

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 12 DICIEMBRE 2020

EDITORIAL

Historia de una puerta “mental”

Francisco Javier Castro-Molina

ARTÍCULOS ORIGINALES

Efectos de un programa de inteligencia emocional en población infantil: ensayo clínico aleatorizado (ECA)

Blanca Navarro Peral, Juan Nicolás Cuenca Zaldívar, Javier Álvarez Martín

Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental

Mónica Hernández Carabias, Jordi Torralbas Ortega, Alberto Granero Lázaro,
Ángel Lorenzo Capilla, Rosa María Gabernet Florensa, Vicente de la Cruz Varo

Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: efecto de las actividades ocupacionales

Sonia Martínez-Felix, Celia Ferrer-Yeves, Concepción Martínez-Martínez

CARTAS AL DIRECTOR

Cuidando a ciegas. La persona con trastorno adictivo y su relación con la enfermería durante la pandemia de COVID-19

Enrique Pérez-Godoy Díaz, Antonio Moreno-Guerín Baños

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Javier Sánchez Alfonso, Enfermero especialista en Salud Mental. Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés (Madrid), España.

Editora

Vanesa Sánchez Martínez, Profesora Doctora. Enfermera especialista en Salud Mental. Universidad de Valencia. España.

Editor Asociado

Carlos Aguilera Serrano, Doctor enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Motril (Granada), 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.*

Geilsa 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.*

Rocío Juliá Sanchís, *Universitat d'Alacant. 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. Victoria Borrego Espárrago

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Isabel Jordán Martínez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2020

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 Historia de una puerta "mental"**
The history of a "mental" door
Francisco Javier Castro-Molina

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4 Efectos de un programa de inteligencia emocional en población infantil: ensayo clínico aleatorizado (ECA)**
Effects of an emotional intelligence program on children: Randomized clinical trial (RCT)
Blanca Navarro Peral, Juan Nicolás Cuenca Zaldívar, Javier Álvarez Martín
- 15 Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental**
Anxiety in informal caregivers in a mental health home hospitalization unit
Mónica Hernández Carabias, Jordi Torralbas Ortega, Alberto Granero Lázaro, Ángel Lorenzo Capilla, Rosa María Gabernet Florensa, Vicente de la Cruz Varo
- 22 Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: efecto de las actividades ocupacionales**
Social isolation and self-esteem in people with mental disorders: Effect of occupational activities
Sonia Martínez-Felix, Celia Ferrer-Yeves, Concepción Martínez-Martínez

CARTAS AL DIRECTOR

- 32 Cuidando a ciegas. La persona con trastorno adictivo y su relación con la enfermería durante la pandemia de COVID-19**
Caregiving blindfolded. People with an addictive disorder and their relationship to nursing during the COVID-19 pandemic
Enrique Pérez-Godoy Díaz, Antonio Moreno-Guerín Baños

Historia de una puerta “mental”

The history of a "mental" door

Francisco Javier Castro-Molina

Enfermero de salud mental. Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria (Universidad de La Laguna). Santa Cruz de Tenerife, España.

Contacto: fcastron@ull.edu.es

Fecha de recepción: 30 de julio de 2020 / Fecha de aceptación: 06 de noviembre de 2020

EDITORIAL

La Real Academia Española de la lengua (RAE) define una puerta como un “armazón de madera, hierro u otra materia, que, engoznada o puesta en el quicio y asegurada por el otro lado con llave, cerrojo u otro instrumento, sirve para impedir la entrada o la salida, para cerrar o abrir un armario o un mueble”. Y es aquí donde está la cuestión: entrada y salida. La legendaria fundación de Roma fue fruto del surco trazado que otorgó un “carácter sagrado al espacio que se originó”, cuya profanación fue la causa del fatal desenlace de una historia que todos conocemos. ¿Solución? Fácil: se idearon segmentos del perímetro sin trazar, determinando así el acceso a la ciudad. La elevación de los muros que rodearon los lugares carentes de trazo, los vanos, se acabaron denominando “puerta”, favoreciéndose así las entradas y las salidas a las urbes. Porque la puerta ha sido, y fue, un “instrumento” que ha servido, desde las primeras construcciones que nacieron de la mano de los hombres, para privatizar los espacios, lo íntimo de lo público, ya fuera en cualquiera de sus modalidades: abatible, ascendente, por secciones, basculante, corrediza, egipcia, giratoria, en esviaje, de maroma, veneciana u holandesa. Y porque esta ha sido siempre su función: atrancar, tapiar, obstruir, cercar, tabicar, ocluir, lacrar, ocluir, cegar y tapar.

Pero, cegar y tapar ¿el qué? Cuando ponemos nuestros ojos en la salud mental, nos damos cuenta de que estas acciones han sido una constante en la historia. Apartar a la persona que sufre una enfermedad mental como una solución a su problema es una situación que se reitera. La sociedad, como un acto reflejo, esconde todo aquello que recuerda nuestras debilidades, que devuelve al hombre a su momento prístino, que es poco atractivo. Porque la locura siempre ha sido “fea”. Y por ello la mejor forma de apartarla es por medio de una puerta. Puertas que en ocasiones parecen propias de aquellos lugares que atesoran grandes riquezas: grandes, gruesas, pesadas. ¿Y con qué finalidad? Con una claramente definida: manifestar quiénes son los poseedores del “poder”. Porque la puerta es una herramienta de control. Y lo ha sido desde siempre. Mientras el siglo XVII profundizó en la psique humana desde una óptica nueva en la que hubo una preocupación marcada por la anatomía y las funciones del cerebro, el XVIII, fue “un salto hacia delante”. La Ilustración, que había venido a convulsionar a la sociedad, obligó a mutar la forma de ver la enfermedad mental. Pinel eliminó las “cadenas físicas y mentales de los enfermos”, además de definir el concepto de enfermedad mental. Y fue Esquirol, su discípulo, el que culminó la obra de su mentor: lograr la promulgación en 1838 de una ley que obligaba al Estado francés a crear asilos para dementes en cada uno de los departamentos de su territorio. Aun así, continuó existiendo un “modelo maquillado”, en el que unos ostentaban un poder otorgado por la sociedad sobre otros que eran “diferentes”. Y aquí entramos en la eterna pregunta de Foucault, que no hace otra cosa más que dejar a un lado el planteamiento de “qué es el poder”, para preocuparse por “cómo es”. Para él, el poder muestra dos vertientes: la norte, que a su vez se subdivide en la “anatomopolítica”, nacida en los primeros pasos del siglo XVIII, que indaga en la emergencia de la tecnología disciplinaria, y la también llamada “biopolítica”, que se desarrolló en la segunda mitad de este mismo siglo, y centró su preocupación en la longevidad, los natalicios, los obituarios, y la salud en general de los individuos; en cambio, la vertiente sur lleva el “ritmo del neoliberalismo”, sazonado con toques de un poder de complejidad refinada sostenido en la represión de la sexualidad. Porque Foucault se centra en todos aquellos mecanismos empleados por la persona para construir su subjetividad, procurando dar orden a las ideas, y así, lograr saber quiénes somos cada uno de nosotros.

Pero volvamos a “la puerta y el poder que supone poseer su llave”. El desarrollo industrial del siglo XVIII dejó atrás el rancio y trasnochado modelo social del medievo que progresivamente hacía agua por todos lados. Con él vinieron nuevas formas de ver el mundo, entre ellas, a los alienados que hasta la fecha habían habitado recintos murados que

los alejaban del entorno al que pertenecían. Este nuevo estado transformó el manicomio en el asilo mental, con un mero objetivo: "humanizar", en su contexto mediante la tecnología incipiente, los cuidados de los "leprosos mentales". Inglaterra, con su "Open Door" avanzó como nunca se había avanzado. Abrió las puertas a todos aquellos que podían recuperarse, que podían volver al entorno que los vio nacer, que podían regresar y reinsertarse en una sociedad transformada. Esta experiencia logró contaminar y saltar fronteras, germinando la semilla en el albor del siglo XX en países como Chile o España, y que posteriormente la reforma psiquiátrica italiana recicló e incorporó a un inconcluso modelo que no llegó a cuajar en su totalidad, no logrando así enterrar algunos atributos de poder. Y me surge aquí una duda: ¿verdaderamente hemos abierto o eliminado las puertas en nuestra mente, o es que tan solo aquellas puertas que un día se abrieron han vuelto a cerrarse? Hoy por hoy muchas unidades de hospitalización de salud mental en nuestro Sistema Nacional de Salud "continúan fiscalizando" la bidireccionalidad de los accesos, el exterior y el interior. Son muchos los conatos que han buscado dar un cambio a esta "situación perenne", y desgraciadamente abocados en su mayoría al fracaso, porque "mutar" supone abandonar los espacios de confort y aventurarse a nuevas opciones que tienen como meta la "normalidad", exiliando de esta manera el estatus de poder que se ostenta. Está claro que tanto nosotros, los profesionales sanitarios, como la sociedad en general debemos hacer "trabajos de interiores", alejando de una vez por todas el "estigma" de nuestra forma de ver a la persona, manteniendo una mente abierta, empática y con altas dosis de salud mental positiva. Porque como diría Leo Tolstoy: "Todo el mundo piensa en cambiar el mundo, pero nadie piensa en cambiarse a sí mismo". Y ya es hora de cambiar.



Efectos de un programa de inteligencia emocional en población infantil: ensayo clínico aleatorizado (ECA)

Effects of an emotional intelligence program on children: Randomized clinical trial (RCT)

Blanca Navarro Peral¹, Juan Nicolás Cuenca Zaldívar², Javier Álvarez Martín³

1. Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación II. Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés, España.

2. Servicio de rehabilitación. Hospital de Guadarrama. Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria. Madrid, España.

3. Departamento de emergencias. Hospital de Leicester. Leicestershire, Reino Unido.

Contacto: blanca.navarro.2@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 13 de junio de 2020

Resumen

Introducción: Existe una relación directamente proporcional entre los niveles de inteligencia emocional (IE) y una buena salud mental. Las intervenciones basadas en IE incrementan los niveles de calidad de vida, mejoran el desarrollo académico, protegen frente a la violencia escolar y disminuyen el consumo de tóxicos.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre IE.

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado.

Entorno y participantes: Centro de Educación Primaria (EP). Estudiantes de 5º y 6º.

Métodos: Aleatoriamente los participantes fueron distribuidos en dos grupos, uno control que no recibió intervención y un grupo activo en el que se impartieron 6 sesiones de 45 minutos sobre aspectos relacionados con IE.

Resultados: Se evaluaron mediante el cuestionario ERQ-CA. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la *Puntuación total* y la subescala *Reevaluación cognitiva*, así como en el análisis en función del sexo, con aumento mayor de las puntuaciones en el sexo femenino.

Conclusiones: Las pruebas de regresión muestran que si se realizasen estudios con mayor tamaño muestral, se podrían hallar resultados concluyentes. El análisis en función el sexo demuestra que la intervención resultó más eficaz en las niñas.

Palabras clave: inteligencia emocional, salud mental, educación primaria.

Abstract

Background: Emotional Intelligence (EI) has a direct relation with good levels of mental health. Interventions based on EI rise levels of life quality, increase academic results, protect against school violence and decrease toxic abuse.

Objective: To evaluate the effectivity of an educational intervention on EI.

Design: Randomized clinical trial.

Setting and participants: Primary School. Students of 5th and 6th grade of Primary Education.

Methods: Participants will be randomly allocated in two groups. Controlled group did not receive any intervention. Active group will receive 6 lessons of 45 minutes about aspects related with EI.

Results: The results were evaluated using the ERQ-CA questionnaire. Statistically significant differences were found in the Final Score and the Cognitive reevaluation subscale, as well as in the analysis based on sex, with a greater increase in the scores in the female sex.

Conclusions: Regression tests show that studies with a larger sample size there could be found conclusive results. Analysis based on sex shows that the intervention was more effective in girls.

Keywords: emotional intelligence, mental health, primary school.

