.7) |
| | 3-4 | 7 (6.6) |
| Nivel de estudios | Universidad no graduada | 10 (9.4) |
| | Universidad graduada | 60 (56.6) |
| | Posgrado | 34 (32.1) |
| | Otros/as | 2 (1.8) |
| Horas de trabajo al día | Menos de 8 horas | 24 (22.6) |
| | 8 horas | 27 (25.9) |
| | Más de 8 horas | 52 (49.0) |
| Padecimientos previos | Problemas de tiroides | 8 (7.5) |
| | Problemas gastrointestinales | 5 (4.7) |
| | Diabetes | 3 (2.8) |
| | Otros | 7 (6.5) |
| Trabajo de primera línea contra COVID-19 | Sí | 27 (25.5) |
| | No | 57 (53.8) |
| | Indirectamente | 22 (20.8) |
| Antecedente de muerte reciente en el entorno familiar | Sí | 66 (62.3) |
| | No | 32 (30.2) |

Tabla 2. Características basales de las personas con diagnósticos de depresión y ansiedad atendidos en el CESAM (n = 106)

dentes de enfermedades crónicas previas. Menos de la mitad trabaja con pacientes COVID-19 en primera línea, aunque 2 de cada 3 refieren algún antecedente reciente de muerte en su familia.

Se pudieron analizar los antecedentes históricos de diagnósticos psicológicos o psiquiátricos. De la totalidad de la muestra estudiada, el 34 % de los profesionales presentaron algún problema psicológico o psiquiátrico, el 30 % (32) del personal de salud refirió haber padecido depresión y/o ansiedad en el pasado; el 24 % trastorno mixto, es decir, depresión y ansiedad, un 10.8 % con trastorno de déficit de atención e hiperactividad y un 2.7 % con trastorno obsesivo-compulsivo. Ninguna de las categorías en estudio muestra una relación estadísticamente significativa.

La relación de depresión y ansiedad (tabla 3) muestra que la relación más frecuente es la depresión mínima con ansiedad media (31 %), seguida la depresión mínima con ansiedad baja (25 %). Llama la atención la proporción de personas (7 %) que padecen depresión severa y ansiedad alta, misma que se analizó a más detalle.

Datos de evolución, resultados principales y otros análisis

Se utilizó un modelo de regresión logística múltiple para analizar de forma multivariada las posibles variables predictoras para la combinación de depresión severa y ansiedad alta. En primer lugar, se obtiene un análisis bivariado (tabla 4) del conjunto de variables en estudio, para determinar las asociaciones iniciales.

| | | Ansiedad | | | Total |
|-----------|----------|----------|-------|------|-------|
| | | Baja | Media | Alta | |
| Depresión | Mínima | 27 | 33 | 5 | 65 |
| | Leve | 1 | 11 | 7 | 19 |
| | Moderada | 0 | 1 | 13 | 14 |
| | Severa | 0 | 0 | 8 | 8 |
| Total | | 28 | 45 | 33 | 106 |

(Kruskal-Wallis, $p < 0.001$)

Tabla 3. Relación en depresión y ansiedad de los pacientes atendidos en el CESAM

| | Puntuación | gl | p-valor. |
|---|------------|----|----------|
| Género: Mujer | 13.353 | 1 | 0.000 |
| Edad | 4.590 | 1 | 0.032 |
| Con quién vive: Pareja/Hijos o hijas | 3.653 | 1 | 0.056 |
| Hijos: Sí | 3.645 | 1 | 0.056 |
| Horas de trabajo al día: Más de 8 horas | 0.501 | 1 | 0.479 |
| Padecimientos previos: Sí | 0.448 | 1 | 0.503 |
| Trabaja con pacientes COVID: Sí | 0.872 | 1 | 0.350 |
| Antecedente de muerte familiar: Sí | 2.187 | 1 | 0.139 |
| Nivel de estudios: No estar graduado | 5.815 | 1 | 0.016 |

(gl: grados de libertad)

Tabla 4. Análisis bivariado del conjunto de variables

Solo el sexo mujer, la edad y un nivel de estudios sin estar graduado parecen influir para la combinación de depresión severa y ansiedad alta. En segundo lugar, se procede a elaborar un modelo predictivo solo con las variables señaladas; para la prueba de ji-cuadrado en pruebas ómnibus de coeficientes de modelo en el paso se obtuvo un valor de 26.971, gl 9 y una significancia de 0.001. En el resumen del modelo con respecto al logaritmo de la verosimilitud -2 se obtuvo un valor de 29.596, R cuadrado de Cox y Snell un valor de 0.227, R cuadrado de Nagelkerke con 0.544. Mientras que en prueba de Hosmer-Lemeshow ji-cuadrado 1.679, gl 7 y significancia de 0.975.

Con la prueba del logaritmo del cociente de verosimilitudes, el modelo completo es significativo ($p=0.001$). Solo el género muestra resultados estadísticamente significativos, interpretándose que el ser mujer da menos probabilidades para sufrir depresión severa y ansiedad alta. La capacidad predictiva de este modelo es del alrededor del 22.7%.

Discusión

En este trabajo se presentan los hallazgos de un análisis en los niveles de depresión y ansiedad del personal de salud atendido en un centro de salud mental. En general, los participantes del género masculino presentaron mayor asociación en depresión y ansiedad alta en concordancia con los resultados de Alnazly de literatura internacional¹⁸; aunque también existe evidencia que señala a las mujeres tener dos veces más probabilidades de tener depresión y ansiedad que los hombres o que las enfermeras tienen dos veces más probabilidades de tener ansiedad que los y las médicas¹⁹; sin embargo, estos reportes se centran en la proporción general estimada de los padecimientos. Aunque el género parece desempeñar un papel, otros factores pueden contribuir en las poblaciones por lo que se deben estudiarse más a fondo²⁰.

En nuestro estudio encontramos que la mitad del personal de salud trabaja turnos laborales de más de 8 horas al día, lo que ha sido asociado a cifras más altas de depresión y ansiedad, probablemente por la mayor carga de trabajo²¹.

Trabajar en primera línea con pacientes de COVID-19 ha sido reportado como factor de riesgo para depresión o ansiedad del personal de salud²² y en nuestra población analizada 1 de cada 4 referían este factor; asimismo, trabajar con pacientes sospechosos de

COVID-19 se asocia con mayor depresión en personal de salud²³ que pudiera interpretarse como trabajo indirecto, que en nuestro estudio fue del 20%.

Aunque se ha reportado que la edad joven se relaciona con niveles más altos de depresión y ansiedad²⁴, en este estudio no fue posible determinar alguna relación.

Por otra parte, a pesar de que se describe que la salud mental del público en general tiende a deteriorarse, mientras que los trabajadores de la salud tienden a mejorar después del pico de la epidemia²⁵, es necesario brindar estrategias integrales de apoyo para reducir el impacto psicológico del COVID-19 entre los trabajadores del área de la salud²⁶. Al respecto, nos parece interesante un programa de bajo presupuesto basado en llamadas telefónicas orientadas a la empatía y realizado por personas no especializadas que se reporta redujo la depresión y la ansiedad en comparación con un grupo de control, mejorando la salud mental general en 4 semanas²⁷.

La depresión y la ansiedad son fenómenos comunes en el personal de salud, aunque pueden existir exacerbaciones de estos padecimientos dentro del contexto de una pandemia por COVID-19. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de los profesionales no buscarían ayuda por problemas psicológicos, por lo que se debe prestar mayor atención a la salud mental del personal de salud²⁸. Se debe comunicar estos hallazgos para un conocimiento más contextualizado del fenómeno, por lo que estos resultados deben contrastarse con los datos de otros centros especializados en salud mental.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio transversal fue capaz de mostrar diferencias por género en la presencia de depresión severa y ansiedad alta en el personal de salud atendido en el Centro de Salud Mental (CESAM) de la ciudad de Querétaro, México. La principal fortaleza del estudio fue analizar los registros específicos de depresión y ansiedad atendidos por expertos en salud mental, aunque esto tiene la limitación de no poder controlar otros factores que pueden influir en los resultados; otra limitación es la falta de información de otras variables que pudieran influir en los resultados. Podemos señalar sesgos de información por no poder controlar las mediciones que el personal del CESAM registra de los pacientes debido a las múltiples dificultades que

involucra un aseguramiento en los controles de calidad de las mediciones. Las diferencias obtenidas podrían deberse en parte a la dificultad de utilizar medidas controladas en escenarios de atención de pacientes.

Por otra parte, no se pudo analizar información descrita como factor de riesgo a depresión y ansiedad, como los puestos de trabajo, turnos laborales, bajos ingresos económicos, etc.²⁹, ni tampoco información descrita como factores protectores: menor autoinculpación, rumiación, catastrofismo, así como una mayor aceptación y reenfoque positivo³⁰.

Conclusiones

La depresión severa y la ansiedad alta registrada en el Centro de Salud Mental (CESAM) de Querétaro, México, se asocia consistentemente con el género masculino, por lo que se quiere continuar analizando el fenómeno a nivel local. Esta investigación sirve como evidencia para la planificación de servicios preventivos de salud mental por parte de las autoridades sanitarias a cargo. Se recomienda realizar más estudios de acuerdo a la evolución de la pandemia. Además, se deben comunicar los hallazgos encontrados para obtener más conocimiento del fenómeno y contrastarse con datos de otros centros de salud mental.

Se sugiere realizar intervenciones en los centros hospitalarios como son folletos, infografías, trípticos de manera informativa sobre la importancia del cuidado de la salud mental, así como implementar atención psicológica.

También se sugiere promover el apoyo entre compañeros de trabajo a través de la creación de grupos de ayuda que contribuyan a amortiguar los daños a la salud mental. Asimismo, motivar a la realización de actividades de activación y motivación mediante ejercicios que brinden seguridad, confianza y desafíos con la finalidad de que mantengan su mente ocupada para otorgarles mejor control emocional.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Depresión. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Kuaik, I. D., & Iglesia, G. de la. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Marijanović, I., Kraljević, M., Buhovac, T., Cerić, T., Mekić Abazović, A., Alidžanović, J., Gojković, Z., & Sokolović, E. (2021). Use of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) Questionnaire to Assess Levels of Depression, Anxiety, and Stress in Healthcare and Administrative Staff in 5 Oncology Institutions in Bosnia and Herzegovina During the 2020 COVID-19 Pandemic. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 27, e930812. <https://doi.org/10.12659/MSM.930812>
- Elugbadebo, O. O., & Baiyewu, O. (2022). Mild anxiety and depression disorders: Unusual reactions to COVID-19 lockdown in caregivers of older adults attending a psychogeriatric clinic in Southwest Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 29(1), 13-19. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_708_21
- Quintana-Domeque, C., Lee, I., Zhang, A., Proto, E., Battisti, M., & Ho, A. (2021). Anxiety and depression among medical doctors in Catalonia, Italy, and the UK during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, 16(11), e0259213. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259213>
- Nayak, B. S., Sahu, P. K., Ramsaroop, K., Maharaj, S., Mootoo, W., Khan, S., & Extravour, R. M. (2021). Prevalence and factors associated with depression, anxiety and stress among healthcare workers of Trinidad and Tobago during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(4), e044397. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044397>
- Burstyn, I., & Holt, K. (2022). A Cross-Sectional Survey of the Workplace Factors Contributing to Symptoms of Anxiety and Depression Among Nurses and Physicians During the First Wave of COVID-19 Pandemic in Two US Healthcare Systems. *Annals of Work Exposures and Health*, 66(3), 312-333. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxab085>
- Pang, Y., Fang, H., Li, L., Chen, M., Chen, Y., & Chen, M. (2021). Predictive factors of anxiety and depression among nurses fighting coronavirus disease 2019 in China. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 524-532. <https://doi.org/10.1111/inm.12817>
- Tran, T. V., Nguyen, H. C., Pham, L. V., Nguyen, M. H., Nguyen, H. C., Ha, T. H., Phan, D. T., Dao, H. K., Nguyen, P. B., Trinh, M. V., Do, T. V., Nguyen, H. Q., Nguyen, T. T. P., Nguyen, N. P. T., Tran, C. Q., Tran, K. V., Duong, T. T., Pham, H. X., Nguyen, L. V., ... Duong, T. V. (2020). Impacts and interactions of COVID-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(12), e041394. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041394>
- İlhan, B., & Küpeli, İ. (2022). Secondary traumatic stress, anxiety, and depression among emergency healthcare workers in the middle of the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 52, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.051>
- Bryant-Genevier, J., Rao, C. Y., Lopes-Cardozo, B., Kone, A., Rose, C., Thomas, I., Orquiola, D., Lynfield, R., Shah, D., Freeman, L., Becker, S., Williams, A., Gould, D. W., Tiesman, H., Lloyd, G., Hill, L., & Byrkit, R. (2021). Symptoms of Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, and Suicidal Ideation Among State, Tribal, Local, and Territorial Public Health Workers During the COVID-19 Pandemic—United States, March–April 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(48), 1680-1685. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7048a6>
- Appel, A. P., Carvalho, A. R. da S., & Santos, R. P. D. (2021). Prevalence and factors associated with anxiety, depression and stress in a COVID-19 nursing team. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 42(spe), e20200403. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>
- Zhang, X.-B., Xiao, W., Lei, J., Li, M.-X., Wang, X., Hong, Y.-J., Xu, P., & Sun, J. (2021). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms among the first-line medical staff in Wuhan mobile cabin hospital during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional survey. *Medicine*, 100(21), e25945. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025945>
- Arca, M., Dönmezdil, S., & Durmaz, E. D. (2021). The effect of the COVID-19 Pandemic on anxiety, depression, and musculoskeletal system complaints in healthcare workers. *Work (Reading,*

- Mass.), 69(1), 47-54. <https://doi.org/10.3233/WOR-205014>
15. Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559-565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
16. Gupta, B., Sharma, V., Kumar, N., & Mahajan, A. (2020). Anxiety and Sleep Disturbances Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Online Survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(4), e24206. <https://doi.org/10.2196/24206>
17. von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7624), 806-808. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
18. Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PloS One*, 16(3), e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
19. Pandey, A., Sharma, C., Chapagain, R. H., Devkota, N., Ranabhat, K., Pant, S., & Adhikari, K. (2021). Stress, Anxiety, Depression and Their Associated Factors among Health Care Workers During COVID -19 Pandemic in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 18(4), 655-660. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i4.3190>
20. Hammond, N. E., Crowe, L., Abbenbroek, B., Elliott, R., Tian, D. H., Donaldson, L. H., Fitzgerald, E., Flower, O., Grattan, S., Harris, R., Sayers, L., & Delaney, A. (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 34(2), 146-154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.004>
21. Appiani, F. J., Rodríguez Cairoli, F., Sarotto, L., Yaryour, C., Basile, M. E., & Duarte, J. M. (2021). Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 119(5), 317-324. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317>
22. Wang, X., Tao, J., Zhu, Q., Wu, X., Li, T., Zhao, C., Yang, W., Wang, X., Zhang, J., & Guan, N. (2021). Depression and anxiety symptoms to COVID-19 outbreak among the public, medical staff and patients during the initial phase of the pandemic: An online questionnaire survey by a WeChat Mini Program. *BMJ Open*, 11(6), e046350. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046350>
23. Doo, E.-Y., Kim, M., Lee, S., Lee, S. Y., & Lee, K. Y. (2021). Influence of anxiety and resilience on depression among hospital nurses: A comparison of nurses working with confirmed and suspected patients in the COVID-19 and non-COVID-19 units. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1990-2000. <https://doi.org/10.1111/jocn.15752>
24. Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory Medicine*, 176, 106219. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219>
25. Deng, Y., Chen, Y., & Zhang, B. (2021). Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 56, 102547. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102547>
26. Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>
27. Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. R., & Tomlinson, S. (2021). Effect of Layperson-Delivered, Empathy-Focused Program of Telephone Calls on Loneliness, Depression, and Anxiety Among Adults During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 616-622. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113>
28. Weibelzahl, S., Reiter, J., & Duden, G. (2021). Depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Epidemiology and Infection*, 149, e46. <https://doi.org/10.1017/S0950268821000303>
29. Liang, M., Chen, Q., Li, Y., Fan, X., Wang, Q., Wang, J., He, L., Li, X., Tao, H., Xie, L., & Nie, H. (2021). Status quo and influencing factors for anxiety, depression, and insomnia among 4 237 nurses in Hunan Province. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban = Journal of Central South University. Medical Sciences*, 46(8), 822-830. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2021.210212>
30. Wang, Q., Fang, Y., Huang, H., Lv, W., Wang, X., Yang, T.-T., Yuan, J.-M., Gao, Y., Qian, R.-L., & Zhang, Y.-H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>

Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una unidad de media estancia: estudio cualitativo

Nursing perception about the needs and recovery of people admitted to a medium stay unit: A qualitative study

Miriam Aragonés Calleja^{1,2}, Vanessa Sánchez Martínez²

1. Unidad de Media Estancia, Hospital Padre Jofre, Valencia, España.

2. Departament d'Infermeria. Universitat de València. Valencia, España.

Contacto: Miriam Aragonés Calleja, aragones_mir@gva.es

Fecha de recepción: 14 de julio de 2022 / Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2022

Resumen

Introducción: La atención orientada a la recuperación es un enfoque centrado en la persona que aboga por que las personas usuarias participen en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud mental. Como punto de partida, es necesario conocer la visión profesional de las necesidades de las personas atendidas en una unidad de hospitalización de media estancia (UME) para poder orientar los cuidados hacia su recuperación.