1. Introducción

1.1. Antecedentes. Conceptos

Una de las definiciones de *emoción* más extendida es de Rafael Bisquerra, haciendo referencia a “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno”¹.

La expresión de las emociones es algo innato², pero se puede aprender a desarrollar un patrón de respuesta expresiva, a entender nuestras emociones y las de los demás. Enfermería tiene un papel fundamental en lo que a educación para la salud se refiere, que debe utilizar para promover la salud mental positiva y realizar educación emocional³. Este término hace referencia a “proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral”⁴. Su objetivo es capacitar al individuo para afrontar mejor los retos cotidianos, aumentar el bienestar personal y social⁵ y los niveles de inteligencia emocional (IE).

Este término fue extendido por Goleman⁶ en 1998, y definido como “la manera que tiene el ser humano para relacionarse con el mundo que lo rodea; así como la capacidad para reconocer los sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para administrarlos al trabajar con personas”⁷. Existen numerosas investigaciones sobre IE centradas en infancia y edad adulta. Sobre preadolescencia y adolescencia se encuentran menos estudios, a pesar de ser esta una etapa con numerosos cambios. Uno de los cuestionarios utilizados para medir la capacidad de regulación emocional en población infantojuvenil es el cuestionario Emotional Regulation Questionnaire, en su versión validada al castellano (ERQ-CA)⁸.

La educación emocional puede potenciarse si se acompaña de la práctica de *mindfulness*, entendido como “capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”⁹. Las investigaciones acerca de sus beneficios están aumentando, también en el ámbito escolar¹⁰⁻¹², donde alumnado y docentes¹³ evidencian mejoras en diferentes áreas cognitivas, reducción del estrés, ansiedad y síntomas

depresivos. Además de proporcionar mayor bienestar y socialización y aumento de los resultados académicos^{10,14,15}.

1.2. Estado actual del tema

Mundialmente, el 20 % de la población infantil y adolescente sufre algún trastorno mental. De estos, el 4-6 %, trastorno mental grave¹⁶. Los trastornos de ansiedad son de los más frecuentes en la población infantojuvenil, teniendo en España una prevalencia del 13-27 %. Diferentes factores parecen influir: la exigencia académica, los cambios físicos, psicológicos y hormonales, y el aumento de la socialización propio de esta edad¹². Numerosos autores defienden que un desarrollo socioemocional efectivo en la etapa estudiantil tiene efectos duraderos, alcanzando incluso la edad adulta, ratificando la relevancia de la intervención temprana¹⁷.

1.3. Justificación

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid¹⁸ incide en la prevención de trastornos mentales en la población infantojuvenil, y en la necesidad de este grupo de aprender habilidades relacionadas con aspectos emocionales y sociales^{19,20}.

Las emociones afectan al desarrollo y calidad de vida. Existe una relación directamente proporcional entre los niveles de IE y la salud mental²⁰ y síntomas físicos⁵. La capacidad para lograr metas y unificar emociones y pensamiento, que se desarrollan gracias a la IE, sirven como factores protectores de ansiedad y depresión en adolescentes^{11,21}. Además del sufrimiento personal, familiar y elevado coste social¹⁸ que ocasionan las alteraciones psíquicas en la infancia.

La IE también está directamente relacionada con el desarrollo académico y aspectos como la atención, concentración, memoria y motivación; factores que se disparan si el entrenamiento en esta inteligencia comienza a edad temprana¹⁷. Si además se acompaña de la práctica de *mindfulness*, se potenciará el rendimiento escolar, la capacidad de trabajo en equipo y disminuirá el estrés percibido^{9,14,22}. Por tanto, el entrenamiento en habilidades socioemocionales no solo ayuda en el ámbito social sino también en el académico^{23,24}.

Otros problemas cada vez más frecuentes son el acoso o la violencia. El 39.2 % de los jóvenes ha sufrido

do conductas agresivas al menos una vez en el último año, y un 30.2% a través de nuevas tecnologías²⁵. Los agresores o agresoras presentan deficiencias a nivel emocional, bajos niveles de empatía y autocontrol, rasgos de impulsividad y necesidad de dominación²². Existe una correlación negativa entre empatía e IE: aquellas personas que expresan correctamente sus emociones son capaces de utilizar esta habilidad en el campo interpersonal y comprender y percibir los estados emocionales de los demás²⁶.

Por otro lado, el consumo de drogas en la población adolescente se está convirtiendo en un problema mundial, siendo España uno de los países con mayor tasa de consumo de Europa. Cada vez el consumo se inicia antes, siendo claves los últimos años de la educación primaria y los primeros de la secundaria. Este consumo suele tener componente emocional, pues alivia estados como angustia, desagrado, o incluso aburrimiento. Los jóvenes con mayor IE presentan menores tasas de consumo de tóxicos, pues son capaces de identificar y soportar la presión de grupo, son más eficaces para rechazar el consumo, y expresar sus propias motivaciones²⁷⁻²⁹.

1.4. Objetivos

Principal:

- Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre IE, en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria (EP), a través del incremento en las puntuaciones del cuestionario ERQ-CA.

Secundarios:

- Evaluar niveles de IE de la muestra previos a la intervención
- Comparar la variación de las puntuaciones en el cuestionario ERQ-CA entre el grupo intervención y el grupo control
- Analizar la diferencia en las puntuaciones del cuestionario tomando como variable el sexo de los participantes

1.5. Hipótesis

Los alumnos y alumnas de 5º y 6º de EP que reciben un Programa de IE, en comparación con aquellos que no lo reciben, obtienen un aumento mayor en las puntuaciones del cuestionario ERQ-CA.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Ensayo clínico:

- *Unicéntrico*. (C.E.I.P. Ciudad de los Ángeles).
- *Aleatorizado*. Por grupos (conglomerados), las 8 clases en dos categorías (4 clases en grupo intervención y 4 clases en grupo control).
- *Enmascaramiento*: simple. Se enmascarará al evaluador de los datos.
- *Duración de la intervención*. 6 sesiones de 45 minutos.
- *Tiempo de seguimiento*. Desde el inicio del programa hasta la última recogida de datos (6 semanas aproximadamente).
- *Número de participantes*: del grupo intervención (N: 81) y control (n: 81), correspondiente a los alumnos y alumnas de 5º y 6º de Educación Primaria del colegio en el que se desarrolló la intervención, que cumplieron los criterios de inclusión, no presentaron ningún criterio de exclusión ni de eliminación.

2.2. Participantes

Participantes: alumnos y alumnas del colegio seleccionado (C.E.I.P. Ciudad de los Ángeles), cursando 5º y 6º de Educación Primaria que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron ningún criterio de exclusión o eliminación.

Criterios de inclusión:

- Ser alumno/a del colegio seleccionado.
- Cursar 5º o 6º de Educación Primaria.
- Firma del consentimiento informado por parte de los padres, madres o tutores legales y consentimiento tácito de los participantes.
- Capacidad de lectoescritura que permita la realización del cuestionario de manera autónoma.

Criterios de exclusión:

- Decisión de abandonar el estudio.
- Revocamiento del consentimiento.

Criterios de eliminación:

- Cambio de grupo al que pertenece el participante durante la intervención.
- No completar alguno de los cuestionarios.
- Responder menos del 80% de las preguntas de alguno de los cuestionarios.
- Ausencia superior al 25% de las horas de las sesiones.

Centro seleccionado: Para la selección, se contactó con varios centros escolares de enseñanza pública de la zona sur de Madrid (barrio de Villaverde), y se solicitó una entrevista con los/as directores/as. En esta se proporcionó toda la información requerida sobre el futuro estudio y se resolvieron las dudas acerca del mismo. Se valoró también la disponibilidad horaria tanto de los centros como de los investigadores. Finalmente, el centro seleccionado fue el C.E.I.P. Ciudad de los Ángeles. De él se obtuvo el compromiso para la realización del estudio una vez este hubiera obtenido el consentimiento del comité ético.

2.3.. Tamaño muestral

Acceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisaron 81 sujetos en el primer grupo (grupo intervención) y 81 sujetos en el segundo (grupo control) para detectar una diferencia igual o superior a 4.5 unidades. Se asume que la desviación estándar común es de 11.22. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 5%^{30,31}.

Las clases tuvieron una media de 25 alumnos/as, y son 8 clases (4 clases de 5º y 4 clases de 6º), lo que supuso un potencial total de hasta 200 posibles participantes (100 dentro del grupo control y 100 dentro del grupo intervención). Se consideró que de estos habría una pérdida de 10 alumnos/as (5%).

Finalmente, el tamaño muestral fue de 198 alumnos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 188 participantes en el estudio, que fueron aleatorizados en grupo control y grupo intervención (con 94 participantes en cada uno).

2.4. Variables de estudio

- *Variables sociodemográficas:* sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento, número de hermanos.
- *Variables dependientes:* para la medición de resultados se utilizó el cuestionario ERQ-CA (Anexo I), en su versión validada al castellano. Se realizó un análisis previo a la intervención en ambos grupos (control e intervención) para comprobar la homogeneidad de la muestra; y uno final para evaluar la efectividad de la intervención.

El ERQ-CA (“Emotional Regulation Questionnaire”), que mide la capacidad de regulación emocional, ha

sido recientemente validado a castellano. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1: nunca me pasa; 5: siempre me pasa). Está compuesto por dos subescalas: reevaluación cognitiva (ítems 1, 3, 5, 7, 8, 10) y supresión emocional (ítems 2, 4, 6, 9). El nivel de capacidad de regulación emocional es directamente proporcional al resultado del sumatorio de ambas subescalas.

2.5. Intervenciones

Se realizaron 6 sesiones, de 45 minutos de duración, durante el horario lectivo, según disponibilidad del centro e investigadores. Las sesiones, dirigidas por una enfermera especialista en Salud Mental, consistieron en una breve exposición magistral teórica sobre el tema principal previsto para cada día, seguida de dinámicas grupales adaptadas para mayor comprensión de los temas.

La programación de las sesiones fue la siguiente:

- Sesión 1: Presentación del programa. Realización del cuestionario ERQ-CA. Sondeo de intereses.
- Sesión 2: Emociones básicas. Percepción y expresión emocional.
- Sesión 3: Autoconcepto y autoestima. Comunicación afectiva y efectiva.
- Sesión 4: Regulación emocional.
- Sesión 5: Manejo del estrés. Relajación y *mindfulness*.
- Sesión 6: Realización del cuestionario ERQ-CA. Despedida y conclusiones.

Los/as alumnos/as asignados al grupo control, durante la realización de la intervención, asistieron a sus clases habituales según el horario del centro, sin ningún perjuicio para su docencia habitual. Únicamente emplearon tiempo lectivo (según disponibilidad) para la realización del primer y último cuestionario.

2.6. Aleatorización

Generación de la secuencia:

- Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria: se tomó la secuencia aleatorizando por grupos (clúster) las 8 clases en dos categorías (intervención y control). Aquella categoría en la que terminó cada grupo fue definitiva, sin posibilidad de

alteración. La secuencia se generó a partir del *software* gratuito proporcionado por la web: www.random.org.

- Tipo de aleatorización: se realizó la aleatorización por grupos (clúster), las 8 clases en dos categorías (4 clases en grupo intervención y 4 clases en grupo control), correspondiente a las clases preestablecidas por el centro educativo (5°A, 5°B, 5°C, 5°D, 6°A, 6°B, 6°C, 6°D) con la intención de evitar la contaminación de los datos. Estos grupos no fueron inferiores a 20 alumnos/as ni superiores a 30.

Mecanismo de asignación oculta: Una vez conocida la aleatorización, se aleatorizaron los grupos intervención y control asignándose a una letra (A o B), de nuevo a través del software www.random.org, con el objetivo de la ocultación de los datos de la investigación.

Implementación: la secuencia de asignación aleatoria fue generada por una tercera persona ajena a la investigación.

Los participantes se encontraban asignados a cada clase del centro educativo desde antes de comenzar el estudio a través de los métodos administrativos regulados por el propio centro.