Objetivos principales: Explorar desde la perspectiva fenomenológica las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas con trastorno mental ingresadas en una UME, así como el rol enfermero en este proceso.

Metodología: Estudio cualitativo desarrollado en una UME de salud mental a través de entrevistas semiestructuradas individuales realizadas entre marzo y diciembre de 2020. El análisis fue llevado a cabo con la técnica de análisis de contenido en varias etapas consecutivas y con el soporte de ATLAS.ti.

Resultados: Se realizaron 28 entrevistas. Del análisis cualitativo surgieron tres temas principales: necesidades percibidas, recuperación en la unidad y papel de la familia en la recuperación. Las necesidades de las personas usuarias se agruparon en tres subtemas: sociales, de autocuidado y emocionales. La recuperación se distribuyó en cuatro subtemas: los factores favorecedores y las barreras a la recuperación de las personas ingresadas, la contribución enfermera en el proceso y la percepción de mejoría clínica. Por último, surgió como tema emergente el papel de la familia en la recuperación, como entorpecedora o facilitadora del proceso.

Conclusión: Las participantes describieron como relevantes las necesidades emocionales de las personas atendidas y que su contribución a la recuperación se basaba en responder a ellas a través de sus cuidados. Destacó como limitación para la atención orientada a la recuperación que ninguna participante mencionó la toma de decisiones compartida como una necesidad.

Palabras clave: percepción, necesidades, recuperación, salud mental.

Abstract

Introduction: Recovery-oriented care is a person-centered approach that advocates for users to participate in their own mental health care decisions. As a starting point, it is necessary to know the professional view on the needs of people cared for at a medium-stay hospitalization unit (MSHU) in order to orientate care towards their recovery.

Main objectives: To explore from a phenomenological perspective the perceptions of nursing professionals about the individual needs and possibilities of recovery of people with mental disorders admitted to an MSHU, as well as the nursing role in this process.

Methodology: Qualitative study developed in a Mental Health MSHU through semi-structured individual interviews conducted between March and December 2020. The analysis was carried out using the content analysis technique in several consecutive stages and supported by ATLAS.ti.

Results: 28 interviews were conducted. Three main themes emerged from the qualitative analysis: perceived needs, recovery in the unit and the family's role in recovery. Users' needs were grouped into three subthemes: social, self-care and emotional. Recovery was divided into four sub-themes: favouring factors and barriers to recovery for hospitalized people, the nursing staff's contribution to the process, and the perception of clinical improvement. Finally, the role of

the family in recovery was an emerging theme, as a hinderer or facilitator of the process.

Conclusion: The participants described as relevant the emotional needs of the people cared for and that their contribution to recovery was based on responding to them through their care. It stood out as a limitation to recovery-oriented care that no participant mentioned shared decision-making as a need.

Keywords: perception, needs, recovery, mental health.

Introducción

La atención orientada a la recuperación ha ganado credibilidad en los últimos años como un modelo centrado en la persona que considera todos los aspectos de su vida. Es un modelo optimista en el que la persona con un problema de salud mental no necesita estar “curada” completamente para llevar a cabo una vida productiva, plena y significativa¹. Este enfoque centrado en la persona sugiere que las personas usuarias sean escuchadas, informadas, respetadas e involucradas en su propia atención, cambiando así el equilibrio de autoridad y responsabilidad dentro de la relación profesional-persona usuaria e incorporando la toma de decisiones compartidas².

Las personas usuarias son cada vez más reconocidas como tomadoras de decisiones clave en el cuidado de la salud mental³; ahora bien, algunos profesionales siguen considerando que la toma de decisiones por su parte no es relevante para el proceso de recuperación y contribuyen a la aplicación de la coerción como práctica habitual⁴. El derecho de la persona usuaria a tomar decisiones con respecto a su propia salud mental debe ser reforzado y fomentado por el personal involucrado, teniendo siempre en cuenta su opinión y protegiendo su autonomía^{5,6}.

Dicha participación en sus cuidados y elección compartida de su tratamiento, se asocia con mayor adherencia farmacológica y mejores resultados como los reportados por Priebe *et al.*, los cuales, ya en el año 2010⁷, documentaron que las opiniones de las personas ingresadas involuntariamente sobre el tratamiento dentro de la primera semana de ingreso eran un indicador relevante para su pronóstico a largo plazo. Pero, actualmente, hay que seguir trabajando para crear verdaderamente un sistema de salud mental orientado a la recuperación⁸.

Los problemas de salud mental graves y crónicos plantean desafíos considerables para la atención en los recursos de salud mental, y es que estas personas tienen múltiples necesidades que a menudo no se abordan. Las tendencias actuales hacia la toma de

decisiones compartida en el cuidado de las personas con trastorno mental grave (TMG) hacen imperativo identificar sus necesidades, incluso aquellas que no están satisfechas, ya que representan una combinación de problemas de salud, instrumentales y sociales que determinan el curso y el resultado del propio trastorno⁹. Además, estos problemas de salud mental tienen un efecto profundo no solo en la vida de la persona que los experimenta, sino también en quienes están cerca de ellos. Los y las cuidadoras, familiares y amistades a menudo brindan la mayor parte del apoyo que recibe la persona y pueden tener un papel fundamental en la promoción de la recuperación y la facilitación de la inclusión social¹⁰.

Son escasos los estudios científicos que abordan de manera directa las necesidades reales que tiene una persona cuando ingresa en una unidad de salud mental, así como las necesidades percibidas o detectadas por los y las profesionales y las intervenciones de enfermería para alcanzar la recuperación. Por todo ello, este estudio tuvo dos objetivos principales: explorar las percepciones de los y las profesionales de enfermería sobre las necesidades individuales y recuperación de personas ingresadas con un trastorno mental y examinar cómo los y las profesionales pueden contribuir a la recuperación de las personas en base a sus necesidades.

Metodología

Diseño

Este es un estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas ingresadas en una unidad de hospitalización de media estancia (UME) de salud mental que utiliza un enfoque o diseño fenomenológico¹¹ a través de entrevistas semiestructuradas individuales.

Participantes y ámbito de estudio.

La población a estudio fue el personal de enfermería de la UME del Hospital Padre Jofre de Valencia,

España, por lo que se trata de un muestreo intencional o de conveniencia a partir del total de 36 componentes del equipo de enfermería. Participaron 28 (77.77%), de las que 27 eran mujeres. Trece eran enfermeras/os, y quince, técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). La edad media era 51.53 ± 9.58 con un rango de 23 a 64 años. En cuanto a la antigüedad profesional en la unidad, la media se correspondió con $6.47 \text{ años} \pm 5.33$ y con un rango entre seis meses hasta 15 años de antigüedad, momento en que se inauguró el hospital. Los criterios de inclusión eran: personal enfermero que llevara trabajando en la UME al menos 6 meses; participación voluntaria en el estudio; personas con capacidad de comunicarse de forma competente en castellano o valenciano; comprensión del estudio y firma de consentimiento informado. No se establecieron criterios de exclusión.

Recogida de datos

Cada profesional cumplimentó de manera independiente un cuestionario de datos sociodemográficos codificado con un número de identificación y vinculado con su respectiva entrevista para anonimizar los datos. Todas las entrevistas contaban con un guion temático, diseñado y discutido con anterioridad por ambas autoras y fueron grabadas en audio. Además, a todo el que decidió participar se le proporcionó la hoja de información al participante y consentimiento informado. El ambiente escogido para la recolección de datos fueron dos salas disponibles en la unidad que cumplían con los estándares de realización de entrevistas¹², salas con los menores estímulos externos posibles (ruido, temperatura), sin la presencia de terceras personas y salas que invitaran a la confianza. La actitud de la entrevistadora fue asertiva, respetuosa y abierta, favoreciendo en todo momento la comunicación. Todas las entrevistas duraron entre 25 y 45 minutos, incluyendo la presentación inicial, el cuerpo de la entrevista y el cierre. La primera entrevista fue realizada el 10 de marzo de 2020 y la última el 23 de diciembre de 2020.

Análisis de datos

El análisis fue llevado a cabo a través de la técnica de análisis de contenido¹³ y con el soporte del programa informático ATLAS.ti. Primero, de manera independiente por ambas autoras, y segundo, a través de discusión y consenso en varias reuniones de equipo, se analizó la información y se agrupó en códigos

para detectar los principales temas, subtemas y categorías.

Ética

El estudio se realizó de acuerdo a los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano como consta en la Declaración de Helsinki¹⁴ y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Médica del Hospital Doctor Peset (CEIm:127/19). En todo momento se informó al y a las participantes de que su colaboración era completamente voluntaria y que toda la información sería tratada de manera confidencial anonimizando los registros, siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Resultados

Se analizaron en profundidad las unidades de significado que respondían directamente a los objetivos principales del estudio, surgiendo 35 códigos, 9 subtemas y 3 temas principales: necesidades percibidas, recuperación en la unidad y papel de la familia en la recuperación (ver tabla 1 y tabla 2).

Necesidades percibidas

Las necesidades detectadas se agruparon en tres esferas: necesidades sociales, de autocuidado y emocionales. Como necesidades sociales, la más repetida fue la necesidad que tienen las personas usuarias de adquirir autonomía para lograr el mayor grado de independencia posible, seguida de la necesidad de reinserción social.

P15: ... que cuando salgan de aquí sean personas totalmente autónomas y que puedan desarrollar un trabajo, unos estudios o lo que estuviera haciendo, es mi opinión.

P25: Yo pienso que es volverlos a reeducar para que ellos puedan ser independientes en su vida. Todo ello lleva lo que haya que reforzar según qué paciente, pero, más que nada, es habilitarlos a las tareas cotidianas para que puedan estar incorporados en una vida social normal. Que puedan vivir ellos sin el estigma de "paciente mental". Que se defiendan, que perfectamente pueda estar un enfermo en su casa siendo un enfermo mental.

| TEMA | SUBTEMA | CÓDIGO |
|--|----------------------------|---|
| Necesidades percibidas | Necesidades sociales | Adquisición de autonomía/independencia |
| | | Reinserción en la sociedad |
| | | Apoyo familiar |
| | | Ayuda/atención en general |
| | | Seguimiento tras el alta |
| | Necesidades de autocuidado | Nuevo recurso, ayuda económica |
| | | Refuerzo de ABVD, rutinas y horarios |
| | | Fomento AIVD |
| | | Control de la medicación |
| | Necesidades emocionales | Conciencia de trastorno |
| | | Cariño y cercanía |
| | | Comprensión |
| | | Orientación en la vida |
| | | Escucha activa |
| | | Refuerzo de la autoestima |
| Recuperación en la unidad | Percepción de mejora | Sí mejoran |
| | | Unos mejoran y otros no |
| | | No mejoran |
| | Causas de la mejoría | La conciencia de trastorno es clave para la mejoría |
| | | La persona usuaria que tiene interés y voluntad mejora |
| | | Contribuciones psiquiatra y medicación |
| | | Cuidados de enfermería |
| | | Cuando están estables se trabaja mejor |
| | Causas de la no mejoría | A mayor tiempo de ingreso, menor recuperación |
| | | Cuando vuelven a su contexto social vuelven a empeorar |
| | | Circunstancias personales |
| | Contribución enfermera | Cuidados que responden a las necesidades de las personas usuarias |
| Atención continuada 24 horas/día. | | |
| Papel de la familia en la recuperación | Facilitadora del proceso | La familia aporta protección/ayuda |
| | | La familia es un elemento clave para la recuperación o no de la persona usuaria |
| | | La familia también necesita formación para el manejo |
| | Entorpecedora del proceso | La familia abusa o se aprovecha de la persona usuaria |
| | | Falta de límites por parte de la familia |
| | | La familia es la causante de la enfermedad o del empeoramiento |

ABVD: actividades básicas de la vida diaria. / AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 1. Temas, subtemas y códigos.

| TEMA/SUBTEMA | DEFINICIÓN |
|---|---|
| Necesidades percibidas | Carencias detectadas al ingreso por el equipo de enfermería necesarias para un bienestar holístico |
| Necesidades sociales | Relacionadas con el desarrollo de una vida social óptima |
| Necesidades de autocuidado | Vinculadas a la implicación de la persona en el cuidado de su propia salud |
| Necesidades emocionales | Asociadas al intercambio afectivo con otras personas y la percepción de sí misma |
| Recuperación en la unidad | Visión de las profesionales sobre el proceso de recuperación durante el ingreso |
| Percepción de mejora | Valoración de la evolución de las personas tras el ingreso |
| Causas de mejoría | Factores favorecedores del proceso de recuperación de la persona |
| Causas de no mejoría | Factores entorpecedores del proceso de recuperación de la persona |
| Contribución enfermera | Aportaciones del equipo de enfermería al proceso de recuperación |
| Papel de la familia en la recuperación | Rol de la familia o cuidador/a principal de la persona en su proceso de recuperación |
| Facilitadora del proceso | Familia o cuidador/a fuente de apoyo y soporte oportuno durante la recuperación de la |
| Entorpecedora del proceso | Familia o cuidador/a limitadora de la recuperación de la persona |

Tabla 2. Definición temas y subtemas.

A nivel de autocuidado, casi la totalidad de participantes hicieron hincapié en la importancia de adquirir o recuperar unos hábitos, rutinas, horarios, reforzar las actividades básicas de la vida diaria y tener un control de la medicación.

P5: *Reforzar las rutinas, reforzar los hábitos básicos que muchas veces en casa los pierden, bueno los dejan... Y reforzar esas cosas también, las rutinas, los horarios, las comidas, los horarios de comida...*

P13: *Aparte de la parte farmacológica que necesitan, que no solo el cariño les va a curar.*

P22: *Pues yo creo que al final necesitan llegar aquí y tener una rutina, por ejemplo, en algunos casos socializar y sentirse apoyados por el resto de compañeros, de profesionales..., sentirse parte de un grupo, y, sobre todo, pues eso... las rutinas, recuperar hábitos. Y, al final rehabilitarse en todos los aspectos, o de medicación, que igual han ingresado aquí porque han tenido un brote o lo que sea, por falta de rutina con la medicación o con los hábitos, eso es lo que yo pienso.*

Por último, las necesidades emocionales fueron las más citadas, las profesionales afirmaban que las personas usuarias necesitan cariño, cercanía y mucha comprensión.