2.7. Mecanismo de asignación oculta

En primer lugar, se asignó a cada grupo un nombre alfabético de las letras griegas clásicas (ejemplo: la clase 5°C → grupo beta). Posteriormente se aleatorizaron en grupo control e intervención, y estos pasaron a denominarse A o B.

Tanto los padres y/o madres de los/as alumnos/as, los propios participantes, el profesorado y el investigador encargado de realizar la intervención supieron a qué grupo estaba asignado cada individuo una vez otorgado el consentimiento y realizado el proceso de aleatorización.

Cada participante recibió un código de asignación para evitar el uso de la información personal. Este código se generó a través de: “nombredelaclase-numerodeordenenlaclase” (ejemplo: gamma-12).

El investigador encargado de realizar el análisis estadístico no supo ni el grupo al que pertenecía cada individuo (solo la letra griega) ni tampoco en qué grupo se realizó la intervención y cuál fue el control.

Esta información solo fue revelada al investigador encargado del análisis una vez finalizado el estudio.

2.8. Análisis estadístico

VARIABLES DE LOS PARTICIPANTES: sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento, número de hermanos/as, puntuaciones en el cuestionario ERQ-CA.

Sobre las variables basales cuantitativas y de resultado se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para evaluar la distribución de las mismas, expresándose con media y desviación típica, o con mediana y rango intercuartílico en función de su distribución. Las variables basales están expresadas con valores absolutos y relativos, en el caso de las cualitativas.

Las diferencias entre grupos se determinaron mediante la prueba U de Mann-Whitney o un T test para muestras independientes, en el caso de las variables cuantitativas en función de su distribución, y mediante el test exacto de Fisher en el caso de las variables cualitativas.

El análisis estadístico del presente estudio se ha realizado con el programa R Ver. 5.3.1.

El nivel de significación se estableció en $p < 0.05$.

2.9. Consideraciones éticas

Previo al comienzo de la intervención, se solicitó el consentimiento de los padres/madres o tutores/as legales de los participantes, mediante la firma de un consentimiento, así como el consentimiento lícito de los propios participantes. Se hizo entrega también de una hoja de información a los y las participantes, en la que se informaba de los motivos del estudio, riesgos y beneficios esperados y derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos a la base de datos).

Asimismo, se siguió la normativa CPMP/ICH/135/95 sobre Buenas Prácticas Clínicas.

Tras la obtención de todos los datos, estos fueron digitalizados y almacenados en un disco duro externo guardado bajo llave (el formato físico fue destruido tras su digitalización respetando la normativa expuesta en el Reglamento UE 2016/679 General de Protección

de datos (GDPR)). Se asegura que no se explotarán los datos con otros fines diferentes a los descritos en el estudio, del mismo modo que no se cederán a terceras personas.

Del mismo modo, se respetaron las premisas conforme a la normativa vigente en carácter de investigación y protección de datos, como la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Se mantuvieron en todo momento las normas de buena práctica clínica y los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki (última revisión en Brasil 2013) y Convenio de Oviedo (1997).

Este proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Severo Ochoa a fecha de 18 de junio de 2018, Acta 05/18 (25/07/2018).

El protocolo del proyecto está aprobado y disponible a través del código NCT03767647 en CLINICAL TRIALS (clinicaltrials.gov).

3. Resultados

3.1. Tamaño muestral

Dada la ausencia de estudios con un diseño similar que permitieran calcular el tamaño de la muestra, se realizó un cálculo *post hoc* con los datos finales del estudio para evaluar la potencia del mismo. Inicialmente se calculó aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste unilateral, habiendo realizado una aleatorización por conglomerados, precisando mínimo 81 sujetos en ambos grupos (control e intervención), para detectar una diferencia igual o superior a 4.5 unidades. Asumiendo una desviación estándar común de 11.22. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 5% (28, 29).

Respecto al cuestionario ERQ-CA se calculó el número de participantes necesarios en un modelo aleatorizado por sujetos, y corregido por el factor de inflación para ensayos por conglomerados. El resultado fue que eran necesarios 499 participantes para, con un error alfa de 0.05, obtener una potencia mínima de 0.8.

	Categoría	Control	Intervención	p
n		94	94	
Edad (años) (median [IQR])		12.00 [11.00, 12.00]	12.00 [11.00, 12.00]	0.845*
Nacionalidad (%)	Española	77 (81.9)	84 (89.4)	0.056
	Otros	9 (9.6)	9 (9.6)	
	NA	8 (8.5)	1 (1.1)	
Sexo (%)	Femenino	44 (46.8)	47 (50.0)	0.057
	Masculino	42 (44.7)	46 (48.9)	
	NA	8 (8.5)	1 (1.1)	
Nº Hermanos (median [IQR])		1.00 [1.00, 2.00]	1.00 [1.00, 2.00]	0.213*

*Prueba no paramétrica

Tabla 1: Descriptivos basales de variables cualitativas

3.2. Descriptivos basales

En primer lugar, se determinó la distribución de las variables cuantitativas (edad y número de hermanos) que siguieron una distribución no normal ($p < 0.05$).

En la Tabla 1 se observan las variables cualitativas, que no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0.05$).

3.3. Resultados en relación al cuestionario ERQ-CA

Análisis descriptivo

En la Tabla 2, se muestra el análisis de la distribución de las puntuaciones del cuestionario, que, como se puede comprobar, siguen una distribución normal las

dos primeras variables, para ambos grupos y la supresión emocional inicial solo para el grupo intervención.

En la Tabla 3, se muestra que no existen diferencias basales entre grupos ($p > 0.05$) excepto en la *Puntuación total final* ($p = 0.004$) y de la dimensión *Reevaluación cognitiva final* ($p = 0.001$).

	Control		Intervención	
	KS	p	KS	p
Total ERQ-CA inicial	0.080	0.278	0.065	0.488
Reevaluación cognitiva inicial	0.072	0.400	0.085	0.129
Supresión emocional inicial	0.105	0.040	0.089	0.129
Total ERQ-CA final	0.108	0.045	0.110	0.020
Reevaluación cognitiva final	0.126	0.005	0.121	0.004
Supresión emocional final	0.112	0.025	0.106	0.023

Tabla 2: Análisis descriptivo ERQ-CA

	Control	Intervención	p
n	94	94	
Total ERQ-CA inicial	34.54 (5.39)	33.72 (5.93)	0.365
Reevaluación cognitiva inicial	21.27 (4.82)	20.10 (4.83)	0.125
Supresión emocional inicial	13.00 [11.50, 15.00]	13.50 [11.00, 16.00]	0.598*
Total ERQ-CA final	31.00 [28.00, 33.00]	27.50 [23.25, 32.75]	0.004*
Reevaluación cognitiva final	25.00 [22.00, 27.75]	22.00 [17.00, 25.00]	0.001*
Supresión emocional final	10.00 [8.00, 13.00]	10.00 [8.00, 12.00]	0.243

*Prueba no paramétrica

Tabla 3: Diferencias entre grupos ERQ-CA

Contraste de hipótesis

La aleatorización por conglomerados condicionó la realización pruebas de regresión, puesto que presentan mayor potencia estadística que la comparación de medias. Los diferentes modelos predictivos, muestran que la variable “Grupo” predice significativamente el resultado en la *Puntuación total* y la subescala *Reevaluación cognitiva*, lo que demuestra que, si se realizasen estudios con mayor tamaño muestral, se podrían hallar resultados concluyentes.

Se realizaron 5 modelos de contraste de hipótesis para cada subescala y para la puntuación total. De ellos

se seleccionaron aquellos con AIC más bajo, que indica una mayor parsimonia de modelo.

El modelo predictivo final de cada subescala indica que la variable “Grupo” predice de manera significativa los resultados de la *Puntuación total* ($p = 0.002$) y subescala *Reevaluación cognitiva* ($p = 0.001$).

En ambos casos, los residuos frente a los valores ajustados no parecen indicar problemas de autocorrelación ni de heterocedasticidad global ni entre grupos, y los residuos presentan una distribución normal por lo que los modelos tienen un ajuste válido.

En la subescala de *Supresión emocional*, de los 5 modelos de contraste de hipótesis, solo el modelo 3 fue significativo. Este modelo no contiene ninguna variable ($p=0.000$), solo el intercepto, por lo que se concluye que el “Grupo” no predice la puntuación final de esta dimensión.

3.4. Resultados en función del sexo

En la Tabla 4 se detallan las puntuaciones, iniciales y finales, de la escala y sus subescalas en función del sexo. Se ha aplicado un t-test para muestras independientes y la prueba U de Mann-Whitney en función de la distribución, para determinar si existen diferencias entre el sexo masculino y el femenino.

	Femenino	Masculino	p
Total ERQ-CA inicial	34.04 (6.15)	34.19 (5.26)	0.865
Reevaluación cognitiva inicial	20.65 (4.53)	20.65 (5.21)	0.999
Supresión emocional inicial	13.50 [11.00, 16.00]	13.00 [12.00, 16.00]	0.882*
Total ERQ-CA final	31.00 [27.00, 33.00]	28.00 [22.50, 32.75]	0.049*
Reevaluación cognitiva final	25.00 [21.00, 27.50]	23.00 [17.00, 25.00]	0.002*
Supresión emocional final	10.00 [8.25, 12.00]	10.00 [8.00, 13.00]	0.918*

*Prueba no paramétrica

Tabla 4: Diferencias entre sexos cuestionario ERQ-CA

La prueba U de Mann-Whitney muestra diferencias en la puntuación final del cuestionario ERQ-CA en función del sexo ($p=0.049$) con una diferencia de 2 puntos (IC 95 %) a favor de sexo femenino.

4. Discusión

El tamaño muestral del presente estudio finalmente fue de 198 alumnos. En los trabajos previos revisados, existe gran variedad respecto al tamaño de la muestra, que varía desde los 670 participantes de A.I. Parodi³², a los 14 de A. Fernández Angulo *et al.*³¹.

En el estudio actual, se realizó una estimación del cálculo del tamaño muestral en el que se precisaban 81 sujetos por grupo. Sin embargo, el cálculo *post hoc* a partir del cuestionario ERQ-CA reveló una muestra necesaria de 499 sujetos. Por tanto, se requieren más estudios sobre el tema, con un diseño similar, para que se permita realizar un cálculo del tamaño muestral previo durante la fase de diseño del estudio y no *a posteriori*.

Los resultados del análisis de los datos muestran, al igual que en otros estudios similares y con poblaciones comparables³¹⁻³⁵, que la muestra es homogénea y pre-

senta niveles de IE similares en ambos grupos previamente a la intervención.

Respecto al cuestionario ERQ-CA, se han encontrado escasos estudios que lo utilizasen en población infantojuvenil española, pues fue validado al castellano recientemente por Navarro *et al.*, en enero de 2018²¹. En ese estudio, además, señala que se debe tener en cuenta los bajos niveles de fiabilidad del cuestionario en población adolescente española.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala *Reevaluación cognitiva*, así como en la *Puntuación total* del cuestionario tras la intervención. En ambos casos, el grupo intervención presentaba niveles iniciales inferiores. La subescala *Reevaluación cognitiva* aumentó en ambos grupos, y la *Puntuación total* del cuestionario disminuyó en ambos grupos.

Uno de los estudios de metodología similar es el estudio realizado por Fernández-Angulo y colaboradores³¹, en el que del mismo modo que en el estudio actual, las puntuaciones en la subescala de *Reevaluación cognitiva* aumentaron, y disminuyeron las de *Supresión emocional*. Esta discrepancia de resultados

puede deberse a las diferencias en el tamaño muestral, pues su estudio tiene una muestra de 14 participantes frente a los 198 del presente estudio. O al mayor número de sesiones del programa, siendo este de contenidos similares al del presente estudio (12, en comparación con las 6 realizadas en el actual).

El número de sesiones realizadas en los programas también varía de un estudio a otro, siendo en todos los casos mayor el número de sesiones que en el presente estudio. En el realizado por A. Sarrionada y M. Garai-gordobil³³, se llevaron a cabo 20 sesiones de 1 hora. R. Bañuls Bartomeu³⁵, por su parte, realizó un programa con duración de un curso escolar en un grupo, y 2 cursos en otro grupo. Y, por otra parte, A. Fernández y colaboradores³¹ llevaron a cabo 12 sesiones. Todos ellos obtuvieron un aumento en las puntuaciones después de la intervención en el grupo que la recibió. Y en el caso del realizado por R. Bañuls Bartomeu³⁴, el aumento fue mayor en el grupo que recibió la intervención durante 2 cursos, respecto a los que la recibieron uno. Esto sugiere que, a mayor número de sesiones, mayor aumento en las puntuaciones de los cuestionarios utilizados, y, por tanto, mayores niveles de inteligencia emocional.

En cuanto al análisis en función del sexo, los resultados del presente estudio muestran diferencias en la puntuación total final del cuestionario, a favor del sexo femenino. En los estudios revisados, J. Navarro y colaboradores²¹ no encontraron diferencias significativas en función del sexo en el mismo cuestionario.

4.1. Limitaciones del estudio

- Estudio dependiente de la capacidad de cambio en el grupo activo de un único individuo que ejerce la intervención.
- Escaso detalle en la descripción de la intervención realizada en estudios previos, condicionando una intervención con menor evidencia.
- Empleo del cuestionario ERQ-CA y su posible baja variabilidad de puntuaciones puede condicionar la nula obtención de resultados positivos medibles mediante este método.
- Bajos niveles de fiabilidad del cuestionario ERQ-CA en población adolescente española.
- Aleatorización por clúster, que condiciona un peor nivel de calidad en los resultados en relación a este tipo de aleatorización.
- Elevado riesgo de sesgo de no-respuesta, dado que

los participantes menos motivados decidan no completar los cuestionarios.

- Elevado riesgo de efecto Hawthorne; así como el sesgo de deseabilidad que implica el uso de medidas de autoinforme.

5. Conclusiones

Los objetivos del estudio se resolvieron, tras haber evaluado la efectividad de la intervención, así como los niveles de IE de la muestra previos y posteriores a la misma; y realizar un análisis en función del sexo.

Por otro lado, se rechaza la hipótesis planteada, puesto que, en el análisis de la variable de resultado entre grupos, se hallaron diferencias significativas, en el cuestionario ERQ-CA en su *Puntuación total final*, con mayor aumento de las puntuaciones en grupo control.

Las pruebas de regresión y el contraste de hipótesis realizado muestran que la variable “Grupo” predice la *Puntuación total final* del cuestionario ERQ-CA, así como la puntuación final de la subescala *Reevaluación cognitiva*; lo que demuestra que, si se realizasen estudios con mayor tamaño muestral, se podrían hallar resultados concluyentes.

En cuanto al análisis en función del sexo, se encontraron diferencias significativas en la *Puntuación total final* del cuestionario ERQ-CA, a favor del sexo femenino, pudiendo afirmar que la intervención resultó más eficaz en las niñas.

6. Bibliografía

1. Ortega Navas M. La educación emocional y sus implicaciones en la salud. REOP [Internet]. 2010; 21 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oo?id=338230785025>
2. Chóliz M. La expresión de las emociones en la obra de Darwin. Universidad de Valencia. España [Internet]. 1995;1-11. Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+expresi?n+de+las+emociones+en+la+obra+de+darwin#%5Cn>
3. Schonert-reichl KA, Oberle E, Lawlor MS, Abbott D, Thomson K, Diamond A. Enhancing Cognitive and Social-Emotional Development Through a Simple-to-Administer Mindfulness-Based School Program for Elementary School Children: A Randomized Controlled Trial. *Am Psychol Assoc*. 2015;51(1):52-66.
4. Bisquerra Alzina R. Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Editorial Síntesis
5. Body L, Ramos N, Recondo O, Pelegrina M. Desarrollo de la inteligencia emocional a través del programa mindfulness para regular emociones (PINEP) en el profesorado. *Rev Interuniv Form del Profr* [Internet]. 2016; 87(30.3):47-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802512>

6. Ortega Navas MC. Emociones y salud. *Aula Innovación Educ* [Internet]. 2008;61-4. Disponible en: <file:///C:/Users/O2306674G/Downloads/11559-16955-1-SM.pdf>
7. Iglesias MaJ. et al. El reto de la educación emocional en nuestra sociedad [Internet]. La Coruña: Universidad da Coruña; 2004. Disponible en: [http://hamdanjournal.org/journal/index.php?journal=HAMDAN&page=article&op=view&path\[\]=191&path\[\]=302](http://hamdanjournal.org/journal/index.php?journal=HAMDAN&page=article&op=view&path[]=191&path[]=302)
8. Gardner H. *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences* (Google eBook) [Internet]. Basic Book. New York; 2011. 467 p. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=wxj6npSaykgC&pgis=1>
9. Volanen SM, Lassander M, Hankonen N, Santalahti P, Hintsanen M, Simonsen N, et al. Healthy learning mind - a school-based mindfulness and relaxation program: A study protocol for cluster randomized controlled trial. *BMC Psychol* [Internet]. 2016;4(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0142-3>
10. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, Vicary R, Motton N, Burnett R, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):126-31.
11. Langer ÁI, Schmidt C, Aguilar-Parra JM, Cid C, Magni A. Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017;145(4):476-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Martínez-Escribano L, Piqueras JA, Salvador C. Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (Mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Behav Psychol / Psicol Conduct* [Internet]. 2017;25(3):445-63. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1975569143/fulltextPDF/18B3719D8BD347BBPQ/1?accountid=15299>
13. Black D, Fernando R. Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower- Income and Ethnic Minority Elementary School Children. *J Child Fam Stud*. 2014;23(7):1242-6.
14. Schonert-reichl KA, Oberle E, Lawlor MS, Abbott D, Thomson K, Diamond A. Enhancing Cognitive and Social-Emotional Development Through a Simple-to-Administer Mindfulness-Based School Program for Elementary School Children: A Randomized Controlled Trial. *Am Psychol Assoc*. 2015;51(1):52-66.
15. De Montis I.A et al. Recognition of facial expression of the emotions and their relation to attachment styles and psychiatric symptoms . Preliminary study on Psychiatric Residents. *Salud mental*. 2013; 36(2), 95-100.
16. Acuña S, Aymes G. Propuestas Y Alternativas Para La Educación Emocional. *Rev Panam*[Internet]. 2006;(January 2006). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16650557&AN=22481773&h=eMw8TDDeF5BbOjcrfFzNW4mt9L5W9jmiYeNkh3TnzA5OnRkkLXpOkZvJMQBGwv84irvDEQVS/5syDV8R5MLFTWw==&rl=c>
17. Yildiz I. Teorías sobre afectos y síntomas. *Perspectivas de psicología evolutiva y multidisciplinaria*. Psicoanálisis. 2008;(1):37-50
18. Sevilla DH, Serrano AC, Ortega FL. Desarrollo emocional en la infancia. un estudio sobre las competencias emocionales de niños y niñas. *Revista INFAD de psicología*. 2016;1:67-74.
19. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Comunidad de Madrid. 2009.
20. Soto PO, Marcos MD, Ceruelo EE. La entrevista en salud mental infantojuvenil (II): el desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. *Pediatría Atención Primaria*. 2013;15:41-55
21. Navarro J, Vara MD, Cebolla A, Baños RM. Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc*. 2018;5(1):9-15
22. Berger C, Milicic N, Alcalay L, Torretti A. Programa para el Bienestar y Aprendizaje Socioemocional en estudiantes de tercero y cuarto grado: descripción y evaluación de impacto. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2014;46(3):169-77. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120053414700202>
23. Ramos-Díaz E, Jiménez-Jiménez V, Rodríguez-Fernández A, Fernández-Zabala A, Axpe I. Emotional intelligence training in a case of an adolescent victim of child maltreatment. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc*. 2017;4:17-24.
24. Ruvalcaba Romero NA, Gallegos Guajardo J, Flores Ibarra A, Fluzquez Castro SA. Las Competencias Socioemocionales Como Factor Protector Ante La Sintomatología De Ansiedad Y Depresión En Adolescentes The Social and Emotional Competences As a Protective Factor Against Anxious and Depressive. 2013;16(29):55-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113760>
25. Palacios Y. Educación emocional y creatividad en la I y II etapa de Educación Básica. *Rev Invest (Guadalajara)* [Internet]. 2010;34(71):249-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3705003.pdf> %5Cnhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3705003
26. Dirección General de Hospitales. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad de Madrid. 2010-2014. 2014;309
27. Ros Morente A, Fíllia Guiu G, Ribes Castells R. Analisis de la relación entre competencias emocionales, autoestima, clima de aula, rendimiento académico y nivel de bienestar en educación primaria. *REOP*. 2017;28:8-18
28. Franco M da G, Beja MJ, Candeias A, Santos N. Emotion understanding, social competence and school achievement in children from primary school in Portugal. *Front Psychol*. 2017;8: 1-15
29. Rebollo Goñi E, de la Peña C. Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Ejecutiva en Educación Primaria. *ReiDoCrea*. 2017;6(2011):29-36
30. Rivera, E, Pons, JI, Rosario-Hernández, E, Ortiz N. Traducción y adaptación para la población puertorriqueña del Inventario Bar-On de Cociente Emocional (Bar-On EQ-i): Análisis de propiedades psicométricas. *Rev Puertorriqueña Psicol* [Internet]. 2008;19:148-82. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216360007>
31. Fernández Angulo A, Quintanilla L, Gimenez-Dasi M. Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar [Talking about emotions with children at risk of social exclusion: A preliminary study]. *Acción Psicológica* [Internet]. 2016;13(1):191. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/articlw/15787>
32. Parodi Ubeda AI. Inteligencia emocional y personalidad: factores predictores del rendimiento académico [Internet] [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114862>
33. Sarrionandia A, Garaigordobil M. Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicósomáticos. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 1 de mayo de 2017; 49(2):110-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053416300553>
34. Bañuls Bertomeu R. Promoviendo la inteligencia emocional en la escuela: diseño y evaluación del programa EDI [Internet]. Universidad de Valencia; 2015. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/51022/TESISDOC%20TORAL%20Raquel%20bañuls%20bertomeu%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Shuler CN. An analysis of the Emotional Quotient Inventory: Youth Version as a measure of emotional intelligence in children and adolescents. *Rev.Psicodidact* 2004;140

7. Anexos

CUESTIONARIO ERQ-CA DE REGULACIÓN EMOCIONAL

ID: (nombredelaclase-numerodeordenenlaclase)

Fecha de nacimiento:/...../.....

País de nacimiento:

Sexo (rodee el correspondiente): Masculino / Femenino

Número de hermanos (rodee el correspondiente): 0 / 1 / 2 / 3 ó +

Instrucciones: Dinos cómo te sientes, piensas o actúas LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LOS LUGARES. Elige una, y solo UNA, respuesta para cada oración y rodea el número que corresponda a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es “siempre me pasa”, rodea el número 5 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor, responde con sinceridad. No tienes tiempo límite. Debes contestar a todas las preguntas. Si te surgen dudas en la respuesta, elige la que mejor te describa.

		Nunca me pasa	A veces me pasa	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Casi siempre me pasa	Siempre me pasa
1	Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva (como alegría o felicidad), cambio lo que estoy pensando.	1	2	3	4	5
2	Me reservo mis emociones para mí mismo.	1	2	3	4	5
3	Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción negativa (como tristeza o enfado), cambio lo que estoy pensando.	1	2	3	4	5
4	Cuando tengo emociones positivas, pongo mucho cuidado en no expresarlas.	1	2	3	4	5
5	Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma.	1	2	3	4	5
6	Controlo mis emociones, no expresándolas.	1	2	3	4	5
7	Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva, cambio mi manera de pensar acerca de la situación.	1	2	3	4	5
8	Controlo mis emociones cambiando mi manera de pensar acerca de la situación en la que estoy.	1	2	3	4	5
9	Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	1	2	3	4	5
10	Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción negativa, cambio mi manera de pensar acerca de esa situación.	1	2	3	4	5

(1: Nunca me pasa, 2: A veces me pasa, 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: Casi siempre me pasa, 5: Siempre me pasa)



Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental

Anxiety in informal caregivers in a mental health home hospitalization unit

Mónica Hernández Carabias, Jordi Torralbas Ortega, Alberto Granero Lázaro, Ángel Lorenzo Capilla, Rosa María Gabernet Florensa, Vicente de la Cruz Varo

Centro de Salud Mental. Parc Taulí Hospital Universitario. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell, España.