P12: *Pues mira, aunque no lo creas, cariño, mucho cariño, y ante todo también el entenderlos ¿vale? Y el entender nosotros la enfermedad que ellos tienen, ya no ellos, sino nosotros. Si nosotros no entendemos lo que a ellos les pasa, no sabemos trabajar con ellos... Pero sobre todo cariño. Hay mucha gente que tiene falta de cariño. Si que es verdad que hay otra gente que tiene mucho apoyo de la familia, pero hay otros que no.*

P6: *... la comprensión, porque ellos necesitan mucho hablar contigo, necesitan mucho expresarse, contarte sus problemas y entonces muchas veces los tienes que comprender, aunque es muy difícil ponerse en su situación. Eso, mucha comprensión, para poder entenderlos cuando te hablen, cuando te cuenten y bueno, saber ponerte muchas veces en su situación para poderlos entender, aunque es un poco complicado y no todo el mundo sabe hacerlo, pero bueno.*

Recuperación en la unidad

Otra de las preguntas abordaba la percepción de mejora que tenían las profesionales tras el ingreso de las personas usuarias en la UME, y hubo tres niveles de respuesta diferentes. La gran mayoría se posicionaban en que sí mejoran, otros en que unos sí y otros no, y solo cinco profesionales tuvieron la percepción clara de que no mejoran.

P10: *... un porcentaje muy grande sí mejoran, incluso después de irse nos llaman para ver cómo estamos, o vienen a vernos, o te ven por la calle y te paran. Yo creo que entre un 80-85 %, vamos a ser realistas, les gusta pasar por aquí.*

P7: *Hay muchos que mejoran y otros que no...*

P4: *Yo veo que no mejoran, a lo mejor de un mogo llón una sí, pero la mayoría no. Se van igual que han venido o peor.*

Las causas principales de mejoría identificadas fueron la conciencia de trastorno previa al ingreso, la voluntad de las personas usuarias, la medicación y los cuidados del personal de enfermería.

P21: *... aquí juega un papel muy grande el saber que tienes una enfermedad y ser consecuente con ella, y la medicación, el tener una buena adherencia, claro...*

P20: *... el que no se implica ni tiene interés, por mucho que le hagas, pues no consigues nada, consigues bien poquito. Pero el que... ya no es que tenga interés, sino que tú despiertes en él un poquito de interés, yo creo que esa persona sí que tiende a beneficiarse.*

P27: *También hay gente que aprovecha el recurso y otro tipo de gente que no aprovecha el recurso. Y después, pues también la evolución de cómo ellos lleven la enfermedad, pues se puedan beneficiar o ya se queda una cosa más cronificada y no...*

P10: *Los cuidados de enfermería son importantísimos. Vamos a ver, la medicación... Pues en este tipo de enfermedad... medicación, tienen que tomar medicación, pero aquí la enfermería es fundamental...*

Por el contrario, la no mejoría se atribuyó al tiempo de ingreso (a mayor tiempo de ingreso, menor recuperación), al retorno o contacto de nuevo con su contexto social y a las circunstancias personales.

P12: *Sí que es verdad que cuanto más tiempo están aquí es peor para ellos.*

P11: *Hay personas que yo creo que no se pueden trabajar, no se pueden reinsertar o rehabilitar, por lo que sea, por la estructura familiar, por todo, por sus circunstancias personales o por su capacidad cognitiva que está más dañada, no sé.*

Para finalizar, el último subtema abordó las contribuciones de enfermería que favorecen o apoyan la recuperación de las personas usuarias dentro de la unidad. Por un lado, diez participantes afirmaron que los cuidados del equipo de enfermería respondían a las necesidades detectadas y ello ayudaba a la recuperación o mejoría; y, por otro lado, varios profesionales resaltaron que el personal de enfermería ofrece una atención continuada 24 horas al día que otros profesionales no pueden proporcionar.

P5: *Yo creo que todas estas necesidades se atienden, sobre todo, lo que es por nuestra parte la rutina de las mañanas, el levantarse, el desayuno, la ducha, que se hagan la cama, que se arreglen la habitación; yo creo que sí se cumple. Y en el ámbito emocional también se cumple bastante, aunque hay gente que se deja ayudar más en ese aspecto que otros, porque hay gente más cerrada, pero al final, si estás cerca de ellos, se acaban abriendo.*

P22: *Ya no solo a nivel de medicación y de talleres y demás, sino que se intenta ir un poquito detrás del paciente, a los que les hace falta... ummm... no sé... Yo creo que sí, enfermería intenta cubrir estas necesidades y ayudar en lo posible, como si puede dar algún tipo de consejo de hábitos o de algo...*

P10: *... porque te repito, 24 horas al día, todos los días y somos sus ojos, sus oídos y todo, porque ellos no se miran y no se oyen. Y, aparte, que la filosofía de la enfermería son los cuidados y ayudar, acompañar, según los modelos.*

P16: *Yo creo que enfermería, no voy a decir que somos los que más aportamos, pero 24 horas dan mucho de sí para conocerlos y para nosotros cono-*

cer cómo tenemos que hacer para acceder a ellos, eso es fundamental. Para mí, sin enfermería...

P24: *Creo que aquí la pieza más importante para ellos somos nosotros, a pesar de... Claro, la medicación es importante, el psiquiatra es importante, pero con nosotros pasan la mayoría del tiempo, entonces estamos... O sea, pasan el día y entonces es con nosotros con quien más cercanos son y yo creo que les podemos ayudar mucho.*

Papel de la familia en la recuperación

Para acabar, la familia se percibió bien como facilitadora del proceso de recuperación aportando protección o ayuda, o como entorpecedora del proceso, abusando o aprovechándose de la persona.

P7: *Con muchos pacientes, tenemos la gran suerte de que los padres ayudan mucho... Normalmente la familia es la que da la protección...*

P10: *... a veces es la familia la que abusa, por ejemplo quitándoles el dinero y eso es un abuso...*

P13: *... la desestructuración familiar agrava el problema de ellos y entonces se bloquean y no saben hacer cosas...*

Además, las profesionales reconocían la necesidad de formación a las familias para el manejo del trastorno mental, pero también podían verla como la causante de la propia enfermedad o del empeoramiento de las personas usuarias.

P3: *Y las familias, hay muchos tipos diferentes de familias, las clases sociales se notan, la educación también, la familia que los protege más, las familias que no quieren saber nada porque están saturadas; hay que enseñar también a la familia a manejar al paciente, trabajar con las familias lo veo perfecto.*

P5: *Piensas a veces en algunos que tiene familias muy desestructuradas y piensas: "Cómo no va a estar mal esta persona con todo lo que ha pasado". Te paras a pensar y piensas en la suerte que tenemos de tener una familia normal y la mala suerte que tienen estas personas de no haber nacido en otra familia.*

Discusión

Del análisis cualitativo, de las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas ingresadas en una UME, surgieron tres temas principales: las necesidades de las personas usuarias, la recuperación en la unidad y, como emergente, el papel de la familia en el proceso.

En cuanto a las necesidades de las personas atendidas según el personal de enfermería, el soporte emocional fue la necesidad más importante. Más concretamente, se citaron la necesidad de cariño, cercanía, comprensión y de sentirse escuchados; e incluso, en alguna ocasión, las profesionales hacían referencia a que tan solo con estar al lado de la persona, escuchándola y mostrándole comprensión, se ayudaba más que con cualquier tratamiento farmacológico. Las participantes también destacaron la importancia de que la persona usuaria desarrolle una mayor autonomía e independencia que les permita vivir independientemente en la sociedad, y para ello, consideraron imprescindible trabajar las rutinas, los horarios y las ABVD. Sin embargo, se encontró que ninguna participante mencionó la toma de decisiones compartida como una necesidad para la atención orientada a la recuperación.

Dos estudios similares españoles abordaron las necesidades en personas ingresadas con un TMG. El primero de ellos, de Ochoa *et al.*,¹⁵ mostró que algunas de estas necesidades detectadas por el personal sanitario fueron abordar los síntomas psicóticos, realizar actividades diurnas, la limpieza, la alimentación y la información. El segundo, liderado por Zúñiga¹⁶ en torno a las necesidades percibidas por las propias personas usuarias, concluyó que lo que más necesitaban era abordar el malestar psicológico y síntomas psicóticos, tener compañía, una buena alimentación, el dinero, la sexualidad y actividades diarias. Muchas de estas necesidades, coincidentes con nuestros resultados, podrían indicar que tanto profesionales como personas usuarias detectan necesidades semejantes. Por otro lado, Guzmán-Parra *et al.*⁹ asociaron los reingresos en las unidades de salud mental con una mayor cantidad de necesidades totales percibidas por las propias personas usuarias, además de mayor cantidad de necesidades insatisfechas, concluyendo que la evaluación de las necesidades mejora el apoyo específico e individualizado y ayuda a prevenir las recaídas y los reingresos.

Se percibió que todas las participantes utilizaban indistintamente los términos mejoría y recuperación para hacer referencia a una mayor estabilidad clínica, pero la recuperación en salud mental consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas¹⁰. Con esto se refleja que quizá las personas usuarias sí que mejoraban clínicamente tras su estancia en el hospital, pero no se determinaba si alcanzaban un mayor grado de recuperación. En línea con este hallazgo, Waldemar *et al.*¹⁷ describieron que muchos miembros del personal priorizaban la recuperación clínica en su práctica, centrándose en la estabilización clínica y manejo de síntomas y dejando de lado la recuperación personal, lo que puede llegar a ser el principal obstáculo para la aplicación de modelos de atención orientados a la recuperación en las unidades de salud mental. Además, estudios recientes ponen de manifiesto la necesidad de una mayor formación en materia de recuperación para que el personal de enfermería pueda proporcionar cuidados orientados a la recuperación^{18,19,20}. Como factor determinante en esta recuperación o mejoría, la mayoría de profesionales remarcaron la importancia de la voluntad y el interés de la propia persona, de manera que consideraban que, a mayor voluntad, interés o implicación durante su estancia en el hospital, mejores resultados.

Otra de las causas de mejoría identificadas fueron los cuidados por parte del personal de enfermería, como la atención, la escucha, el apoyo y la estrecha relación que se forja durante la estancia de la persona usuaria. Estos cuidados de enfermería vuelven a reflejarse en el apartado de contribuciones del personal, es decir, las participantes identificaron rápidamente que los cuidados que brindaban ayudaban a las personas usuarias, y más adelante llegaban a la conclusión de que esto era debido a que los cuidados solían responder a lo que las personas usuarias necesitaban. Además, la atención continuada fue identificada como uno de los puntos fuertes de la enfermería y lo que la distingue de otros grupos profesionales. Estar presentes en la unidad las 24 horas del día les permite detectar todas o casi todas las necesidades o carencias de las personas y, con ello, cubrir las. Una parte fundamental de la identidad contemporánea de la enfermera de salud mental es la de ser capaz de proporcionar aceptación y apoyo para la recuperación de un individuo a través de la relación terapéutica²¹.

La familia fue otro tema clave del estudio. Las profesionales detectaban que una de las necesidades de las personas usuarias era el apoyo familiar, y, a partir de aquí, describieron el rol de la familia como positivo o negativo. A lo largo de los años, la evidencia también ha mostrado esta dualidad del rol familiar en el proceso de recuperación, es decir, la participación de la familia puede ser tanto un apoyo como un impedimento para la recuperación^{22,23,24}. La experiencia y/o percepción de las profesionales mostró la importancia de la familia y el entorno social en el proceso de recuperación de la persona con TMG, llegando a considerar que cualquier intervención terapéutica que no la incluyera sería insuficiente. También se puso en evidencia la necesidad de formación para estas familias o cuidadores principales, ya que muchas veces actúan como entorpecedoras del proceso de recuperación simplemente por desconocimiento o dificultades en el manejo de situaciones complejas. Por todo ello, se podría concluir que es necesario promover la práctica de recuperación centrada (¿apoyada?) en la familia como defienden otros estudios^{24,25}.

Conclusiones

Este estudio sugiere que el personal de enfermería percibe el soporte emocional como una de las necesidades más importantes para una persona ingresada en una unidad de salud mental, así como ciertas necesidades de autocuidado, como adquirir o recuperar unos buenos hábitos o rutinas y mantener las ABVD, y el desarrollo de autonomía que ha de tener la persona usuaria para alcanzar el mayor grado de independencia posible, como necesidad social. La contribución enfermera en el proceso de recuperación se basa en responder a todas estas necesidades a través de los cuidados, convirtiéndose, junto a la familia, en dos figuras clave para el proceso de recuperación. Es necesario seguir investigando sobre las necesidades de las personas usuarias ingresadas en unidades de salud mental y conocer, tanto su opinión y percepción como la de los profesionales implicados en el cuidado, con el fin de mejorar la calidad asistencial y orientarnos hacia unos cuidados más individualizados o personalizados.

Referencias

- Davidson L, González-Ibáñez À. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 189-205. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es.
- Bensimon M, Shaul S, Div S, Sandler L, Teitelbaum A. Patient-centered Approach in Closed Psychiatric Wards: The Curative Power of Relaxing Music Chosen by Patients. *Isr J Psychiatry.* 2018;55(2):52-57.
- Sampona G, Luciano M, Del Vecchio V, et al. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front Psychiatry.* 2019;10:316. doi:10.3389/fpsy.2019.00316
- Eiroa-Orosa FJ, Limiñana-Bravo L. An Instrument to Measure Mental Health Professionals' Beliefs and Attitudes towards Service Users' Rights. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(2):244. doi:10.3390/ijerph16020244
- Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Res.* 2018;260:478-485. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.029
- Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, et al. Coercive mental health care - dilemmas in the decision-making process. *Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen.* *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2018;138(12):10.4045/tidsskr.17.0338. doi:10.4045/tidsskr.17.0338
- Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry.* 2010;196(3):179-185. doi:10.1192/bjp.bp.109.068916
- Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry.* 2014;59(5):236-242. doi:10.1177/070674371405900502
- Guzman-Parra J, Moreno-Küstner B, Rivas F, Alba-Vallejo M, Hernandez-Pedrosa J, Mayoral-Cleries F. Needs, Perceived Support, and Hospital Readmissions in Patients with Severe Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2018;54(2):189-196. doi:10.1007/s10597-017-0095-x
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Implementing Recovery. A methodology for organisational change. Sainsbury Centre for Mental Health. 2008. Available from: https://www.1deca4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementing_recovery_methodology_SainsburyCenter.pdf
- Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ.* 2019;8(2):90-97. doi:10.1007/s40037-019-0509-2
- Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 2017;65(2):329-332. doi:10.15446/revfacmed.v65n2.60235
- Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum.* *Rev. gen. inf. doc.* [Internet]. 1 [citado 5 de julio de 2022];28(1):119-42. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Ochoa S, Haro JM, Autonell J, et al. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull.* 2003;29(2):201-210. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006998
- Zúñiga A, Navarro JB, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):115-121.
- Waldemar A, Arnfred S, Petersen L, Korsbek L. Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services.* 2016;67: 596-602.
- Del Vecchio P. Bringing Recovery to Practice: Improving Provider Competencies and Promoting Positive Outcomes. *Psychiatr Serv.* 2015;66(7):750-2. doi:10.1176/appi.ps.201400310.
- Waldemar AK, Esbensen BA, Korsbek L, Petersen L, Arnfred S. Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences? *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(3):1177-1187. doi:10.1111/inm.12434.

20. Nardella N, Hooper S, Lau R, Hutchinson A. Developing acute care-based mental health nurses' knowledge and skills in providing recovery-orientated care: A mixed methods study. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Oct;30(5):1170-1182. doi: 10.1111/inm.12868.
21. Felton A, Repper J, Avis M. Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1137-1148. doi: 10.1111/inm.12430.
22. Reupert A, Maybery D, Cox M, Scott Stokes E. Place of family in recovery models for those with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(6):495-506. doi: 10.1111/inm.12146.
23. Ward B, Reupert A, McCormick F, Waller S, Kidd S. Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2017;24:17(1):234. doi: 10.1186/s12913-017-2146-y.
24. Waller S, Reupert A, Ward B, McCormick F, Kidd S. Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):247-255. doi: 10.1111/inm.12528.
25. Wonders L, Honey A, Hancock N. Family Inclusion in Mental Health Service Planning and Delivery: Consumers' Perspectives. *Community Ment Health J*. 2019;55(2):318-330. doi: 10.1007/s10597-018-0292-2.

Descripción del funcionamiento del programa Konsulta'm: un proyecto comunitario de salud mental en Barcelona

Operational description of the "Konsulta'm" programme: a mental health community project in Barcelona

Núria Martínez Boo¹, Àurea Moreno Mayós¹, Patricia Escalona Zorita¹,
Jaime Romero Rodríguez¹ y Rocío Casañas Sánchez²

1. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona. España.

2. Departamento de investigación, Associació Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona. España.

Contacto: Núria Martínez Boo, nuria.mboo@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de julio de 2022 / Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2022

Resumen

Introducción: El programa Konsulta'm es un servicio comunitario de información, orientación y soporte psicológico dirigido a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 22 años, sus familias y profesionales en contacto con ellos. Desde 2018 se ha ido desplegando en los diferentes distritos de la ciudad de Barcelona, como respuesta a una necesidad detectada en las personas jóvenes de ofrecer una ayuda inmediata, cercana, confidencial, accesible, gratuita y especializada. En el 2019 se instauró en los distritos de Les Corts (LC) y Sarrià-Sant Gervasi (SSG).

Objetivo: Describir a la población usuaria del programa Konsulta'm y las características de la atención proporcionada entre 2019 y 2021 en los distritos de Les Corts (LC) y Sarrià-Sant Gervasi (SSG)

Metodología: Estudio descriptivo llevado a cabo desde el inicio del programa en enero del 2019 hasta diciembre de 2021. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas de las personas atendidas y sus familias, incluyendo la procedencia, motivo de consulta, resolución y cierre de la consulta.

Desarrollo/Resultados: Se atendieron un total de 353 consultas, 2019 (n = 19), 2020 (n = 103) y 2021 (n = 231). Del total de consultas, 150 fueron de jóvenes, 67 de familiares, 9 de amistades y 127 de profesionales/agentes sociales. El 63.1 % de las consultas fueron realizadas por mujeres mayores de 18 años. Se finalizó el proceso de 290 consultas, 41 se orientaron a servicios comunitarios, 21 se derivaron a la red de salud mental y 1 a servicios sociales.

Conclusiones: Se ha observado un aumento progresivo de la demanda durante los 3 años del funcionamiento de Konsulta'm, posiblemente debido a los efectos del aislamiento y restricciones causados por la pandemia de la COVID-19. Las chicas mayores de 18 años fueron quienes realizaron más consultas sobre información y demandas sobre malestar psicológico y emocional, que se resolvieron en su gran mayoría.

Palabras clave: adolescentes, malestar psicológico, ayuda en la comunidad, COVID-19.

Abstract

Introduction: The "Konsulta'm" programme is a community service of information, orientation and psychological support addressed to the adolescent and youth population between 12 and 22 years old, their families and the professionals working with them. Since 2018, it has been deployed in the different districts of the city, in response to a need detected in young people to offer immediate, close, confidential, accessible, free and specialized help. In 2019 it was established in the districts of Les Corts (LC) and Sarrià-Sant Gervasi (SSG).

Objective: To describe the user population of the Konsulta'm programme and the characteristics of the care provided between 2019 and 2021 in Les Corts (LC) and Sarrià-Sant Gervasi (SSG) districts.

Methodology: Observational cross-sectional descriptive study from the start of the programme in January 2019 until December 2021. Sociodemographic and clinical variables of the people served and their families were analyzed, including the origin, reason for consultation, resolution and closure of the consultation

Results: A total of 353 consultations were assisted, 2019 (n = 19), 2020 (n = 103) and 2021 (n = 231). Of the total consultations, 150 were from young people, 67 from family members, 9 from friends and 127 from professionals/social agents. 63.1 % of the consultations were made by women over 18 years old. The process of 290 consultations was completed, 41 were referred to community services, 21 to the mental health network and 1 to social services.

Conclusions: There has been a progressive increase in the demand during the three years of Konsulta'm's operation by young people and community agents, possibly as a result of the effects of isolation and restrictions due to the pandemic. Girls over 18 years old were the ones who made the most consultations about information and doubts in relation to psychological and emotional distress, which were solved in most cases.

Keywords: adolescent, psychological distress, community support, COVID-19

Introducción

El programa Konsulta'm es un servicio comunitario de información, orientación y soporte psicológico dirigido a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 22 años, sus familias y profesionales en contacto con ellos. Ofrece un espacio orientado a detectar problemas de salud mental y atender de forma preventiva el sufrimiento psicológico. También se dirige a profesionales que trabajan con grupos de adolescentes o jóvenes para ofrecerles asesoramiento sobre casos o situaciones concretas que puedan encontrarse durante el ejercicio de su trabajo diario^{1,2}. Este programa nace con la finalidad de poder ser un espacio al que accedan los adolescentes y jóvenes de forma autónoma, cuando se encuentren en momentos de malestar psicológico, con el objetivo de evitar que se agrave o pueda acabar evolucionando a un trastorno de salud mental. Al mismo tiempo, pretende potenciar un tipo de servicio que se adecúe más a las dinámicas y prácticas de las personas adolescentes para poder atenderlas mejor, sin esperar que acudan a la consulta del centro de salud o que sean derivados al centro de salud mental infantojuvenil (CSMIJ)¹.

El programa se define dentro del “Pla de Salut Mental 2016-2022” del Ayuntamiento de Barcelona³. Este emerge como una estrategia compartida entre instituciones y entidades sociales, que tiene como objetivo la mejora del bienestar psicológico y la salud mental de todos los grupos de edad como una prioridad para crear una ciudad inclusiva. Este plan se alinea con las políticas promovidas por otras instituciones, como la Generalitat de Catalunya, a través del “Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions”⁴, la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de España” mediante el “Plan de acción de salud mental 2022-2024”⁵, y el “Plan Europeo para la Salud y el bienestar de la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud” (OMS)⁶.

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales se ha convertido en una prioridad para las entidades internacionales como la OMS, ya que una de cada ocho personas en el mundo padece

un trastorno de salud mental⁷. Además, las tasas de trastornos, como la depresión y la ansiedad, aumentaron en un 25 % durante el primer año de la pandemia, sumándose a los casi 1000 millones de personas que ya sufren algún trastorno mental⁸. En general, la edad media de inicio global del primer trastorno mental es antes de los 14 años en un tercio de las personas, antes de los 18 años en casi la mitad y antes de los 25 años en el 62.5 %⁹.

En el mundo, una de cada siete personas adolescentes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, lo que representa el 13 % de la carga mundial de morbilidad para esta franja de edad, aunque estas enfermedades siguen en gran medida sin recibir el reconocimiento y el tratamiento adecuados¹⁰. Entre los posibles factores de riesgo, en jóvenes y adolescentes, están el hecho de sufrir una enfermedad crónica dolorosa, un trastorno psicológico que ha podido no ser diagnosticado, un intento previo de suicidio y variables de personalidad, como falta de control emocional o alta carga de estrés. También se incluye el *bullying* o *cyberbullying*, que han aumentado en los últimos años. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de *bullying* tienen 2.23 veces más riesgo de padecer ideaciones suicidas y 2.55 veces más riesgo de realizar intentos de suicidio que quienes no lo han sufrido. En el *cyberbullying* es todavía el impacto es mayor⁸.

La OMS desarrolla estrategias, programas y herramientas para ayudar a los gobiernos a responder a las necesidades de salud de las personas adolescentes⁶. En concreto, se adoptan medidas para promover la salud mental y para prevenir trastornos de este tipo. Las intervenciones de promoción de la salud mental en adolescentes se enfocan a fortalecer su capacidad para regular las emociones, potenciar alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia en situaciones complicadas y promover entornos y redes sociales favorables⁶. En esta misma línea, Arango *et al.* (2018), enmarcan un camino futuro hacia la promoción de la salud mental, mejorando la detección precoz y las intervenciones en entornos clínicos, escuelas y la comunidad, con el apoyo necesario de políticas y sociedad¹¹.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 2019 y 2020 se produjo un aumento más notable entre el grupo de 15 a 44 años en los indicadores de “poco interés/alegría por hacer cosas”, “sensación de estar decaído/deprimido” y “problemas para dormir” en comparación a antes de la pandemia y especialmente entre las mujeres¹². Datos del INE de 2017, en relación a las tasas de suicidio a nivel estatal, muestran que, en la franja de edad de los 15 a los 19 años, la tasa es de 2.2 en ambos sexos, en comparación a los menores de 15 años con una tasa de 0.186. Esta aumenta hasta 3.6 en la población de 20 a 24 años¹².

Según la Encuesta de Factores de Riesgo en Estudiantes de Secundaria (FRESC) de Barcelona de 2021, se ha observado un empeoramiento de la salud mental entre la población adolescente, especialmente entre las chicas, ya que 4 de cada 10 chicas manifiestan malestar emocional¹³. En las mujeres de más de 15 años, además, la prevalencia del sufrimiento psicológico aumenta con la edad. Este hecho no se observa en los hombres. Además, la prevalencia de trastornos mentales frecuentes, según la Encuesta de Salud de Barcelona (ESB), evidencia que un 12 % de las mujeres y un 5.9 % de los hombres mayores de 15 años sufren depresión y/o ansiedad¹⁴.

Los y las adolescentes desconocen con frecuencia qué les pasa, mientras que familiares u otras personas adultas pueden hacer una interpretación errónea de lo que les sucede. Este hecho puede dificultar la identificación y la búsqueda de ayuda profesional. El temor de los y las adolescentes a la reacción de la familia en aquellos casos en que ésta no ofrece apoyo, existen conflictos familiares o cambios que influyen negativamente en el adolescente, puede identificarse como un obstáculo para la búsqueda de ayuda¹⁵.

Además, las personas de entre 16 y 24 años son la franja de edad que menos buscan ayuda profesional. Únicamente el 13 % de los hombres y el 31 % de las mujeres acceden a las consultas de salud mental, según expuso el Profesor McGorry en la Conferencia Europea sobre Salud Mental desde la psicopatología a la continuidad en los cuidados en 2014. Es importante considerar que es en esta franja de edad cuando las personas cambian en la atención de los servicios de salud infantojuveniles a los de adultos y en esta transición se produce un alto índice de desvinculación. En concreto, un 43 % de los pacientes no llegan a vincularse a los dispositivos para adultos, según los datos del Observatori del Sistema de Salut de Catalunya⁹.

En este contexto, motivado por las experiencias internacionales de acercamiento de los servicios de salud mental a la población infantojuvenil, el Ayuntamiento de Barcelona valoró en 2018 la necesidad de crear el programa Konsulta'm como respuesta a esta necesidad detectada en jóvenes (de entre 12 y 22 años), para ofrecerles una ayuda inmediata, cercana, confidencial, accesible, gratuita y especializada, con el fin de facilitar la prevención y detección temprana del malestar emocional¹⁶. El programa está extendido a todos los distritos de la ciudad de Barcelona y actualmente cuenta con 13 puntos de atención. Lo llevan a cabo profesionales de los CSMIJ y centros de salud mental de adultos (CSMA). Se planteó como un programa de mejora de la salud mental comunitaria en los barrios. En el año 2022 este servicio se ha ampliado a personas mayores de 22 años, como consecuencia de la demanda de atención por personas mayores de edad y los buenos resultados del programa Konsulta'm dirigido a jóvenes entre 12 y 22 años. Responde a una medida dentro del “Pla de xoc en salut mental de maig de 2021” sobre todo por el incremento del malestar emocional como consecuencia de la pandemia de la COVID-19¹⁶.

En este contexto, el objetivo general de este trabajo es describir la población usuaria del programa Konsulta'm y las características de la atención proporcionada entre 2019 y 2021 en los distritos de Les Corts (LC) y Sarrià-Sant Gervasi (SSG). Los objetivos específicos eran: 1) determinar el número y procedencia de las consultas; 2) identificar el perfil de consulta mayoritario; 3) identificar las motivaciones de consulta de los y las adolescentes; 4) describir el procedimiento de atención, orientación y modo de finalización del proceso de consulta.

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo llevado a cabo desde el inicio del programa en enero del 2019 hasta diciembre de 2021.

Contexto

El programa Konsulta'm está instaurado en los 10 distritos de la ciudad de Barcelona y actualmente hay 13 puntos de atención Konsulta'm. En este estudio describimos el funcionamiento del programa en los distritos de Sarrià-Sant Gervasi y Les Corts. Una parte del programa es de atención presencial y otra de coor-

dinaciones, que se realizan por parte de una psicóloga clínica y una enfermera del CSMIJ de referencia del distrito.

Población

Personas jóvenes y adolescentes de entre 12 y 22 años atendidas en el servicio Konsulta'm de LC y SSG de Barcelona, así como sus familias y los profesionales que trabajan con ellas y que solicitaban orientación sobre el programa o sobre formación o coordinación a raíz de haber detectado malestar emocional en distintos adolescentes estudiantes en los institutos y colegios de estos distritos de la ciudad. Las consultas se realizaban de forma presencial sin necesidad de cita previa, aunque también se pueden realizar consultas vía telemática (correo electrónico o telefónico).

Consideraciones éticas

Se asegura el anonimato de los datos recogidos, ya que no se recogen datos que permitan identificar a las personas que consultan al Konsulta'm. Esta información se explica a los usuarios que acceden de forma presencial, ya que una de las premisas del programa es asegurar la confidencialidad de la atención, por lo que tampoco se recogen datos personales de las consultas telefónicas o mediante correo electrónico que pudieran identificar a quienes consultan. El programa está financiado por el Ayuntamiento de Barcelona. Asimismo, el diseño del formulario de registro y la gestión de los datos está facilitada por el Instituto Universitario Avedis Donabedian perteneciente a la Fundación Avedis Donabedian.

Variables

Se recogieron variables sociodemográficas (género y edad), de procedencia al dispositivo, motivo de consulta, modo de resolución y cierre de la misma. Los datos de las personas que consultaron (adolescente, familia o derivación de servicios comunitarios) fueron recogidos mediante dos formularios (uno para personas jóvenes atendidas y otro para agentes comunitarios) homogéneos para los diferentes puntos de atención Konsulta'm de la ciudad, cuyos datos se gestionaron mediante una Comunidad de Práctica Virtual creada por el Instituto Universitario Avedis Donabedian. Estos fueron analizados por las profesionales del programa a través de Microsoft Excel mediante un análisis descriptivo de los mismos. También se recogieron los datos en recogidos aquellas consultas que se realizaron por correo electrónico y por teléfono.

Resultados

Durante el periodo de enero 2019 a diciembre 2021, se atendieron un total de 353 consultas, 2019 (n = 19), 2020 (n = 103) y 2021 (n = 231). Del total de consultas, 150 fueron de jóvenes, 67 de familiares, nueve de amistades y 127 de profesionales o agentes sociales. Los y las profesionales que consultaron pertenecían en su mayoría a los ámbitos de educación, equipamientos juveniles, servicios sociales y profesionales sanitarios. El 63.1 % de las consultas fueron realizadas por mujeres mayores de 18 años. La distribución por edades se muestra en la figura 1.