Contacto: monica_eka93@hotmail.com

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 17 de junio de 2020

Resumen

Introducción: El dispositivo de hospitalización domiciliaria en salud mental surge como alternativa a la hospitalización convencional, permitiendo a la persona con trastorno mental permanecer en su lugar de residencia habitual. La familia adquiere un papel primordial en el cuidado de la persona ingresada. Abordar las situaciones imprevisibles derivadas del cuidado en fase aguda puede provocar ansiedad en los cuidadores informales.

Objetivos: Determinar la efectividad de las intervenciones lideradas por enfermeras especialistas de salud mental para la reducción de ansiedad de familiares que cuidan a personas con trastorno mental en fase aguda en ingresos domiciliarios.

Método: Se realizó un estudio piloto de carácter exploratorio, con medidas pre- y postintervención, en la unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental. Para valorar la ansiedad se utilizaron las escalas Hamilton y STAI, y para conocer la sobrecarga del cuidador se empleó el cuestionario Zarit.

Resultados: Participaron 12 cuidadoras y 4 cuidadores informales que mostraban niveles moderados y graves de ansiedad. Se vieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la ansiedad pre- y postintervención con las escalas empleadas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio han constatado la eficacia de los métodos de intervención utilizados por las enfermeras especialistas en salud mental en la reducción de los niveles de ansiedad de los cuidadores principales de personas con trastorno mental grave ingresadas en su domicilio.

Palabras clave: sobrecarga, ansiedad, cuidadores, hospitalización domiciliaria, salud mental, intervención en crisis.

Abstract

Introduction: The psychiatric hospital-based home care device emerges as an alternative to conventional hospitalization, allowing the person with a mental disorder to stay at their usual place of residence. The family plays a primary role in caring for the admitted person. Addressing unpredictable situations resulting from acute phase care can cause anxiety in informal carers.

Objectives: To determine the effectiveness of interventions led by mental health specialist nurses for reducing anxiety in family members caring for people with acute phase mental illness at home admissions.

Method: An exploratory, pre-experimental pilot study with pre and post-intervention measures was carried out in the Mental Health Home Hospitalization Unit of the Parc Taulí University Hospital. The Hamilton and STAI scales were used to assess anxiety, and the Zarit questionnaire was used to determine the carers burden.

Results: A total of 16 informal caregivers were included in the sample. Before the intervention, they showed moderate and severe levels of anxiety. Statistically significant differences regarding pre and post intervention anxiety were seen with the scales used.

Conclusions: The results obtained in this study have verified the effectiveness of the intervention methods used by mental health nurses to reduce the anxiety levels of the primary caregivers of people with severe mental disorder at their home.

Keywords: burden, anxiety, caregivers, psychiatric hospital-based home care, mental health, crisis intervention.

Introducción

La hospitalización domiciliar surge en el año 1947 en Nueva York, concretamente en el Hospital Guido Montefiore, en un primer momento con el objetivo de descongestionar las unidades de hospitalización y proporcionar una condición asistencial más beneficiosa para la persona con trastorno mental^{1,2}.

En la actualidad, esta modalidad asistencial se ha seguido desarrollando, tanto en Norteamérica como en Europa, dada la evolución de los sistemas sanitarios, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

La hospitalización domiciliar proporciona una atención sanitaria de intensidad y/o complejidad equiparable a la dispensada en la hospitalización convencional por el equipo de profesionales de la salud.

El domicilio es el entorno natural de la persona; es donde el individuo se encuentra más seguro, residiendo normalmente junto al núcleo familiar. Son muchos los beneficios del cuidado en el hogar tanto para la familia como para la persona que recibe dichos cuidados. La familia proporciona los cuidados a la persona con trastorno mental ingresada en el domicilio supervisados por los profesionales de la salud, adquiriendo una mayor autonomía, contribuyendo de esta manera a una mayor satisfacción dada su participación activa.

En el ámbito de la salud mental, la hospitalización domiciliar comenzó a desarrollarse en los años 70 como alternativa a la hospitalización convencional, para personas con trastorno mental. Tuvo una gran acogida, dado que los cuidados se proporcionaban en el domicilio de la persona y en su entorno habitual. Un equipo sanitario del hospital de referencia se desplazaba para proporcionar en su hogar la asistencia sanitaria necesaria. Destacaban entre sus objetivos: la reducción del estigma social, la aceptación del trastorno y la facilitación de apoyo y soporte a las personas con trastorno mental y sus familias³.

La hospitalización domiciliar da la posibilidad de proveer de tratamiento en el domicilio a personas que experimentan algún tipo de trastorno mental en fase aguda. Un criterio indispensable para el ingreso en hospitalización domiciliar es disponer de un soporte familiar adecuado, así como su implicación y voluntad. Es posible identificar este soporte mediante una entrevista en la que se valora al paciente y a su familia;

en ella se tiene en cuenta la implicación, el nivel de conocimiento acerca del trastorno mental del familiar al que dar soporte y la disposición de tiempo y recursos para proporcionar los cuidados en el domicilio, entre otros⁴.

En la actualidad, la familia adquiere un papel fundamental en este nuevo modelo asistencial, son un elemento comunitario esencial de apoyo para el tratamiento y rehabilitación del paciente. La familia ha de ser dotada de herramientas para poder abordar en el domicilio las situaciones imprevisibles derivadas de la situación psicopatológica.

No obstante, la participación activa de las familias como soporte no ha sido fácil de lograr, debido en parte a las dificultades que implica asumir el cuidado y manejo de síntomas de una persona con trastorno mental, dado que anteriormente a la Reforma Psiquiátrica procedían de centros manicomiales, donde esos cuidados eran asumidos por cuidadores formales.

A partir de la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, las familias comenzaron a tener mayor participación y se comenzaron a constituir como objeto de estudios psicológicos, pasando a hacerse cargo de sus familiares con problemas mentales. Esto supuso un replanteamiento de la visión de la familia en la salud mental⁵.

En algunos estudios se describió una asociación entre niveles de carga elevados, síntomas depresivos y sentimientos de culpa, que generaron una fuente de estrés⁶. La edad de inicio del trastorno mental o la del cuidador o cuidadora también era un factor relevante que podía modular la respuesta al estrés, al igual que lo era el género u otro tipo de factores como la resiliencia^{9,10}.

Durante la hospitalización domiciliar, la unidad familiar sufre importantes modificaciones en los roles y patrones de conducta, debido a la necesidad de cuidados de uno de sus miembros. Dichos cambios pueden precipitar la aparición de crisis que afecten la estabilidad familiar y a la de sus componentes, especialmente la estabilidad del cuidador principal, que es sobre quien recae la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del paciente con problemas mentales^{4,5}. En el caso de cuidadores de personas con trastorno mental, en comparación con otras afecciones crónicas, el nivel de sobrecarga es significativamente mayor, llegando a repercutir negativamente sobre su

salud^{6,7}, como, por ejemplo, la reducción de la calidad de vida y la salud física, así como el aumento de niveles de malestar psíquico (principalmente estrés y ansiedad), aislamiento social, disfunción familiar y el uso de servicios de salud⁶⁻⁸, dando lugar a lo que se conoce como síndrome del cuidador.

Las investigaciones han demostrado que trastornos como la ansiedad, la depresión y el insomnio entre quienes cuidan de personas con trastorno mental llegan a ser dos veces más altos que en la población general⁹. La salud de los cuidadores se ha visto gravemente comprometida por el hecho de prestar cuidados de alta intensidad^{8,11}.

Es decisivo prestar más atención a las familias como personas que sufren en el cuidado de sus familiares y como elementos clave para la mejora de las personas con trastorno mental. La atención en salud mental se centra en el individuo, no atendiendo a la familia como elemento relacional en la génesis del trastorno y evolución de las personas con trastorno mental⁵. Son escasos los estudios centrados en la salud de los cuidadores en hospitalización domiciliaria en Salud Mental.

Por todo ello, nos planteamos como objetivo de este estudio determinar la efectividad de las intervenciones lideradas por enfermeras especialistas de salud mental para la reducción de ansiedad de familiares que cuidan a personas con trastorno mental en fase aguda en ingresos domiciliarios.

Material y Método

Estudio piloto de carácter exploratorio, preexperimental, con medidas pre- y postintervención, sin grupo control equivalente.

Población y Muestra

La población fueron familiares, cuidadoras principales, de las personas con trastorno mental ingresadas en hospitalización domiciliaria del área de salud mental (HDOMSM) del Consorci Corporació Parc Taulí Sabadell (CCSPT).

La muestra, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, fueron cuidadoras principales que estuvieron dando soporte a sus familiares ingresados en dicha unidad durante el período de investigación. La recogida de datos se inició en octubre de 2019 y finalizó en diciembre del mismo año. Se

incluyó en el estudio a los cuidadores informales que atendieron a familiares con algún trastorno mental que estaban en el programa de HDOMSM de nuestro centro y que dieron su consentimiento para participar.

Los criterios de exclusión fueron: familiares de personas con ingresos previos en HDOMSM, familiares de personas que terminaron requiriendo un ingreso en la unidad de hospitalización de psiquiatría de agudos, cuidadores informales menores de 18 años y cuidadores informales que tuvieran dificultad para rellenar el cuaderno de recogida de datos.

Procedimiento

El equipo del dispositivo de HDOMSM estaba formado por 3 parejas, cada una de ellas constituidas por psiquiatra y enfermera especialista en salud mental.

El primer día de visita, la enfermera proporcionó a los familiares el consentimiento informado. Una vez leído y firmado, estando en conformidad con él, se les hizo entrega del cuaderno de recogida de datos previo a las intervenciones. Posteriormente a la realización de las intervenciones a cargo de la enfermera especialista en salud mental, se procedió a una segunda administración y recogida de los cuestionarios de estudio.

Intervención

Se realizaron un mínimo de 12 visitas en el domicilio de cada paciente, en las que se llevaron a cabo 8 sesiones impartidas por enfermeras especialistas en salud mental pertenecientes al dispositivo. Algunas de estas sesiones fueron impartidas de manera individual a los cuidadores informales y otras de manera conjunta con las personas ingresadas.

Las sesiones tenían una duración de 25 minutos y se abordaban los siguientes aspectos:

- 1.^a Sesión conjunta. Presentación. Introducción. Conocimiento acerca del trastorno mental: Síntomas prodromáticos. Detección precoz. Entrega de un folleto didáctico.
- 2.^a Sesión individual. Causas: Factores etiológicos y desencadenantes. Vulnerabilidad y hábitos de vida saludables.
- 3.^a Sesión conjunta. Tratamiento Psicofarmacológico. Adherencia al tratamiento. Preparación y explicación de la medicación que toma el paciente con la ayuda de un pastillero semanal.

- 4.ª Sesión individual. Refuerzo del afrontamiento. Determinar la carga psicológica que tiene el pronóstico del paciente para el familiar.
- 5.ª Sesión conjunta. Técnicas de reducción del estrés y de la ansiedad.
- 6.ª Sesión individual. Estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas.
- 7.ª Sesión individual. Higiene del sueño.
- 8.ª Sesión conjunta. Habilidades de comunicación. Buenas relaciones familiares. Emociones expresadas.

Tras cada sesión se pidió a los participantes que hicieran un pequeño resumen para facilitar la comprensión de los conceptos trabajados.

Variables e instrumentos de medida

La variable independiente elegida fue la intervención de la enfermera especialista en salud mental y se definió como una variable cualitativa dicotómica.