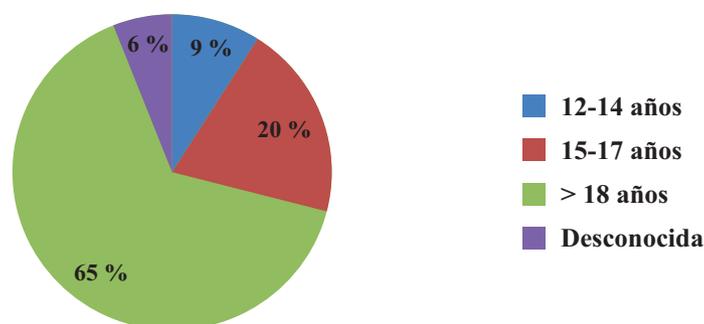


Figura 1. Consulta por edad 2019-2021

La procedencia de las consultas fue en su mayoría espontánea ($n = 274$), aunque también hubo derivaciones de otros servicios ($n = 57$) y desconocida ($n = 22$). En los casos que consultaron de forma espontánea, generalmente acudió la adolescente de forma individual sin acompañamiento de la familia. Al preguntarle cómo había conocido el programa, los argumentos fueron la recomendación de algún profesor/a u orientador/a pedagógico del centro escolar, campañas publicitarias del Ayuntamiento de Barcelona a través

de carteles y redes sociales o por recomendación de alguna amistad.

Los motivos principales de consulta fueron información/dudas ($n = 144$), malestar psicológico/emocional ($n = 110$), otros ($n = 107$), dificultades relacionales ($n = 8$) y actuaciones de riesgo ($n = 14$). La distribución anual de los motivos de consulta se ofrece en la figura 2.

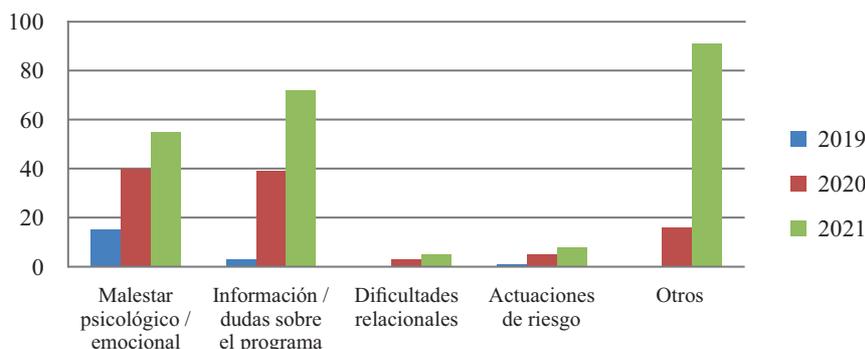


Figura 2. Motivo de consulta al programa

Entre las circunstancias que motivaron a los y las adolescentes a consultar al programa por malestar psicológico y emocional, algunos casos manifestaron sentimientos de tristeza, apatía, anhedonia, aislamiento de los pares, ansiedad, y alteración de los hábitos del sueño y la alimentación, entre otros. Además, en las consultas también aparecieron elementos de conflictividad familiar y dificultad en la gestión emocional, duelo migratorio, dificultades relacionales y falta de autoestima. En relación a otros motivos de consulta, estos comprendieron algunas cuestiones como: orien-

tación sobre inserción u orientación laboral, orientación y acompañamiento a actividades para jóvenes y adolescentes de la comunidad, consultas de profesionales de servicios juveniles y educativos para asesoramiento sobre adolescentes, propuestas de difusión del programa para población juvenil y adolescentes o formaciones en relación al abordaje de situaciones y consultas referentes la salud mental en su trato diario con jóvenes y adolescentes. Se finalizó el proceso de 290 consultas de forma exitosa dentro del periodo de consulta, como se ilustra en la figura 3.

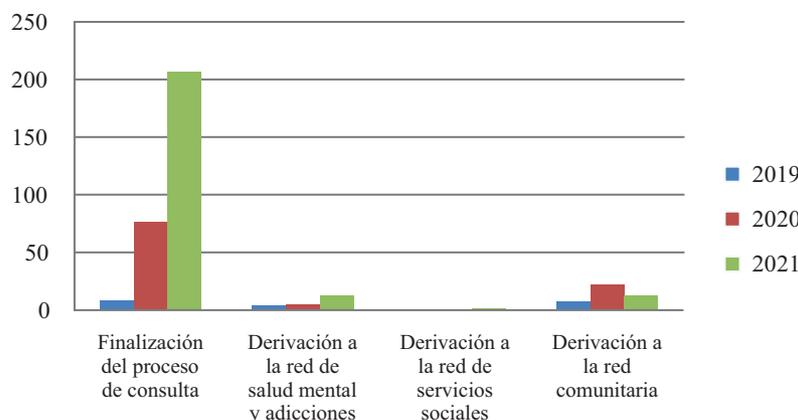


Figura 3. Modo de finalización del proceso de consulta

En 21 de los casos, la enfermera o la psicóloga clínica valoró sintomatología de trastorno mental y se realizó la derivación al CSMIJ de referencia. Cuando el malestar y/o demanda manifestado por la persona adolescente no era indicativo de trastorno mental, sino que formaba parte de cuestiones vitales y del proceso evolutivo del adolescente, se orientó a los recursos comunitarios pertinentes. Por ejemplo, se acompañó al o a la joven a programas juveniles, como los Puntos de Información Joven (PIJ), recursos específicos para las relaciones afectivas (Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS), Punts d'Informació i Atenció a la Dona...), recursos de orientación formativo-laboral (Barcelona Activa't o Apropjove) o de crecimiento y desarrollo personal como el programa Aquí T'Escoltem (ATE), que realiza actividades de atención individual y grupal. Esto se produjo en 41 casos que fueron orientados a servicios comunitarios. Además, 21 casos se derivaron a la red de salud mental y un caso fue derivado a servicios sociales.

Discusión

El objetivo de este estudio era describir a la población usuaria del programa Konsulta'm y las características de la atención proporcionada entre 2019 y 2021 en los distritos de Les Corts (LC) y Sarrià-Sant Gervasi (SSG). Los resultados muestran que la mayoría de consultas realizadas al programa las realizaron mujeres mayores de 18 años que consultaban sobre todo de forma espontánea por dudas o información y malestar emocional. Las mujeres fueron el perfil sobre quienes más se consultó. En este sentido, el estudio de Wang *et al.*¹⁷, resalta la importancia de prestar atención a estas diferencias de género y concluye que las mujeres adolescentes durante la pandemia por COVID-19 tuvieron más riesgo psicosocial, por lo que precisaron de más apoyo durante las fases de respuesta y recuperación de dicho periodo. En concreto, el estudio de revisión de Marques de Miranda *et al.*¹⁸, apuntó al género como factor esencial en el análisis del estado de salud mental durante la pandemia. Estudios realizados únicamente en población pediátrica adolescente de cultura asiática, en concreto china, mostraron que las chicas adolescentes son quienes presentan más probabilidad de sufrir síntomas de ansiedad o depresión^{19,20}.

Diversos estudios señalan el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la población adolescente como estresor psicosocial global, así como en sus familias, en relación a la salud mental, el bienestar, el funcionamiento y la calidad de vida^{17,18}. Debido al aislamiento

social, la soledad y la reducción en el nivel de ingresos, los y las adolescentes reportaron una disminución del nivel de salud mental en general y se consideraron un subgrupo vulnerable. También se reportó una disminución en los servicios de salud mental durante la pandemia¹⁷. Así pues, un grupo de investigadores internacionales de The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infecction Times (COH-FIT), concluyen que la evidencia generada podría servir para reformular intervenciones futuras basadas en la evidencia y políticas que minimicen los efectos adversos en la juventud, tanto en el presente como en un futuro²¹.

Las personas tienen derecho a participar en asuntos que conciernen a sus vidas, tal como recoge el artículo 12 de la United Nations Convention on the Rights of the Child. Así pues, los niños y las niñas tienen derecho a expresar sus propias visiones y opiniones y que estas sean escuchadas, respetadas y tenidas en cuenta. El *Informe Mundial sobre Salud Mental. Transformar la salud mental para todos* de la OMS afirma que los servicios de salud mental deben reformarse para cambiarlos hacia un modelo de atención de salud mental en la comunidad, que no se limite al sector salud, donde se atienda a la salud general en los servicios de la comunidad, reforzando la promoción y la prevención multisectoriales para todos y protegiendo a quienes están expuestos a riesgos, como son los y las adolescentes²².

Siguiendo estas recomendaciones de la evidencia científica, se considera de vital importancia priorizar y potenciar los servicios de atención y orientación al malestar emocional en la población adolescente y adulta joven. Igualmente importante es velar por la equidad de acceso a programas de salud comunitarios integrados en los barrios, para dar respuesta a sus necesidades de consulta y resolución de dudas, así como al acompañamiento a los recursos comunitarios pertinentes para promover la salud mental, especialmente entre colectivos más vulnerables.

La población adolescente que desee ser atendida por profesionales de la salud para recibir orientación y acompañamiento al malestar emocional, puede dirigirse al centro Konsulta'm que tengan más cercano a su lugar de residencia, aunque también podrán ser atendidos en otro espacio más accesible, por ejemplo, por proximidad al colegio o instituto. A raíz de detectar que las personas adolescentes del distrito de Sarrià-Sant Gervasi consultaban más de forma presencial que los del distrito de Les Corts, se pensó que esto podría explicarse, probablemente, por la cercanía al domicilio

o centro escolar. Por este motivo, uno de los retos futuros contemplaba poder ofrecer un espacio Konsulta'm que estuviese ubicado en cada uno de los distritos, con la finalidad de hacer el programa más accesible a jóvenes del distrito de Les Corts y garantizar la equidad de acceso de toda la población adolescente a un servicio gratuito de orientación y seguimiento al sufrimiento psicológico.

Además, se cree que podría promover el trabajo intersectorial de los distintos agentes comunitarios y servicios del territorio. En este sentido, el programa Konsulta'm destaca por tener un enfoque eminentemente de salud comunitaria y social. En los casos en que no finalizó el proceso de consulta, en segundo término, el modo de cierre del proceso fue la orientación a la red de recursos comunitarios. Asimismo, la OMS destaca la responsabilidad de prestar atención a la salud mental en la comunidad extendiéndose esta a múltiples sectores, como son intervenciones de salud con servicios sociales, la protección social, el empleo o la educación. Por ello, entre los cambios claves para transformar la salud mental se incluye la red de servicios comunitarios, la colaboración multisectorial real y activa respecto a los determinantes de la salud mental o que los proveedores comunitarios se refuercen en apoyo de las personas²¹.

Conclusiones

Se ha observado un aumento progresivo de la demanda del programa Konsulta'm durante los tres años de su funcionamiento por parte de jóvenes y agentes de la comunidad, posiblemente fruto de los efectos del aislamiento y restricciones por la pandemia en las personas jóvenes. Las chicas mayores de 18 años fueron el grupo sobre el que se realizaron más consultas, y quienes acudieron más al servicio de forma espontánea para consultar información y dudas, o expresar demandas sobre malestar psicológico y emocional. Asimismo, docentes de institutos donde estudiaban las adolescentes y otros agentes sociales que trabajan en entidades de los distritos, contactaron más por consultas sobre malestar en este perfil de mujer joven mayor de 18 años. Las consultas se resolvieron en su gran mayoría.

Agradecimientos

A las enfermeras de salud mental que anteriormente atendieron en el Konsulta'm de Sarrià-Sant Gervasi y gracias a cuyo trabajo se ha podido completar la reco-

gida de datos del estudio. Especial agradecimiento también a las personas jóvenes, adolescentes, familias y profesionales que confían en este programa del Ajuntament de Barcelona.

Referencias

1. Ajuntament de Barcelona [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2017 [citado 12 marzo 2022]. Konsulta'm; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/konsultam>
2. Casañas R, Mas-Expósito L, Teixidó M, Escalona P, Moreno A, Merino M, et al. Programas Comunitarios de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales en la población juvenil. En: Cruz D, Mollejo E, González F (Coords.). *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2021. p. 403-415.
3. Ajuntament de Barcelona. Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022 [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2018 [citado 12 marzo 2022]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/ca/canal/pla-de-salut-mental>
4. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [citado 25 marzo 2022]. Disponible en: https://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/transparencia/gestio-dels-serveis-publics/plans-sectorials-i-interdepartamentals/pla_integral_atencio_persones_amb_trastorn_mental_i_addiccions/
5. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción en Salud Mental 2022-2024. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 13 julio 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2018. [citado 26 marzo 2022]. Salud mental [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. [citado 13 de julio 2022]. Trastornos mentales [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
8. Save the Children [Internet]. Barcelona: Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia; 2021. [citado 13 julio 2022]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-saludablemente-analisis-sobre-la-salud-mental-y-el-suicidio-en-la>
9. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018 [citado 14 julio 2022]. Disponible en: https://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuales/
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2021. [citado 13 julio 2022]. Salud mental del adolescente; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

11. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018 Julio [citado 27 marzo 2022];5(7):591-604. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29773478/>
12. INE [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017. [citado 14 julio 2022]. Defunciones por suicidios. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29991#tabs-tabla>
13. La salut de les persones adolescents a Barcelona, Enquesta FRESC 2021 [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2021. [citado 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.aspb.cat/noticies/salut-adolescents-barcelona-enquesta-fresc-2021>
14. Salvador-Piedrafita M, Artazcoz L. Pla de salut mental de Barcelona, 2016-2022. La salut mental i els seus determinants a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2016.
15. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
16. Ajuntament de Barcelona. Konsulta'm [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2022 [citado 06 julio 2022]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatisalut/ca/canal/konsultam>
17. Wang J, Aaron A, Baidya A, Chan C, Wetzler E, Savage K, et al. Gender differences in psychosocial status of adolescents during COVID-19: a six-country cross-sectional survey in Asia Pacific. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Nov [citado 25 junio 2022];4;21(1):2009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34736426/>
18. Marques de Miranda D, da Silva Athanasio B, Sena Oliveira AC, Simoes-e-Silva AC. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct IJDRR* [Internet]. Sept 2020 [citado 26 junio 2022];51:101845. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>
19. Zhou SJ, LG Zhang, LL Wang, ZC Guo, JQ Wang, JC Chen et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur. Child Adolesc. Psychiatr* [Internet]. 2020 [citado 10 diciembre 2022];29:749-758. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32363492/>
20. F Chen, D Zheng, J Liu, Y Gong, Z Guan, D Lou. Depression and Anxiety Among Adolescents during COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Brain Behav Immun*. 2020 Agosto [citado 10 diciembre 2022];88:36-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32464156/>
21. Solmi M, Estradé A, Thompson T, Agorastos A, Radua J, Cortese S, et al. Physical and mental Health impact of COVID-19 on children, adolescents, and their families: The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times. *Children and Adolescents (COH-FIT-C&A)*. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 Feb [citado 26 junio 2022];299:367-376. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34606810/>
22. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary] [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 25 junio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-salud-mental-transformar-salud-mental-para-todos-panorama-general>

El efecto Papageno: una revisión de alcance

Papageno effect: A scoping review

Lucía Santonja Ayuso

Enfermera especialista en salud mental.

Contacto: santonja_luc@gva.es

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2022 / Fecha de aceptación: 12 de julio de 2022

Resumen

Introducción: En España, el suicidio es la primera causa de muerte externa entre los adolescentes de 15 a 19 años y entre los adultos en general, produciéndose en el año 2020 un total de 4000 muertes no naturales y evitables. Si bien a lo largo del tiempo se ha objetivado cómo a través de los medios de comunicación se han potenciado los efectos imitadores de suicidio (efecto Werther), desde hace dos décadas se está investigando la posibilidad de que estos formen parte de los factores protectores contra las muertes por suicidio (efecto Papageno). Por ello, a través de una revisión de alcance y como objetivo general se pretende explorar la literatura existente sobre el efecto Werther y el efecto Papageno, y como objetivo específico, conocer qué intervenciones, basadas en la evidencia científica, han sido útiles y seguras para reforzar el efecto Papageno.