Como variables sociodemográficas se recogieron la edad, el sexo, nivel socioeconómico, el grado de parentesco familiar y la sobrecarga del cuidador (mediante la escala Zarit).

La variable dependiente fue la ansiedad del cuidador como variable cuantitativa discreta recogida mediante la escala Hamilton y STAI.

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad-Estado) y como rasgo latente (Ansiedad-Rasgo). Esta escala se puede utilizar tanto en adolescentes como en adultos. Consta de dos partes, la primera parte (Ansiedad-Estado) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda parte (Ansiedad-Rasgo) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La adaptación española del cuestionario se realizó en 1982. La escala Ansiedad-Rasgo, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala Ansiedad-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. El cuestionario tiene una buena con-

sistencia interna en la adaptación española, entre 0,9 y 0,93 en la ansiedad/estado y entre 0,84 y 0,87 en ansiedad/rasgo¹².

La Escala de Hamilton para la Ansiedad valora los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia e intensidad del proceso ansioso somático o psíquico. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento de la persona durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más de 30 minutos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Los puntos de corte recomendados son: 0-5 ausencia de ansiedad; 6-14 ansiedad leve; >15 ansiedad moderada/grave. Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86 en las diversas subescalas y puntuación total). Con un adecuado entrenamiento en su utilización, la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r=0,74-0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r=0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r=0,64$)¹³.

Escala Zarit de sobrecarga del cuidador se utiliza para la medida del nivel de sobrecarga del cuidador, presenta una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% (en los puntos de corte de 46-47) y una sensibilidad de 87,7% y especificidad de 94,2% para discriminar entre sobrecarga leve e intensa. La escala de Zarit es una herramienta fiable, fácil de utilizar y de amplio uso internacional validada al castellano por Martin *et al.*¹⁴. Consta de 22 ítems que se responden en escala de Likert de cinco puntos: nunca=0, rara vez=1, algunas veces=2, muchas veces=3, casi siempre=4 (8). La puntuación <46 expresa la ausencia de sobrecarga, 46-47 a 55-56 sobrecarga leve y >56 sobrecarga intensa¹⁵.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos de las respuestas de familiares, mediante frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión (principalmente media y desviación estándar) en las cuantitativas. Para el análisis inferencial se aplicaron técnicas no paramétricas (Prueba de Wilcoxon), al no cumplirse

las normas de aplicación de las técnicas paramétricas. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas en p inferior o igual a 0,05.

Todos los análisis del presente estudio se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0.

Aspectos éticos

Este trabajo se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Siendo aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del CCSPT. Todos los participantes fueron informados de forma verbal y escrita del carácter voluntario y confidencial del procedimiento y de su finalidad.

Resultados

De los 18 cuidadores informales de personas ingresadas en HDOMSM incluidos en el estudio, 2 fueron excluidos dada su dificultad para rellenar el cuaderno de datos. De los 16 que realizaron el estudio, el 75 % fueron mujeres. El rango de edad de los participantes oscilaba entre 22 años y 78 años, siendo la edad media de 57,5 años (DE= 15,7). En cuanto al nivel sociode-

mográfico, el 43,8 % poseía un nivel medio, seguido por nivel alto (25 %). Todos los participantes eran familiares directos de las personas ingresadas, siendo principalmente las madres y los padres en un 68,8 % ($n = 11$), las abuelas y los abuelos o hermanas y hermanos en un 25,1 % ($n = 4$) y las hijas e hijos en un 6,3 % ($n = 1$).

Respecto a los antecedentes previos de ansiedad de las cuidadoras principales, un 37,5 % referían haber padecido algún episodio de ansiedad a lo largo de su vida sin tener relación con el ingreso actual de su familiar.

En la Tabla 1 se describen los principales resultados obtenidos en la administración de las diferentes escalas, en los momentos pre- y postintervención. Hay una disminución de la ansiedad desde el comienzo del ingreso a los días posteriores a la intervención medida con la escala Hamilton, siendo la media de la diferencia de 5,2 puntos (DE 3; IC95 % 3,1-7,3). Algo similar ocurre al comparar la escala STAI Estado pre- y postintervenciones, objetivándose diferencias estadísticamente significativas con una media de diferencia de 12,4 puntos (DE 2,5; IC95 % 8,6-16,2).

Escalas	Pre X (DE)	Post X (DE)	Z	p
Hamilton	19,2 (5,5)	14,0 (2,5)	-3,1	0,002
STAI E	33,4 (3,8)	21,0 (6,6)	3,5	0,001
STAI R	25,4 (5,3)	25,1 (4,9)	-1,6	0,102
Zarit	41,9 (8,9)	30,9 (5,0)	-3,3	0,001

Tabla 1

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en relación a la ansiedad-rasgo, medida con la escala STAI, de la población estudiada al ingreso y tras las intervenciones realizadas por el equipo ($p = 0,102$).

La sobrecarga de los familiares medida mediante la escala Zarit, al inicio del ingreso y tras la intervención del equipo de atención domiciliar de salud mental se modificó de forma significativa, como se aprecia en la Tabla 1, con una media de la diferencia de 11 puntos (DE 3,9; IC95 % 7,1-14,8).

Discusión

Este estudio se ha centrado únicamente en la ansiedad y sobrecarga del cuidador o cuidadora, como forma de valorar las consecuencias del ingreso domiciliario de las personas con un trastorno mental que precisan especial cuidado. Otras variables pueden ser consideradas para favorecer su cuidado, como las variables protectoras o las desencadenantes, que también deberían ser analizadas en futuras investigaciones de esta línea abierta tras los prometedores resultados obteni-

dos en este estudio piloto, con muestras de adecuado tamaño y diseños de mayor calidad metodológica.

Es esencial conocer la vivencia de las cuidadoras principales en el ingreso de un familiar con trastorno mental en su hogar, así como ver si este mismo les generaba ansiedad y valorar si las intervenciones realizadas por el equipo de HDOMSM del CCSPT producían el efecto esperado.

Según nuestros resultados, y paralelamente a estudios previos¹³⁻¹⁶, las mujeres son las encargadas de realizar el cuidado familiar. Es importante destacar que este colectivo es también el más afectado por trastornos de ansiedad¹⁷. De manera inicial, la HDOMSM genera ansiedad en los cuidadores principales, debido a la novedad, a la asunción del nuevo rol. Sin embargo, como así se extrae de la evolución decreciente del estado de ansiedad, siendo al ingreso moderada/grave y al final de la intervención leve.

La mayor ansiedad de las cuidadoras y los síntomas depresivos tienen relación con una peor calidad de vida y una mayor carga, como se afirma en otros estudios⁶⁻⁸. Los cuidadores con mayor ansiedad parecen mostrar una calidad de vida más pobre en los dominios físico, psicológico y ambiental, así como la carga total y la carga en las relaciones sociales⁸.

En la bibliografía se constata que un tercio de los cuidadores de personas con trastorno mental tenían morbilidad psicológica y reportan más niveles de carga^{7,18}. Otro estudio llevado a cabo en Turquía observó que la depresión es un factor independiente de predicción de la carga, pudiendo causar una interrupción en el funcionamiento social y laboral, aumentando la carga¹⁰.

Observamos que, en este caso, la población estudiada no tenía sensación de sobrecarga al inicio, estando por debajo del punto de corte establecido por la escala con la que ha sido medida (Zarit). Aun así, la puntuación en la escala ha disminuido de forma significativa tras la intervención, descendiendo aún más la percepción de sobrecarga familiar en los cuidadores. Esta disminución puede asociarse a que los familiares se han sentido acompañados y asesorados por el equipo de salud mental, por la regularidad de las visitas y por la disponibilidad de los mismos ante cualquier posible imprevisto. Intervenciones sobre la carga familiar vienen a referir que el asesoramiento de las familias

para afrontar la nueva situación provoca un efecto beneficioso sobre el curso del trastorno mental.

Las cuidadoras informales en salud mental son un elemento básico de apoyo del proceso de recuperación de personas con trastorno mental ingresadas en sus domicilios. El hecho de ser los encargados de proporcionar soporte diario y la responsabilidad que ello conlleva hace que la ansiedad de los mismos aumente. Por ello, se ha de trabajar en los domicilios de forma paralela tanto con la persona con trastorno mental como con su cuidador, proporcionándole la ayuda y las herramientas necesarias para poder gestionar la nueva situación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio han constatado la eficacia de los métodos de intervención utilizados por las enfermeras especialistas en salud mental. Estas cobran un papel primordial en esta nueva alternativa de dispositivo donde predomina un enfoque asistencial.

Se pone en valor su trabajo en el cuidado, no solo de las personas con trastorno mental, sino de los familiares que deben ejercer el papel de cuidadores principales durante la hospitalización domiciliaria. Sus diversas acciones, centradas en la educación para la salud, técnicas de relajación, de resolución de problemas y adquisición de estrategias de manejo, junto con una información veraz y una adquisición de conocimientos y habilidades, se han convertido en una nueva forma de abordar su ansiedad, contribuyendo a un empoderamiento de los familiares. Preservando la calidad de vida de las cuidadoras informales estamos favoreciendo indirectamente la mejora de salud de las personas con trastorno mental, su adherencia al tratamiento y adquiriendo una mayor concienciación sobre el mismo.

Bibliografía

1. Cotta RM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 1];10(1):45-55. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Valdivieso, Bernardo; Soriano, Elisa; Faubel, Raquel; Bahamontes A. Protocolos organizativos y generales. Hospitalización a domicilio. In [cited 2018 Dec 28]. p. 1-20. Available from: https://appsx.humv.es/hosp_dom/docs/sect1/cap1.pdf
3. Megías del Rosal F, Aguilar García-Iturrospe EJ, Silvestre Pascual F. Hospitalización domiciliaria : salud mental. Escuela Valen-

- ciana de estudios de la salud; 2004. Available from: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=36421b2f-c7fb-4c8f-8d2c-1c4d4f409b45&groupId=10128
4. Sosa R. Los cuidados informales en la hospitalización a domicilio. [Internet]. 2004 [cited 2018 Dec 28]. Available from: https://appsx.humv.es/hosp_dom/docs/sect6/cap1.pdf
 5. Ribé Buitrón J.M. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia [tesis doctoral]. Barcelona, 2014 [cited 2018 Dec 28]. Available from: www.url.es
 6. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 29];54(3):239–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23226847>
 7. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 9];17(1):353. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29070012>
 8. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 29];9(3):262–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430301>
 9. Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Abdin E, Zhang Y, Chang S, Shafie S, et al. Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 9];15(1):106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28526049>
 10. Cicek E, Cicek IE, Kayhan F, Uguz F, Kaya N. Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 29];35(3):253–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23453525>
 11. Fernández P, Palacios L, Martínez Rodríguez S, Marqués NO, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizaguirre J, et al. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga [Internet]. Vol. 23, *Psicothema*. 2011 [cited 2018 Dec 29]. Available from: www.psicothema.com
 12. Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait anxiety inventory (STAI). *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88 (1):101–12. Available from: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Del Pilar M, López De La Parra M, Cabrera DM, Muñoz Suarez MA, Anzaldúa AD, Francisco J, et al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Vol. 37, Artículo original *Salud Mental*. 2014.
 14. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
 15. Gloria M, Carrillo C, Vian ÓH, Catases MC, Galcerán GP, Vian BH. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 29]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion4.pdf>
 16. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás M del M. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *Eur J Heal Res*. 2017;3(3):185
 17. Maset J. Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés. 2017. Available from: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estudio-cinfasalud-estrés>
 18. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 7];6(5):380–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011684>



Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental: efecto de las actividades ocupacionales

Social isolation and self-esteem in people with mental disorders: Effect of occupational activities

Sonia Martínez-Felix, Celia Ferrer-Yeves, Concepción Martínez-Martínez

Universidad Europea de Valencia

Contacto: concepcion.martinez@universidadeuropea.es

Fecha de recepción: 5 de septiembre de 2020 / Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2020

Resumen

Introducción: Mediante el proceso de estigmatización, se atribuye a la persona de un grupo, en este caso personas con trastorno mental grave, características no deseadas como pueden ser la discapacidad intelectual, falta de voluntad, o violencia, entre otras. Al ser interiorizadas por estos, se convierten en autoestigma, llegando a aceptarse como ciertas y sintiéndose responsables, lo que conlleva a problemas de salud, sentimiento de inferioridad y de autoestima y al aislamiento social de la persona.