Metodología: Revisión de alcance a través de bases de datos (Medline, PsycInfo, Cochrane Library). Como criterios de inclusión, se aceptó cualquier artículo que tratase el efecto Papageno, excluyendo aquellos que no estuviesen publicados en inglés o castellano o formasen parte de la literatura gris.

Resultados: Se incluyeron un total de 13 artículos, publicados la mayoría de ellos en Austria. Se observó que la tendencia de los estudios descriptivos ($n = 5$) estuvo orientada al análisis y estudio del efecto Werther y que los estudios de diseño analítico-experimental ($n = 7$) estuvieron focalizados en el estudio del efecto Papageno sobre población general, específica, vulnerable y sobre los profesionales sanitarios. Solo hubo un estudio de carácter cualitativo. Las intervenciones que se encontraron fueron la exposición a lecturas, relatos, videos y páginas web.

Conclusiones: En la actualidad, se ha observado un cambio de perspectiva en el que las investigaciones se están focalizando en el efecto Papageno (protector) más que en el efecto Werther (de riesgo) para la prevención de las ideaciones y actos suicidas en población general, específica, vulnerable y sobre el personal sanitario. Las intervenciones que han sido útiles para potenciar el efecto Papageno han sido la exposición a lecturas, relatos, videos y páginas web siempre que aportasen información personal sobre estrategias de afrontamiento efectivas (a través de profesionales sanitarios con o sin experiencias personales propias) y recursos comunitarios sobre cómo y dónde pedir ayuda.

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, intento de suicidio, efecto Papageno, efecto protector, medios de comunicación.

Abstract

Introduction: In Spain, suicide is the first cause of death among 15-19 years-olds and globally in adults, taking place in the year 2020 around 4000 deaths no natural and avoidable. Through time scientists have analyzed how the communications media have been able to maximize the imitation effects related to suicide (Werther effect). However, for two decades scientists are researching the possibility to include the communication media as a protective factor against suicide (Papageno effect). For this reason, the general aim of this scoping review is to explore the scientific literature about Werther and Papageno effect and the secondary outcome wants to know which interventions are tools and safety to improve the Papageno effect.

Methods: For this scoping review, we researched in Medline PsycInfo and Cochrane Library databases. Inclusion criteria: whatever article that speaks about Papageno Effect except if they were published in a language different to English or Spanish or in gray literature.

Results: 13 issues are included in this scoping review, most of them have been done in Austria. We have been able to look that its trend about descriptive design ($n = 5$) were focused on the Werther effect and the randomised trials ($n = 7$) studied the Papageno effect in general, specific, vulnerable population and health professionals.

Conclusions: Only was a qualitative study. Interventions which were useful to improve the Papageno effect were: readings, videos and the internet. Currently, we have observed a different perspective about the focus of the suicide studies: talking about the Papageno effect is better than the Werther effect to prevent suicidal ideation in general, specific, vulnerable populations and health professionals. Interventions which are useful to improve the Papageno effect have been readings, videos and the internet if they have coping strategies (with professionals) and have access to how and where to look for help.

Keywords: suicide, suicide attempt, suicidal ideation, media, Papageno effect, protective effect.

Introducción

El suicidio proviene del latín *suicidium*, que se define como “muerte autoinfligida con cierta evidencia de que la persona tiene la intención de provocarse” (*American Psychiatric Association Work Group on Suicidal Behaviors*, 2003). Desde hace años, el suicidio, o más bien el suicidio consumado (intento de suicidio con resultado de muerte), es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en las personas adultas, y la primera causa de muerte externa en adolescentes entre 15 y 19 años (OMS, 2021). De hecho, cerca de 700 000 personas en el mundo mueren por suicidio cada año y se estima que, aproximadamente, por cada suicidio consumado hay 20 personas que lo intentan, según los datos extraídos de 80 Estados miembro, por lo que las estadísticas podrían ser superiores (OMS, 2021). En España, y según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (2020) murieron por suicidio cerca de 4000 personas (cerca de 11 al día) (Merino, 2022), habiendo un incremento del 7.4 % respecto al año 2019 en el que el 74 % de ellas eran hombres y el resto mujeres (Ministerio de Sanidad, 2020).

Si bien uno de los factores de riesgo individuales más importante para quitarse la vida a través del suicidio son los intentos de suicidio no consumado previos, también habría que tener en cuenta otros como el consumo de alcohol o la presencia de trastornos mentales 7 % (OMS, 2021). En este último caso, los porcentajes de la probabilidad de que suceda una muerte por suicidio son superiores: un 4 % más para las personas con un trastorno del ánimo; 5 % para personas con diagnóstico de esquizofrenia; 8 % para el diagnóstico de trastorno bipolar; un 21 % para las personas que tienen depresión mayor, y un 33 % en caso de toxicomanías (Mental, 2020).

Y habría que añadir que se contemplan otros factores de riesgo, como las rupturas sentimentales, problemas económicos o estrategias de afrontamiento inadecuadas,

vivencias conflictivas, catástrofes, situaciones violentas, pérdidas de seres queridos y sensación de aislamiento social, que pueden contribuir y fomentar el suicidio (Mental, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha priorizado las estrategias para la reducción de estas cifras, haciendo especial hincapié en la posibilidad de prevenir las muertes por suicidio. Para ello ha elaborado una guía denominada *LIVE LIFE (Vive la vida)* en la que recomienda intervenciones como analizar la situación, colaboración multisectorial, formación, vigilancia, seguimiento y evaluación (OMS, 2021). Además, se ha focalizado en la restricción de los medios de actuación para llevar a cabo el suicidio (como por ejemplo, poner barreras para conseguir plaguicidas, armas de fuego o ciertos medicamentos), acompañar a los jóvenes durante el desarrollo biopsicosocial y también educar a los medios de comunicación con el objetivo de que estos informen con responsabilidad y no fomenten las conductas suicidas (OMS, 2021). Este hecho es de especial relevancia ya que desde el siglo XIX se ha podido objetivar que un mal uso de la comunicación puede promover a la ideación y/o ejecución de las conductas suicidas (efecto Werther) (Cheng *et al.*, 2018; Niederkrotenthaler *et al.*, 2010; Sisask & Värnik, 2012).

El efecto Werther—cuyo nombre proviene de una de las novelas de Goethe (1774), en la que el protagonista (Werther) se suicida tras una ruptura romántica—, se refiere a la relación existente entre la información de contenido frecuente y sensacionalista y los suicidios consumados entre la población (Leonard, 2001). Este acontecimiento empezó a observarse desde que, tras la lectura de la novela en el siglo XVIII, hubo un aumento en las tasas de suicidio (Niederkrotenthaler *et al.*, 2020). Pero ¿era posible la existencia de la imitación del suicidio? ¿El número de personas que se suicidaban era tan alto como para variar las tasas? Ante el escepticismo de esa posibilidad, no se aplicó ninguna

estrategia de mejora hasta que, recientemente, se ha demostrado que la forma de hablar y comunicar sobre los actos suicidas de las celebridades se asoció con un aumento del 8 al 18% en los dos meses posteriores, reconociéndose como un problema de salud pública (Niederkröthaler *et al.*, 2020).

Este efecto imitador está basado en teorías como el aprendizaje social, en el que las personas aprenden por observación o modelado; o por la teoría de la identificación (Pirkis & Blood, 2001), en la que los individuos tienden a identificarse con otras personas, pudiendo adoptar y desarrollar una especie de apego que los incite a imitar, teniendo una “identificación horizontal” con iguales o “identificación vertical” con personas famosas o populares (Pirkis & Blood, 2001; Sisask & Värnik, 2012; Stack, 1992). Y que las conductas suicidas por imitación existan es una preocupación real, ya que algunos adolescentes y adultos jóvenes han utilizado el llamado comportamiento autoagresivo como método de regulación emocional ante situaciones complicadas o de crisis, que se pueden cronificar y evolucionar a intentos de suicidio (Glenn *et al.*, 2017; Hawton *et al.*, 2012; Whitlock *et al.*, 2013; Wolff *et al.*, 2019).

Contrariamente al efecto Werther, se habla del efecto Papageno para indicar que la comunicación empleada en general y por los medios de comunicación puede ayudar a la prevención del suicidio (Niederkröthaler *et al.*, 2010). Su nombre, efecto Papageno, surge en el año 2010 por parte de Niederkröthaler, *et al.* (Niederkröthaler *et al.*, 2010), basándose en el nombre del protagonista de la ópera de Mozart *La flauta mágica* (1791), en la cual este presenta ideaciones autolíticas tras una respuesta sentimental y las vence gracias al apoyo de otros personajes.

Esta perspectiva salutogénica relacionada con la prevención de las muertes por suicidio ha posibilitado que los estudios relacionados vayan en aumento. No obstante, y partiendo de una búsqueda bibliográfica superficial anterior a esta revisión de alcance, se observaron que los estudios eran muy heterogéneos en cuanto a la población de estudio, el diseño empleado en la realización de la investigación, así como las intervenciones realizadas. Por todo lo anterior, este trabajo tiene como objetivo general explorar la literatura existente sobre el efecto Papageno a través de una revisión de alcance, y como objetivo específico, conocer qué intervenciones –basadas en la evidencia científica– han sido útiles y seguras.

Metodología

Dada la amplitud de la pregunta de investigación y debido a la reciente introducción del término en la evidencia científica, se ha optado por la realización de una revisión sistemática exploratoria. Se trata de un tipo de revisión de la literatura a través de la cual se pretende conocer y examinar la extensión del efecto Papageno sobre la literatura existente, con la finalidad de averiguar qué hay publicado relacionado con este tema, además de poder describir qué evidencias hay en relación a la prevención del suicidio a través de los medios de comunicación (Manchado *et al.*, 2009; Peters *et al.*, 2015). En este retrato general de las intervenciones de prevención contra el suicidio, se pretende localizar las intervenciones y/o actividades útiles y seguras para la población.

Estrategia de búsqueda

La revisión se realizó de acuerdo con los principios de la declaración PRISMA adaptada a las revisiones de alcance (PRISMA-SR) (Tricco *et al.*, 2018). Los resultados de la identificación, selección, evaluación de elegibilidad e inclusión final se presentan en el diagrama de flujo PRISMA (gráfico 1). La búsqueda bibliográfica se realizó en tres bases de datos: Ovid-Medline (PubMed), PsycINFO y Cochrane Library en enero de 2022. Para los criterios de búsqueda, se utilizaron descriptores en ciencias de la salud, como “suicidio”, “intento de suicidio”, “suicidio completo”, “comunicación” y una combinación de palabras clave como “ideaciones suicidas” o “efecto Papageno”. Posteriormente se adaptaron los operadores booleanos y truncamientos a cada base de datos.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó cualquier artículo, basado en la evidencia científica, en el que se informara sobre el efecto Papageno y las intervenciones que se llevaban a cabo para conseguirlo. Se excluyeron los artículos que trataran sobre otra temática diferente al suicidio y la literatura gris. El único límite que se implantó fue el idioma (inglés y castellano).

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda inicial identificó 49 publicaciones. Se restaron los artículos que no cumplieron con el límite del idioma (n = 5) y se eliminaron las duplicidades (n = 5), quedando un total de 39 artículos.

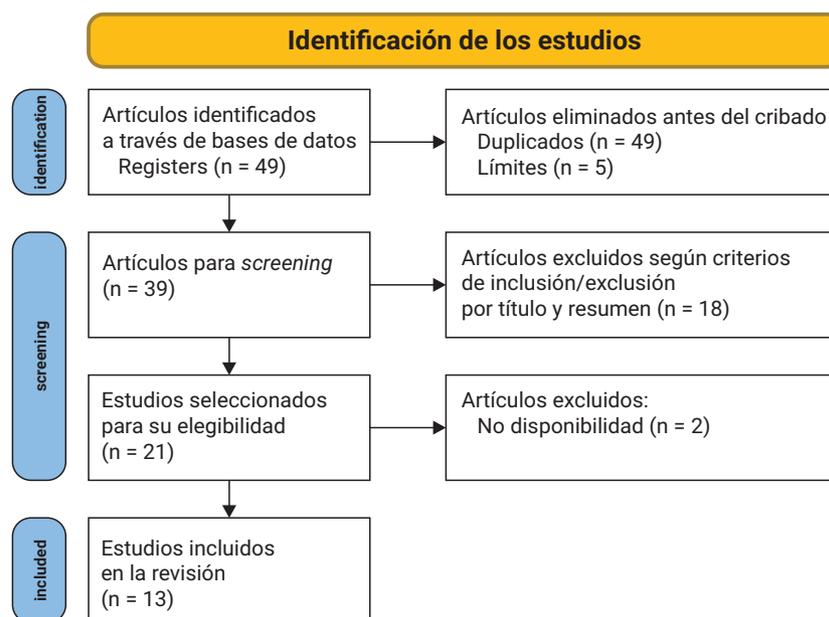


Gráfico 1. Flujograma PRISMA-ScR

En primer lugar, se realizó una lectura del título y resumen de los artículos seleccionados hasta el momento. Se eliminaron 16 por no estar relacionados con el suicidio –sino más bien sobre la promoción y prevención de los trastornos mentales–, también se eliminaron dos por no tratar sobre los medios de comunicación, y, por último, tuvimos que descartar dos artículos debido a la inaccesibilidad de encontrar el texto completo.

Tras la inclusión total de 13 artículos, se creó una plantilla de extracción de datos para poder plasmar las variables de interés, las cuales se recogen en la tabla 1.

Para la extracción de datos, se tuvo en cuenta el análisis temático, los objetivos principales y específicos de los estudios incluidos: efecto Werther; efecto Papageno; el papel de la comunicación, tanto de los medios a nivel global, como de forma terapéutica individual; población de estudio y tipo de intervención, en caso de que hubiese.

Crítica metodológica

Para asegurar la transparencia y rigurosidad de la calidad metodológica de los artículos, estos se valoraron siguiendo la guías de verificación CaSP (Santamaría, 2017) adaptadas a cada diseño de la investigación

(cualitativa, analítica observacional y analítica experimental).

Resultados

Características principales de los estudios seleccionados

Crítica metodológica de los artículos

En esta revisión de alcance se identificaron un total de 13 artículos. La valoración metodológica permite señalar que la mayoría de los artículos incluidos eran de diseño analítico-experimental ($n=7$) (Braun *et al.*, 2021; Niederkrotenthaler *et al.*, 2021; Niederkrotenthaler & Till, 2020a, 2020b; Till *et al.*, 2017; Walter *et al.*, 2021). No obstante, también se realizaron estudios de tipo analítico-observacional ($n=5$) (Cheng *et al.*, 2018; Gunn *et al.*, 2020; Myhre & Walby, 2021; Niederkrotenthaler *et al.*, 2010; Thienel *et al.*, 2019) y uno de diseño cualitativo (Ng *et al.*, 2021).

Todos ellos presentaron claramente sus objetivos y metodología utilizada, aplicando un diseño adecuado para cada tipo de investigación. Se detalló la recogida de los datos, el análisis realizado y las limitaciones. Los únicos que no precisaron aprobación por parte del comité de bioética fueron los de carácter descriptivo.