Objetivo: Conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante metodología mixta. Se utilizó un enfoque fenomenológico para conocer las vivencias de las personas con trastorno mental grave y un cuestionario para aumentar la validez del estudio y reforzar la credibilidad de los resultados.

Resultados: Indicar N. El 72.43 % de la muestra tenían un nivel de autoestima medio-alto. Los temas surgidos de las entrevistas fueron: Actividades y talleres ocupacionales, Significado y percepción propia del autoestigma, relaciones y percepción del aislamiento social, Autopercepción de la enfermedad, Percepción del entorno respecto al trastorno mental Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental.

Conclusiones: Los talleres ocupacionales son un mecanismo fundamental para fomentar la autoestima de las personas con enfermedad mental y trabajar sobre el autoestigma, de manera que, al entrar en contacto con la sociedad, no presten atención a los prejuicios que empeoran la situación de aislamiento social.

Palabras clave: aislamiento social, autoestigma, autoestima, empoderamiento, trastorno mental.

Abstract

Introduction: Through the process of stigmatization, the person of a group is attributed, in this case people with serious mental disorder, unwanted characteristics such as intellectual disability, lack of will, or violence, among other. These become internalized by them, becoming self-stigma, becoming accepted as true and feeling responsible for health problems, feelings of inferiority and self-esteem and the social isolation of the person.

Aim: In this work we set as objectives: to know the level of self-esteem of people with mental illness participating in occupational workshops, to know the perception they have about their self-stigma and to explore the factors that contribute to decrease their social isolation and increase their empowerment.

Method: A descriptive observational study was carried out using a mixed methodology. A phenomenological approach was used to learn about the experiences of people with severe mental disorder and a questionnaire to increase the validity of the study and strengthen the credibility of the results.

Results: N. 72.43% of the sample had a medium to high level of self-esteem. The themes that emerged from the interviews were: Occupational activities and workshops, Meaning and perception of self-stigma, Relationships and perception of social isolation, Self-perception of the illness, Perception of the environment regarding mental disorder Advice to help other people with mental disorder.

Conclusion: Occupational workshops are a fundamental mechanism for promoting the self-esteem of people with

mental illness and working on self-stigma, so that when they come into contact with society, Do not pay attention to prejudices that worsen the situation of social isolation.

Keywords: social isolation, self-stigma, self-esteem, empowerment, mental disorder.

Introducción

El estigma está construido con el fin de remarcar diferencias, como pueden ser el color de la piel o el género, entre otros. Según Link *et al.*¹, el estigma social lo encontramos cuando elementos de segregación, evitación, discriminación y prejuicios se encuentran presentes conjuntamente en una situación de poder, en la cual son permitidos y desencadenan una degradación de la posición social. Mediante el proceso de estigmatización, se atribuye a los integrantes de un grupo, en este caso personas con trastorno mental grave, características no deseadas como pueden ser la discapacidad intelectual, falta de voluntad, o violencia, entre otros.

Está todavía normalizado en la sociedad el pensamiento de que las personas que sufren un episodio psicótico agudo se deben categorizar como agresivas, incontrolables, poco inteligentes, e impredecibles, hecho por el cual inducen al temor². La percepción social que encontramos de enfermedad mental data que es intratable, puesto que la sociedad sólo se centra en los casos de pacientes más llamativos, como los más violentos, sin hogar, o los que rehúsan el tratamiento psiquiátrico. Es por esto que las personas con un trastorno mental que consiguen responder al tratamiento y, como consecuencia, ser exitosas en su vida personal y laboral pasan desapercibidos. En relación a la afirmación anterior, Pedersen³ asegura que estudios recientes reflejan que, a pesar de existir una mayor conciencia entre la sociedad en general acerca de las enfermedades mentales, se mantienen las percepciones equívocas o sesgadas, y los estereotipos siguen sin disminuir, incluso parecen haberse incrementado en algunos sectores.

Existen distintas formas en que las personas pueden responder al estigma social. Por un lado, encontramos personas a las que no les llega a afectar al no interiorizar dichos estereotipos. Por otro lado, otro grupo de personas, más numeroso, al interiorizar el estigma pierden su autoestima y autovalía. El miedo a que se les reconozca como enfermos mentales o a ser tratados de modo discriminatorio, influye también en su aislamiento social, evadiendo la búsqueda de actividades

en que es necesario interactuar con otras personas. Por último, encontramos personas que consideran injustas estas atribuciones y se empoderan para luchar, contribuyendo a dar una imagen distinta de las personas con enfermedad mental ante la sociedad⁴.

La interiorización y aceptación de los atributos negativos asociados a la enfermedad mental se denomina autoestigma⁴. El autoestigma conlleva problemas de salud, sentimiento de inferioridad, pérdida de confianza y de autoestima¹. El miedo a ser reconocidas como personas con enfermedad mental o a ser tratados de modo discriminatorio influye también en su aislamiento social, siendo este un factor de riesgo en su salud aumentando la mortalidad y la morbilidad y evitando la búsqueda de ayuda⁵. En personas con esquizofrenia, se considera además un factor propicio para la aparición de un episodio psicótico, que pueda conllevar el suicidio⁶.

El empoderamiento es la capacidad que tienen las personas de elegir libremente y actuar en consecuencia⁷. A través de los talleres ocupacionales, se pretende que las personas con enfermedad mental alcancen un mayor grado de empoderamiento, al tiempo que contribuyen a su recuperación y a que esta mejora se mantenga en el tiempo, logrando alcanzar su grado máximo de autonomía en función de las posibilidades de cada persona⁸.

Las barreras principales con las que se encuentran las personas con enfermedad mental para lograr el empoderamiento son la falta de autoestima y la presencia autoestigma⁹. Una de las escalas más utilizadas para la evaluación del autoestima es la escala de Rosenberg¹⁰. Esta escala mide la autoestima de una forma rápida y confiable. En principio fue utilizada en adolescentes, pero se utiliza igualmente en adultos, tanto en casos clínicos como en población general y también en personas con diagnósticos psiquiátricos⁹.

En este trabajo nos planteamos como objetivos: conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a

disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Metodología

Para responder a los objetivos de la investigación, se planteó utilizar una metodología mixta empleando métodos cualitativos y cuantitativos, para obtener una mayor credibilidad y validez del estudio¹¹. Como método cualitativo se escogió el enfoque fenomenológico. La fenomenología acepta que la experiencia es vivida de forma distinta en función de la persona y las circunstancias que la rodean en cada momento¹²; a través de ella pretendemos conocer los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y la percepción del autoestigma. La metodología cuantitativa se utilizó para medir la autoestima de los y las participantes de forma que se corroboraran parte de los resultados obtenidos, aumentar la validez del estudio y reforzar la credibilidad de los resultados¹⁰.

Ámbito de estudio

Los y las participantes de este estudio residen en el área metropolitana de Valencia, tienen autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida, y desempeñan distintas actividades de manera periódica en distintos colectivos, como es el GAM Valencia (Grupo de Ayuda Mutua), asociación ASIEM (Salud Mental Valencia) y el CREAP (Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial), teniendo un alto grado de integración en la comunidad.

Reclutamiento de los participantes

Para el reclutamiento de los participantes se utilizó el muestreo por conveniencia; a través de este método no aleatorio nos aseguramos de que las características de la muestra fueran similares a las de nuestra población marcada como objetivo¹³.

Los criterios de inclusión fueron que se encontrasen clínicamente estables y no estuviesen institucionalizados. Cualquier usuario o usuaria que padeciese algún tipo de TMG (trastorno mental grave) y estuviera tomando mediación psiquiátrica podía ser participante, independientemente de su diagnóstico psiquiátrico. En cuanto a los criterios de exclusión, únicamente consideramos que la persona se encontrase en una situación de incapacitación, o en un momento de crisis. Antes de contactar con usuarios, el psicólogo, psiquiatra, enfermera y trabajadora social comprobaron qué usuarios y

usuarias del centro cumplían los criterios de inclusión. La lista inicial de contactos que cumplían los criterios de inclusión fue facilitada por la enfermera del CREAP.

Un total de 8 personas fueron invitadas a participar en el proyecto; una de ellas no acudió al día y hora acordados, puesto que se presentó un día antes por equivocación y ya no volvió a presentarse. Contactamos con todos ellos por vía telefónica, acordando de este modo una fecha y una hora para el encuentro. Finalmente participaron en el estudio 7 personas, 2 mujeres y 5 hombres. Tras la aceptación del proyecto por su parte, fueron citados en la institución de Salud Mental del CREAP, donde se les facilitó el consentimiento informado y toda la información necesaria referente al estudio.

Instrumentos de medida

Para medir la autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg¹⁰. La escala se ideó inicialmente para medir la autoestima en adolescentes, pero fue utilizada y validada por Vázquez¹⁴ para usuarios de centros de salud mental. La escala ha mostrado índices de fiabilidad altos: correlaciones test-retest entre 0.82 y 0.88, un alfa de Cronbach de 0.87. Dicha escala autoadministrada consta de 10 ítems. Las 10 frases se responden a través de una escala Likert graduada de mayor a menor, considerando A: Muy de acuerdo; B: De acuerdo; C: En desacuerdo; D: Muy en desacuerdo.

Para corregirlo se debe tener en cuenta que desde el ítem 6 hasta el 10, las respuestas se puntúan de modo inverso, de 1 a 4. La puntuación final obtenida se clasifica de la siguiente manera:

- De 30 a 40 puntos, nivel de autoestima elevada, o normal.
- De 26 a 29 puntos, nivel medio, es necesario mejorar, pero no presenta problemas graves.
- 25 puntos o menos, nivel de autoestima baja, existen problemas significativos.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo principalmente a través de la realización de 3 entrevistas individuales en profundidad. Para aumentar la credibilidad del estudio, se trianguló la recogida de datos mediante la realización de un grupo focal. El grupo fue heterogéneo en cuanto al diagnóstico y a edad, de este modo consegui-

mos aportar perspectivas distintas al estudio. Las entrevistas y el grupo focal se llevaron a cabo entre enero y febrero de 2019 en el CREAP; el acceso es fácil para los y las voluntarias, a la vez que acogedor y familiar para los mismos. En la sala donde se llevó a cabo, no había nadie más aparte de los y las participantes, las entrevistadoras (una enfermera y una estudiante del grado de enfermería) y una enfermera que los conocía, para, de este modo, aportarles mayor sentimiento de tranquilidad y seguridad.

Al inicio de cada entrevista, se facilitaba el consentimiento informado, en el que se comunicaba el tratamiento de los datos para garantizar la confidencialidad de la información recogida, y se recordaba que se grabaría la sesión en audio, informándoles también de la posterior destrucción de la misma al terminar el estudio. A continuación, se recogían los datos sociodemográficos y cumplimentaban el cuestionario de autoestima de Rosenberg¹⁰. Posteriormente se iniciaba la entrevista, introduciendo preguntas generales contextualizadoras para pasar poco a poco a los temas a tratar en base a un guion previamente elaborado.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a la Declaración de Helsinki (OMS, 2013) y fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad Europea.

Análisis

Para realizar el análisis, se realizó la transcripción de todas las entrevistas. Fueron codificados los nombres de los participantes mediante códigos alfanuméricos para que no quedara expuesta su identidad. Posteriormente las transcripciones se relevaron de forma activa. Tras la lectura de estas transcripciones y a través del programa Atlas.ti fueron apareciendo de forma inductiva las categorías asociadas a los temas.

Resultados

Resultados generales

La mayoría de los participantes eran hombres, el 71.50%, y la edad media se estimó en 45 años. El 100% de las y los usuarios acude a la realización de talleres ocupacionales.