Tabla 1. Extracción de los datos principales de cada artículo.

| Título | Primer autor, año y país | Diseño | Muestra | Intervención | Puntos clave |
|--|------------------------------------|-------------|--------------------------------------|---|---|
| Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects | Niederkröten-thaler T 2010 Austria | Descriptivo | Noticias de 11 periódicos nacionales | NO | Se demostró una asociación positiva entre informes repetitivos de suicidio a través de la precipitación y tasas de suicidio (dosis-efecto); resalta la influencia de las opiniones de los expertos entremezcladas con titulares sensacionalistas. Es posible la prevención del suicidio a través de los medios de comunicación, en donde los profesionales de salud mental deberían formar parte. |
| Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects | Till B 2017 Austria | ECA | 161 personal sanitario | Búsquedas en internet | Reducción, parcialmente sostenida relacionada con la ideación suicida. Empeoramiento inicial en el estado del ánimo, recuperable en pocos días. La búsqueda de ayuda profesional no fue significativa. Los sitios web pueden estar relacionados con una reducción de la ideación suicida siempre que haya componentes educativos respaldados por profesionales (los medios son un factor protector). |
| The role of media in preventing student suicides: A Hong Kong experience. | Cheng Q 2018 Hong Kong | Descriptivo | 1010 noticias periódicos | NO | Se sobreenformaban los suicidios en jóvenes y no tanto de ancianos. Los mensajes preventivos sobre el suicidio tuvieron un efecto protector. Aunque este efecto se desvanece con el tiempo. |
| Effect of Educative Suicide Prevention News Articles Featuring Experts With vs Without Personal Experience of Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial of the Papageno Effect. | Till B 2018 Austria | ECA | 545 población general | Lectura con experto con/sin experiencia personal. vs. artículo no relacionado en el suicidio. | Disminución de la ideación suicida en el grupo de intervención. Las historias ficticias, sitios web que destaquen cómo hacer frente a situaciones adversas, protegen del suicidio y aumentan su prevención. |
| The Impact of Widely Publicized Suicides on Search Trends: Using Google Trends to Test the Werther and Papageno Effects. | Gunn Jii JF 2019 USA | Descriptivo | Artículos | NO | Demostró que no es tanto con las celebridades, sino la popularidad que le dan los medios relacionadas con las muertes. Indican la importancia de añadir a las noticias información sobre la búsqueda de ayuda, la recuperación y el impacto negativo que puede tener el suicidio. |
| Effects of awareness material featuring individuals with experience of depression and suicidal thoughts on an audience with depressive symptoms: Randomized controlled trial | Niederkröten-thaler T 2020 Austria | ECA | 158 población vulnerable | Exposición a un vídeo | El estado de ánimo deprimido fue significativamente menor. No hubo efecto sobre la ideación suicida o las intenciones de búsqueda de ayuda en la muestra total. Los participantes que dieron positivo para depresión moderadamente severa o superior experimentaron un aumento en la ideación suicida en el grupo de control. |

| Título | Primer autor, año y país | Diseño | Muestra | Intervención | Puntos clave |
|--|------------------------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| Effects of suicide awareness materials on individuals with recent suicidal ideation or attempt: online randomized controlled trial | Niederkröten-thaler T 2020 Austria | ECA | 266 población vulnerable | Exposición a experiencia personal | La experiencia personal compartida de una persona con ideación/intento de suicidio parece tener un efecto protector a corto plazo sobre el riesgo de suicidio. Papaneno no solo en los medios de comunicación, sino en la comunicación en general. Necesidad de trabajar en materiales de concienciación. |
| The Impact of a Widely Publicized Celebrity Suicide on Suicide-Related Internet Search Activity | Myhre MØ 2021 Noruega | Descriptivo | Artículos | NO | Tras la muerte de Ari Behn, si que se observó un aumento de los términos en internet sobre "suicidio" y "cómo suicidarse", y no se encontraron resultados para "prevención suicidio". |
| Malaysian Stakeholder Perspectives on Suicide-Related Reporting: Findings From Focus Group Discussions. Front Psychol. | Ng YP 2021 Malasia | Cualitativo | 3 grupos focales (n=21) | NO | Existencia de informes inseguros que son potencialmente desencadenantes: falta de conciencia, conocimiento y orientación inadecuados. Falta de empatía y responsabilidad. Las historias sobre el suicidio deben enmarcarse en el contexto de los mensajes positivos. Hay que educar sobre hechos relacionados con problemas de salud mental y prevención del suicidio, e incluir recursos para buscar ayuda. Colaborar con los profesionales de los medios de comunicación para mejorar la calidad de la información segura sobre suicidios podría ser una de las formas de avanzar. La naturaleza flexible de las plataformas en línea/redes sociales permite realizar cambios después de la publicación. Esto también puede facilitar las intervenciones en tiempo real, primero en estudiar esto desde la perspectiva de los profesionales. |
| A Short Media Training Session Is Effective in Reinforcing Psychiatrists' Communication Skills About Suicide | Walter K 2021 Francia | ECA pre-post | 173 profesionales sanitarios | Mini Media training | El MMT puede ser una herramienta interesante para sensibilizar a la población sobre cómo comunicar. |
| Effects of media stories featuring coping with suicidal crises on psychiatric patients: Randomized controlled trial | Niederkröten-thaler T 2021 Austria | ECA | 172 población vulnerable | Lectura | Los pacientes con alteraciones afectivas tuvieron una leve reducción de la ideación suicida, aumento fugaz de pedir ayuda y ligero empeoramiento del estado de ánimo. Los pacientes con trastorno afectivo parecen beneficiarse de los materiales que se les ofrecen para el dominio de las crisis suicidas. |
| Effects of suicide prevention videos developed by and targeting adolescents: a randomized controlled trial | Braun M 2021 Austria | ECA | 299 población específica | Exposición a vídeo | Hubo una reducción significativa de la ideación suicida, igual que la búsqueda activa de ayuda a las cuatro semanas. Parece que esta respuesta está mediada por las historias personales de sus iguales (reconocerse en edad y género). |
| Do Australian media apply recommendations when covering a suicide prevention campaign? | Thiènel, R 2019 Australia | Descriptivo | 112 noticias (radio y TV) | NO | 97 % de las transmisiones cumplieron con las normas, en general, aunque algunas utilizaban terminología negativa ("sufrir una enfermedad mental"). Ninguna utilizó imágenes morbosas, condición de patología mental. Solo un 40 % daban información sobre cómo buscar ayuda. |

Respecto a los estudios analítico-experimentales, todos ellos superaron los beneficios frente a los posibles riesgos, pese a que en dos de ellos (Braun *et al.*, 2021; Niederkrotenthaler *et al.*, 2021) la precisión no fue clara del todo. Y de forma exclusiva, en el estudio de Walter K *et al.* (Walter *et al.*, 2021) no hubo cegamiento ni aleatorización en el reclutamiento de la muestra.

Países en lo que se han realizado los trabajos seleccionados

Los estudios incluidos en la revisión se han realizado en Austria (n=7), seguido de Australia (n=1), Hong Kong (n=1), Estados Unidos (n=1), Noruega (n=1), Malasia (n=1) y Francia (n=1).

Enfoque de los resultados

Los estudios de diseño observacional descriptivo (n=5) (Cheng *et al.*, 2018; Gunn *et al.*, 2020; Myhre & Walby, 2021; Niederkrotenthaler *et al.*, 2010; Thienel *et al.*, 2019) objetivaron a través de un análisis de los titulares y noticias (emitidos por televisión, radio o internet), en un periodo de tiempo establecido, la existencia del efecto Werther. Destacaron que este se potencia a través de la visión de la “hipótesis del mundo aterrador”, en la que enfatizaron la existencia de una asociación directa entre la cantidad de noticias sobre el suicidio y los suicidios consumados (Niederkrotenthaler *et al.*, 2010). Además, este cobró más fuerza según el medio empleado (televisión) y/o al hablar con más frecuencia en el caso de las celebridades o según rangos de edad (prevalentemente en los jóvenes) (Cheng *et al.*, 2018). No obstante, en el estudio realizado en Australia en el que también se analizaban este tipo de noticias, se observó que el 97% de las transmisiones, intentaban cumplir con las normas de publicación, y en las que solo un 40% ofrecían un recurso sobre cómo y dónde poder pedir ayuda (Thienel *et al.*, 2019).

Además, aunque todos los artículos incluidos en la revisión indicasen la posibilidad de prevenir el suicidio a través de los medios de comunicación, subrayando la importancia de estar en continua formación dada la posibilidad de que el efecto protector se desvanezca en el tiempo (Niederkrotenthaler *et al.*, 2010), (Cheng *et al.*, 2018), solo dos de ellos indicaron la importancia de incluir en los equipos de comunicación a profesionales de la salud mental para que evaluaran y apoyasen aquello que se está retransmitiendo (Niederkrotenthaler *et al.*, 2010), (Ng *et al.*, 2021).

Por otro lado, los estudios analíticos experimentales no se focalizaron en el efecto Werther, sino más bien sobre el efecto Papageno. El objetivo principal era conocer si las intervenciones realizadas fomentaban la prevención y/o reducción de las ideaciones suicidas, al mismo tiempo que se aumentaba la búsqueda activa de ayuda profesional.

Población y clasificación de las intervenciones del estudio

Dada la variabilidad de los resultados relacionados con la población de estudio, y atendiendo a las recomendaciones de la OMS, se han categorizado las intervenciones de los ensayos clínicos (n=7) en estrategias utilizadas para la población universal (toda la población; n=1), selectivas (subpoblaciones específicas, n=1) y población vulnerable (n=3). Estas se han puesto en práctica sobre un total de 1765 personas. Además, se ha propuesto añadir otra categoría para incluir el resto de los ensayos clínicos (n=2) cuya población estaba focalizada en los profesionales sanitarios.

Estrategias dirigidas a la población universal

En un estudio dirigido a 545 adultos, entre los que predominaban las mujeres con una media de edad de 41 años, se realizó una actividad a través de la lectura. Esta lectura se realizó a un grupo a través de un experto en la materia con y sin experiencia personal sobre la superación de las ideaciones suicidas; otro grupo leyó otro artículo que no tenía relación con la temática a tratar (Till *et al.*, 2019).

En el grupo de intervención, se demostró una disminución de las ideaciones suicidas en general, a pesar de la persona que compartía y lideraba la actividad. Por lo que los autores de dicha investigación concluyeron que no hay diferencias entre los resultados ante la lectura de un profesional con o sin experiencias propias, y que por tanto el uso de historias ficticias podría ser útil para la prevención del suicidio, atendiendo a una serie de recomendaciones; entre ellas, compartir de forma explícita cómo desarrollar habilidades de afrontamiento y estrategias de actuación.

Estrategias selectivas

Se habla de estrategias selectivas cuando van focalizadas a una subpoblación específica. En este caso, nos encontramos con un estudio realizado con adolescentes de 14 a 19 años de edad (Braun *et al.*, 2021).

La intervención consistía en ver un video de 4.5 minutos en el que un joven es capaz de gestionar y dominar las emociones y los pensamientos relacionados con el acto suicida, frente a otra visualización sobre un video de actividad física y nutrición. En este caso, los autores demostraron que en el primer grupo las ideaciones disminuyeron de forma significativa al mismo tiempo que aumentó la búsqueda de ayuda de forma activa. Además, esta última se mantuvo durante cuatro semanas, siendo el tiempo de seguimiento de la muestra más extenso al compararlo con el resto de estudios.

Estrategias en individuos de alto riesgo

En relación con los individuos de alto riesgo de suicidio, se han analizado tres artículos, cuya población de intervención fue una muestra con alteraciones psiquiátricas o con ideaciones suicidas presentes (Niederkröthaler *et al.*, 2021; Niederkröthaler & Till, 2020a, 2020b). Se ha considerado interesante clasificarlas por edad, para observar y analizar si hay algún tipo de diferencia.

Hubo dos estudios que realizaron una intervención sobre un total de 330 personas mayores de edad diagnosticados de algún trastorno mental (Braun *et al.*, 2021; Niederkröthaler & Till, 2020a). A través de un video y la lectura de un artículo en el que se mostraba cómo un joven con sintomatología depresiva que presentaba ideaciones suicidas era capaz de dominarlas y superarlas, se demostró una disminución general de las ideaciones suicidas. Se confirmó que la visión o lectura de este tipo de material no era perjudicial para las personas con ideaciones suicidas; concluyó indicando que este tipo de material podría ser complementario al tratamiento habitual que estuvieran siguiendo.

Destacar que en uno de ellos resultó haber un empeoramiento del estado de ánimo por parte de las personas con alteraciones afectivas, el cual remitió en un breve periodo de tiempo (menos de una semana); también hubo un aumento de peticiones de ayuda profesional, fugaz (Braun *et al.*, 2021).

El otro estudio realizó una intervención sobre población adulta, que presentaba en el momento actual o reciente ideas suicidas. En esta, se trataba de que una persona con una situación personal previa similar compartiese con el resto su experiencia de superación personal. Los resultados de este estudio concluyeron que el efecto Papageno no solo se encuentra en los

medios de comunicación, sino también en la forma de comunicar. Añadió que tanto la educación como la concienciación sobre el suicidio son efectivas y que no es necesario que el orador sea una persona con experiencias previas, sino que también puede ser un profesional de la salud.

Otras intervenciones (estudios realizados a profesionales)

Las intervenciones aplicadas hacia los profesionales sanitarios se han focalizado en programas de capacitación sobre cómo hablar de las ideaciones suicidas y/o suicidios consumados y cómo realizar concienciación a la población (Till *et al.*, 2017; Walter *et al.*, 2021).

Las intervenciones se realizaron sobre 334 profesionales de la salud mental. Una de ellas se trataba de exponer a los profesionales, durante diez minutos, a páginas web en las que se tratase y hablase contenido relacionado con el suicidio. Se halló un empeoramiento del estado anímico (reflejado en cuestionarios), que los participantes minimizaron y trivializaron, y que se recuperó una semana después. En general, el estudio demostró que los sitios web contribuían a una reducción de las ideaciones suicidas siempre que el contenido incluyese información –apoyada y realizada por profesionales de la salud mental– y estrategias de afrontamiento.

La intervención del otro estudio, era un juego de rol de 10 minutos de duración, que trataba de realizar una breve sesión de capacitación a los profesionales sanitarios para ayudar a desarrollar habilidades en la comunicación: debían contestar a una entrevista sobre el suicidio y realizar una corrección de sus respuestas comparándolas con las recomendaciones dictadas sobre la OMS (Walter *et al.*, 2021). Este no solo indicó que la comunicación era una herramienta importante sobre la que trabajar de forma continua, sino que mostró una necesidad de implicación práctica y real por parte de los profesionales, ya que el trabajo no finalizaba con la publicación de ciertas recomendaciones, sino que había que ponerlas en práctica para que fuesen efectivas.

Discusión

En general, los estudios seleccionados hacían referencia a estrategias universales de prevención del suicidio, en las que se abordaron 2 categorías principales: 1) Reducción del efecto Werther (a través de recomen-

ciones establecidas por organismos nacionales e internacionales y de la participación de profesionales de la salud mental junto con los medios de comunicación; 2) Promoción de la salud y prevención del suicidio (efecto Papageno) a través de intervenciones.

Los estudios que más habían estudiado el efecto Werther otorgaban recomendaciones sobre cómo reducirlo, eran de tipo descriptivo y se realizaron a partir del análisis de anuncios en periódicos, radio o televisión, detectando similitudes en la esfera cuantitativa (frecuencia, extensión y cantidad) y cualitativa (tono sensacionalista, descripción de la forma y el lugar, uso de palabras como *saltar*; también se concluyó que tanto el género, como la edad y nacionalidad eran factores íntimamente relacionados con el sujeto de la noticia, así como la relación de admiración y/o popularidad de la persona que se había suicidado.