En cuanto a las hospitalizaciones en los últimos 2 años, encontramos que sólo el 28.50% las ha sufrido y

los motivos fueron un intento de suicidio y una crisis psicótica. El resto de las características sociodemográficas de los participantes se encuentran descritas en la tabla 1.

Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg

Al realizar el sumatorio de la puntuación obtenida por cada uno de los usuarios, tal como queda reflejado en el Gráfico 1, se observa que un 57.15% (4 usuarios) presenta un nivel de autoestima elevada, un 14.28% (1 usuario) tenía un nivel de autoestima media, y un 28.57% (2 usuarios) tenían un nivel de autoestima baja.

Resultados de las entrevistas a usuarios

A continuación, se describen los resultados principales. Los temas y las categorías que se han obtenido tras el análisis se recogen y describen en la tabla 2.

Tema 1. Actividades y talleres ocupacionales

Las actividades en las que participan son mayoritariamente talleres en el CREAP como el taller de sensibilización, en el cual tratan de encontrar la forma de llegar al público de una forma más cercana, mediante charlas y presentaciones, tratando de este modo el tema del estigma en salud mental. También encontramos el de terapia con animales, jardinería, carpintería, pintura, poesía, terapia musical, el cual destacan porque les permite expresarse mediante canciones, tocar instrumentos y conseguir sonar melódicamente al unísono.

Para conseguir los objetivos de los talleres, contaban con la ayuda de los profesionales, los cuales les facilitaban todos los recursos necesarios para dichas actividades. Fuera del centro contaban que salían con amigos, escuchaban música en casa, miraban películas o estudiaban, puesto que dos de ellos intentaban acceder al mundo laboral y estaban terminando de formarse para ello.

M-1. Mujer de 52 años de edad:

Estas actividades, como las que hacemos en el taller de sensibilización, tampoco es que te lleven a ningún sitio laboral, pero sí personalmente es una mejora. Me siento mucho mejor y, digamos, con mayor autoestima. Y luego aquí en el CREAP y es que es otro mundo, tú sales de aquí y es que necesitas venir aquí a recargar pilas.

H-2. Hombre de 43 años de edad:

A mí el autoestigma me pasa porque yo en la calle estuve en la exclusión social tres años, viviendo en la calle, y se me ha quedado esa fobia social de sentirte siempre mirado, juzgado por ser indigente. Sin embargo, participar en actividades de organismos como el CREAP, me ha ayudado a potenciar mi autoestima y mi valía.

M-1. Mujer de 52 años de edad:

En mi tiempo libre pues hago poesía y voy a recitales que hay por Valencia a recitar. Y luego cuando estoy en mi casa, pues hago comidas y hago cenas para mis hijos, que ya son mayores, y mi marido, que está trabajando; pues hago un poco las tareas de ama de casa más o menos. Uno de los talleres importantes es el de terapia musical, y ahí tocamos instrumentos y sonidos. El objetivo era aunar el sonido entre todos con diferentes instrumentos. Y algunos compañeros hacen el canto terapéutico.

Tema 2. Significado y percepción propia del autoestigma

Las palabras con las que definen autoestigma sería menosprecio, no sentirse válido, no quererse a sí mismos. Algunos alegaron que en algún momento sintieron ese autoestigma, sobre todo en los momentos de crisis o brotes psicóticos, que eran los momentos de más “debilidad” psicológica y en los cuales tendían a esos pensamientos negativos. Esto mayoritariamente era inducido por la sociedad, las personas de fuera de los círculos cercanos como son las amistades o la familia. Estos últimos eran, para los usuarios, los pilares fundamentales sobre los cuales se apoyaban para salir adelante. Únicamente dos personas finalmente admitieron que tuvieron que alejarse de su núcleo familiar, puesto que ellos eran los que generaban ese autoestigma en el usuario y no era un ambiente beneficioso para ellos.

H-1. Hombre de 36 años de edad:

Para mí es retraerse con respecto a los demás. Decir yo tengo esta enfermedad o este síndrome, y no quiero conocer a más gente por lo que dirán. Pues algo así es lo que es para mí el autoestigma. Sí, sí que tengo un poco.

H-2. Hombre de 43 años de edad:

A mí el autoestigma me pasa porque yo estuve tres años viviendo en la calle, y se me ha quedado esa fobia social de sentirte siempre mirado, juzgado por

ser indigente. Yo la enfermedad de más joven la aceptaba y la encajaba, pero mi familia siempre ha sido de hacer culpables a los hijos. Entonces yo siempre tuve un sentimiento de culpabilidad muy arraigado, cosa que es muy perjudicial.

Tema 3. Relaciones y percepción del aislamiento social

Admitieron haberse sentido fuera de lugar cuando se relacionaban con personas que no pertenecían al ámbito de la salud mental, ya que ese tipo de situaciones les generaba mucho estrés y sentían que el mundo giraba mucho más deprisa de lo que ellos podían gestionar. Por eso, al llegar al CREAP, la sensación de tranquilidad era muy grande, ya que conseguían sentirse comprendidos, y entonces era más fácil que pudiesen ser ellos mismos.

En este sentido, la mayoría de participantes afirmaban sentirse distintos a los demás, pero ni inferiores ni superiores. Defendían que esto ocurría gracias al apoyo recibido de sus familiares, ya que les proporcionaban, de esta forma, un espacio seguro en el que ser ellos mismos. Tres participantes aseguraron haberse sentido incomprendidos en algún momento por personas con las que no tenían una relación estrecha, o que no pertenecían al mundo de la salud mental, pero no sentían que fuesen inferiores a las personas que no padecen ningún trastorno mental.

M-1. Mujer 52 años de edad:

La sociedad es que va muy deprisa, va con unas prioridades que quizá están muy distorsionadas y que no atienden a los problemas fundamentales, sino que se desvían por otras cosas. Y empiezas a entrar en círculos, porque yo veo más autenticidad aquí (en el CREAP), y que tendríamos que intentar proyectarlo. Luego aquí en el CREAP y es que es otro mundo, tú sales de aquí y es que necesitas venir aquí a recargar pilas. Porque es como tendría que ser la gente en cualquier parte, y es que vienes aquí y nadie juzga, no hay diferencias.

Tema 4. Autopercepción de la enfermedad

Al hablarles de la culpabilidad relacionada con la patología, cinco participantes de la muestra aseguraban que no se habían sentido culpables por padecer su enfermedad, sino que habían sacado cosas positivas de ello. Como, por ejemplo, conocerse más, profundizar en sus sentimientos y emociones. Por ese motivo, un 92.85 %

de los usuarios aseguraba que la enfermedad no les había hecho unos supervivientes natos, sino que les había ayudado a entenderse, a encontrar otra forma de enfocar las situaciones de mayor complejidad, y a obtener otro punto de vista en algunos aspectos de la vida, como, por ejemplo, a la hora de utilizar la creatividad.

H-3. Hombre de 59 años de edad:

No, culpable no. Soy así porque soy así, pero no me he llegado a sentir culpable, no.

H-1. Hombre 36 años de edad:

Pues sí, mira, que me he conocido más a mí mismo. La enfermedad te hace ver, creo que más por dentro cómo eres tú, tus sentimientos más profundos, tus emociones. Y entonces eso sí que me ha ayudado a conocerme más a mí mismo, a pensar más en mí, y a ver qué es lo que más me preocupa también.

Tema 5. Percepción del entorno respecto a la enfermedad

Los y las participantes aseguraban que ellos se relacionaban con la gente que consideraban más afines a ellos, pero que nunca se habían parado a pensar que eso pudiera generar sentimientos de vergüenza en sus más allegados. Donde tenían más problemas era en su entorno laboral, ya que eran conscientes de sus dificultades, llegando a sentirse inferiores al resto al compararse con el rendimiento de las personas sin diagnóstico psiquiátrico.

M-1. Mujer 52 años de edad:

Exacto, y tú te tienes que ir comparando, porque tienes que llegar a los mismos objetivos que los demás, sobre todo en el tema laboral. Como siempre estamos comparando, hay momentos en los que te ves inferior al otro, y por eso vas abocado al fracaso.

Tema 6. Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental

El consejo que le darían a alguien que no sale de su casa, y que esté en esa situación de aislamiento, es que confíe más en él/ella misma, ya que es el que tiene el poder de cambiar la situación. A la vez que hacen especial mención a que debe dejarse ayudar por profesionales y por familiares y amistades con las que cuente.

H-4. Hombre 44 años de edad:

Cree en ti, que eso es muy importante, y piensa que cuando tú no lo puedas hacer, habrá personas a tu alrededor que lo harán, ya sea profesionales, familiares o amigos. Déjate ayudar y siente esa ayuda para poder ser feliz. Hay muchas gafas de muchos colores y que te hacen ver muchas cosas. Y cuando tú sólo ves una cosa, siempre te pueden regalar otras gafas diferentes para empezar a ver la vida de otra manera. Que habrá muchas gafas que no te gusten, pero otra muchas que no posiblemente no conocías y te sorprendan. Y así vas teniendo ganas de vivir, y eso es lo que importa.

Discusión

En este trabajo nos planteamos como objetivos: conocer el nivel de autoestima de las personas con enfermedad mental participantes en talleres ocupacionales, conocer la percepción que tienen sobre su autoestigma y explorar los factores que contribuyen a disminuir su aislamiento social y aumentar su empoderamiento.

Los y las participantes en el estudio identifican el autoestigma como menosprecio, no sentirse válido y no quererse a sí mismo/a. Refieren que estas emociones las han sentido fundamentalmente en momentos en que se sentían más débiles como, por ejemplo, cuando han sufrido una crisis psicótica. Sin embargo, en estos momentos de estabilidad, su nivel de autoestigma es más bajo. Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado en 6 países europeos donde el porcentaje de autoestigma relatado era del 33 % en personas usuarias de asociaciones en defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental¹⁵.

Los y las participantes admitieron que les costaba relacionarse con personas ajenas al mundo de la salud mental, ya que se sentían incomprendidos e incómodos, llegando a reconocer dos de ellos que habían tenido sentimientos de inferioridad. Especialmente duro para ellos es relacionarse en entornos laborales, ya que sienten actitudes estigmatizantes por parte de los compañeros. Estos motivos hacían que se aislaran socialmente y únicamente se relacionaran con personas con un diagnóstico psiquiátrico, acudiendo a realizar actividades a centros para personas con trastorno mental. El estigma social es una de las principales causas del aislamiento. Los atributos de peligrosidad, debilidad o inutilidad van directamente acompañados de actitudes y actos de discriminación, o rechazo hacia dichos indi-

viduos; es por eso que sufren de manera directa el estigma y sus consecuencias, repercutiendo en diversos aspectos de la vida cotidiana, como son el trabajo, la vivienda, la búsqueda de atención sanitaria y la vida social¹⁶.

En cuanto a la relación con sus familiares, debemos señalar que la mayoría indicaban que no perciben que las personas cercanas a ellos los estigmaticen, es más, recalcan la importancia de sus núcleos más cercanos, a los que acuden cuando sienten que les sobreviene algún tipo de situación, reduciendo el tiempo de reacción en caso de brote o crisis psicótica, lo cual contribuye a que el periodo de recuperación sea menor. Dos de las personas con enfermedad mental refirieron tener que abandonar el domicilio familiar, ya que era su familia la que contribuía en el desarrollo del autoestigma. Estos resultados están en línea con los obtenidos en el estudio realizado por Morgan *et al.*¹⁷ en el que encontraron que el 74.1 % de personas con enfermedad mental que habían participado en su estudio encontraban confort y apoyo emocional en sus familiares y amigos.

La mayor parte de participantes refirieron que no se sentían por culpables de padecer la enfermedad y que con el tiempo les había permitido conocerse más a sí mismos y sus miedos, y habían aprendido a manejar distintas situaciones de la vida diaria. Los y las participantes expresaban que deben confiar más en sí mismos y pedir ayuda en caso de necesidad y, del mismo modo, dejarse ayudar por profesionales. Ese es el salvoconducto de personas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica, puesto que necesitan de un apoyo en