La investigación acerca de la manera en que los medios informan sobre el suicidio ha sufrido un incremento exponencial en los últimos años, al demostrarse que esta es una exposición ambiental que puede influir en los suicidios. Si bien es cierto que hasta hace cinco años el objetivo del estudio se centraba más sobre el efecto Werther (Luce, 2017), en nuestra revisión de alcance podemos observar que en la actualidad se han incrementado los trabajos científicos que pretenden estudiar y potenciar el efecto Papageno.

Con respecto a los estudios sobre el efecto Werther, todos los estudios encontrados hasta el momento han sido de diseño ecológico. En ellos se confirma que el sensacionalismo de los titulares implicado en este tipo de acciones, junto con la opinión realizada por algunos expertos, son dos de los componentes clave que pueden suscitar el suicidio colectivo. Si bien hay otros factores a tener en cuenta, que sea a través de la televisión (ya sea con historias reales o ficticias), con palabras como *saltar*, *disparar*, *tren*, *paracetamol*, de forma constante y repetitiva dota de más probabilidades a las personas vulnerables con ideaciones suicidas (activas o no) a realizar el suicidio (Domaradzki, 2021; Gunn *et al.*, 2020; Myhre & Walby, 2021). También coinciden en que las noticias que más pretenden visibilizar son de carácter exagerado y alejadas de la realidad.

Y en cuanto al efecto Papageno, la revisión de alcance evidencia la necesidad de potenciar este efecto tanto a nivel global –a través de los medios de comunicación–, como individual –en la forma de comunicarnos con el entorno– (Braun *et al.*, 2021). Para ello, una

de las herramientas que más han utilizado los estudios de intervención ha sido la narración de historias de superación personal (reales o ficticias), las cuales tienen un pequeño efecto protector a corto-medio plazo (un mes) (Braun *et al.*, 2021; Niederkrotenthaler *et al.*, 2022; Niederkrotenthaler & Till, 2020a). Para ello, se han de adaptar a grupos específicos y tratar sobre conceptos bien definidos, como, por ejemplo, las ideaciones suicidas o los intentos de autolisis desde la perspectiva de la superación y desarrollo de habilidades de afrontamiento, sin enfatizar el cómo pensaron y/o intentaron hacerlo (Niederkrotenthaler *et al.*, 2010). Esto es importante tenerlo en cuenta, ya que hay ejemplos de estas actividades que buscaron llegar a la población con la finalidad de reducir las ideaciones suicidas, y se consiguió el efecto contrario (Niederkrotenthaler *et al.*, 2021; Schmidtke & Häfner, 1988). Quizá, en estudios posteriores, también se debería investigar sobre la población con intentos de autolisis reales, independientemente de que también se traten las ideaciones autolíticas.

También se ha observado cómo la mayoría de los estudios de intervención evaluaban la “ideación suicida” y la “búsqueda de ayuda” a través de narrativas personales con la finalidad de concretar si estos mensajes eran seguros (Niederkrotenthaler *et al.*, 2014; Niederkrotenthaler & Till, 2020a; Till *et al.*, 2015). Algunos estudios no solo informaron sobre la efectividad de la intervención, sino que indicaron que este tipo de actividades había tenido un mayor efecto en la población vulnerable frente a la población en general. Esto podría deberse a procesos de identificación o semejanza, tal y como indica Niederkrotenthaler *et al.* (2015). Cabe destacar que este tipo de narrativas son igual de útiles tanto si son ficticias, reales, compartidas por individuos que han tenido pensamientos similares o son profesionales de la salud que no comparten con ellos ese tipo de experiencia (Till *et al.*, 2019); esto no ocurre en otro tipo de programas, como por ejemplo, en los programas contra la violencia, en los que se ha demostrado la necesidad de que los líderes de la intervención compartan una situación similar (Webster *et al.*, 2013; Whitehill *et al.*, 2013).

Otro punto a tener en cuenta es la búsqueda de ayuda experimentada tras las intervenciones, dada la variabilidad de los resultados: en un estudio, se observó un aumento en la búsqueda –aunque fugaz– por parte de las mujeres que conformaban el estudio (Niederkrotenthaler *et al.*, 2022); en el de Niederkrotenthaler *et al.* (Niederkrotenthaler & Till, 2020a) también

hubo un ligero aumento, aunque se partía de la base de que la población ya estaba en contacto y seguimiento estrecho por parte de profesionales de una unidad de salud mental; y en el último (Till *et al.*, 2017), no se obtuvo un valor no significativo en general. Estos datos también coinciden con otras investigaciones en las que se ha demostrado que los programas de alfabetización en salud mental y el hacer uso de este recurso parece disminuir con el tiempo (Saulsberry *et al.*, 2013; Whiteside *et al.*, 2014), por lo que se enfatiza que su uso no debe de ser puntual, y que el material debe ser de repetición continua.

La búsqueda de ayuda especializada ante este tipo de situaciones también supone que los profesionales estén formados y capacitados para atender a la población en crisis. No obstante, solo dos artículos (Till *et al.*, 2017; Walter *et al.*, 2021) han realizado intervenciones sobre profesionales con la finalidad de formarles o acercarlos a esta temática en particular. De estos, también se extrae que, al trabajar sobre este tema, a priori pueden aparecer sentimientos de tristeza o decaimiento que no son susceptibles de tratamiento, ya que el estado de ánimo se recupera en pocos días. Esto ocurre tanto a los profesionales sanitarios, como en la población general, tal y como indica Niederkrotenthaler *et al.* (Niederkrotenthaler *et al.*, 2022), añadiendo que no por ello se debe omitir información o parar el proceso; se trata de una circunstancia normal en la que se tiende a minimizar las emociones que suscita esta temática.

Parece interesante añadir el uso de plataformas web como parte del tratamiento complementario al profesionalmente recibido, sobre todo en poblaciones diagnosticadas con algún trastorno mental, pues se ha demostrado que, en el caso de los pacientes con trastornos afectivos que se encuentren en una crisis de intento suicida, pueden beneficiarse de este tipo de materiales (Niederkrotenthaler *et al.*, 2022).

Además, la figura de los profesionales sanitarios en todo este proceso es de vital importancia. Los estudios coinciden en que estos deben ser parte del grupo de los medios de comunicación, realizando actividades de colaboración y seguimiento de forma activa y no conformarse con la mera indicación de recomendaciones (Walter *et al.*, 2021) asegurando que hay un seguimiento y monitorización del contenido, con carácter más educativo y en tiempo real (Ng *et al.*, 2021).

Se requiere la colaboración constante de los profesionales de la Salud Mental. Estos deberían tener la formación necesaria para poder realizar las correcciones oportunas en el caso de no que no se trate con profesionalidad y respeto información relacionada con las muertes por suicidio, así como el seguimiento y vigilancia estrecha de los medios de comunicación (Niederkrotenthaler & Till, 2020b).

En estos programas, los profesionales deben estar actualizados en dialéctica, ser conocedores de los recursos disponibles y deben aplicar sus conocimientos de forma activa, focalizando su ámbito de actuación en subgrupos poblaciones. Se debe adaptar el mensaje y el acceso a él teniendo en cuenta que hay factores muy influyentes, como la edad, el sexo y nacionalidad. Además, el material educativo proporcionado podría ser útil como tratamiento complementario al psicofarmacológico –en caso de que hubiera–, siendo plenamente conscientes de que la búsqueda de ayuda se desvanece en el tiempo y habría que tener un seguimiento estrecho.

Conclusión

Este trabajo tiene como objetivo general explorar la literatura existente sobre el efecto Papageno a través de una revisión de alcance y, como objetivo específico, conocer qué intervenciones –basadas en la evidencia científica– han sido útiles y seguras.

Cada vez hay más trabajos científicos que focalizan su estudio en potenciar el efecto Papageno, es decir, en la prevención del suicidio a través de la comunicación. En un primer momento, las investigaciones se han basado en estudiar el efecto Werther, a través de estudios ecológicos. Pero la perspectiva cambió a partir del año 2010, con la intención de estudiar el efecto Papageno. A partir de ese momento y aunque el número de estudios descriptivos ha continuado siendo alto, se ha propiciado un aumento de la literatura relacionado con estudios de intervención con la finalidad de localizar aquellas intervenciones o programas prometedores para potenciar el efecto Papageno.

Entre estas técnicas caben destacar las narrativas (por parte de un experto o de un individuo con historia de superación previa o no, ficticia o real) en formato presencial, vídeo, lectura, o la navegación de páginas web, en los que el contenido esté supervisado y apoyado por profesionales de la salud mental. Estas prácticas se han considerado seguras y eficaces –siempre y

cuando sean de carácter repetitivo y avaladas por profesionales en la materia— tanto para la población general, como para subgrupos poblaciones o individuos en riesgo de vulnerabilidad, a pesar de haber un ligero descenso en el estado de ánimo, considerado como normal.

Limitaciones

Aunque la mayoría de los estudios incluidos han sido de tipo analítico-experimental y hayan presentado una base más sólida para relacionar riesgos y beneficios sobre las intervenciones para mejorar y potenciar el efecto Papageno, se precisan estudios con mayor rigor científico que cumplan con todos los criterios estimados en las listas de valoración de la calidad metodológica. Además, se observa la necesidad de realizar estudios con mayor potencia estadística en los que participe un mayor número de participantes y el diseño tenga mayor calidad científica.

Sería interesante que en futuras investigaciones no solo se traten las ideaciones suicidas y la búsqueda activa de ayuda, sino también sobre la población que ya haya realizado intentos de autolisis previos para conocer de qué manera se les podría ayudar.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Referencias

- Braun, M., Till, B., Pirkis, J., & Niederkrotenthaler, T. (2021). Effects of suicide prevention videos developed by and targeting adolescents: a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01911-6>
- Cheng, Q., Chen, F., Lee, E., & Yip, P. (2018). The role of media in preventing student suicides: A Hong Kong experience. *Journal of Affective Disorders*, 227, 643–648. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.007>
- Domaradzki, J. (2021). The werther effect, the papageno effect or no effect? A literature review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 5, pp. 1–21). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>
- Glenn, C., Lanzillo, E., Esposito, E., Santee, A., Nock, M., & Auerbach, R. (2017). Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 971–983. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0>
- Gunn, J., Goldstein, S., & Lester, D. (2020). The Impact of Widely Publicized Suicides on Search Trends: Using Google Trends to Test the Werther and Papageno Effects. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 142–155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1522284>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373–2382.

- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Leonard, E. (2001). Confidential death to prevent suicidal contagion: an accepted, but never implemented, nineteenth-century idea. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(4), 460–466. <https://doi.org/10.1521/suli.31.4.460.22043>
- Luce, A. (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals. <https://www.who.int/publications/i/item/OMS-MSD-MER-17.5>
- Manchado, R., Tamames, S., López, M., Mohedano, L., & D'Agostino, M. (2009). Revisión Sistemática Exploratoria. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 55(216), 12–19. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2009000300002>
- Mental, S. (2020). Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/depresion-suicidio-2020/>
- Merino, E. (2022). El suicidio en la juventud española. Analizando la situación actual, factores de riesgo y programas de intervención. <http://hdl.handle.net/10902/25063>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Mortalidad por suicidio en España, 2020. 1–4. https://www.mscbs.gob.es/ca/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf
- Myhre, M., & Walby, F. (2021). The Impact of a Widely Publicized Celebrity Suicide on Suicide-Related Internet Search Activity. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1875942>
- Ng, Y., Pheh, K., Panirselvam, R., Chan, W. L., Lim, J., Lim, J., Leong, K., Bartlett, S., Tay, K., & Chan, L. (2021). Malaysian Stakeholder Perspectives on Suicide-Related Reporting: Findings From Focus Group Discussions. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673287>
- Niederkrotenthaler, T., Arendt, F., & Till, B. (2015). Predicting Intentions to Read Suicide Awareness Stories. *Crisis*, 36(6), 399–406. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000344>
- Niederkrotenthaler, T., Baumgartner, J., Kautzky, A., Fellingner, M., Jahn, R., Wippel, A., Koch, M., König-Castillo, D., Höflich, A., Slamanig, R., Topitz, A., Wancata, J., & Till, B. (2021). Effects of media stories featuring coping with suicidal crises on psychiatric patients: Randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2244>
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
- Niederkrotenthaler, T., Kirchner, S., Till, B., Sinyor, M., Tran, U. S., Pirkis, J., & Spittal, M. J. (2021). Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine*, 36, 100922. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100922>
- Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D., Till, B., & Gould, M. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S235–S243.
- Niederkrotenthaler, T., & Till, B. (2020a). Effects of awareness material featuring individuals with experience of depression and suicidal thoughts on an audience with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101515>
- Niederkrotenthaler, T., & Till, B. (2020b). Effects of suicide awareness materials on individuals with recent suicidal ideation or attempt: online randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 693–700. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.259>

- Niederkröthaler, T., Till, B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J., Tran, U. S., Voracek, M., Arendt, F., Ftanou, M., Kovacs, R., King, K., Schlichthorst, M., Stack, S., & Spittal, M. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(2), e156–e168. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00274-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00274-7)
- Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media. Part I: Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146–154. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.4.146>
- American Psychiatric Association Work Group On Suicidal Behaviors. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. (2003). In *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches* (Vol. 160, Issue 11 Suppl, pp. 1–60). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.56008>
- Santamaría, R. (2017). Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). *NefroPlus*, 9(1), 100–101. <http://www.redcaspe.org/>
- Saulsbury, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Reinecke, M., Corden, M., & Van Voorhees, B. W. (2013). Randomized Clinical Trial of a Primary Care Internet-based Intervention to Prevent Adolescent Depression: One-year Outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 106–117. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23667356>
- Schmidtko, A., & Häfner, H. (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18(3), 665–676. <https://doi.org/10.1017/S0033291700008345>
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 123–138. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010123>
- Stack, S. (1992). The effect of the media on suicide: the Great Depression. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(2), 255–267. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb00232.x>
- Thienel, R., Bryant, M., Hazel, G., Skehan, J., & Tynan, R. (2019). Do Australian media apply recommendations when covering a suicide prevention campaign? *Journal of Public Mental Health*, 18(2), 135–147. <https://doi.org/10.1108/JPMH-10-2018-0071>
- Till, B., Arendt, F., Scherr, S., & Niederkröthaler, T. (2019). Effect of educative suicide prevention news articles featuring experts with vs without personal experience of suicidal ideation: A randomized controlled trial of the papageno effect. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(1), E1–E8. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11975>
- Till, B., Strauss, M., Sonneck, G., & Niederkröthaler, T. (2015). Determining the effects of films with suicidal content: A laboratory experiment. *British Journal of Psychiatry*, 207(1), 72–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152827>
- Till, B., Tran, U. S., Voracek, M., & Niederkröthaler, T. (2017). Beneficial and harmful effects of educative suicide prevention websites: randomised controlled trial exploring Papageno v. Werther effects. *British Journal of Psychiatry*, 211(2), 109–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177394>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Walter, K., Wathélet, M., Valdenaire, S., Grandgenèvre, P., Pauwels, N., Vaiva, G., & Notredame, C. E. (2021). A Short Media Training Session Is Effective in Reinforcing Psychiatrists' Communication Skills About Suicide. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.733691>
- Webster, D. W., Whitehill, J. M., Vernick, J. S., & Curriero, F. C. (2013). Effects of Baltimore's Safe Streets Program on gun violence: a replication of Chicago's CeaseFire Program. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(1), 27–40. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9731-5>
- Whitehill, J. M., Webster, D. W., & Vernick, J. S. (2013). Street conflict mediation to prevent youth violence: conflict characteristics and outcomes. *Injury Prevention : Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 19(3), 204–209. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040429>
- Whiteside, U., Richards, J., Bradley Steinfeld, G. S., Caka, S., Tachibana, C., Stuckey, S., & Ludman, E. (2014). Online Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Primary Care Patients: A Pilot Feasibility Project. *The Permanente Journal*, 18(2), 21–27. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-155>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(4), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- OMS. (2021). LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf>
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 59, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL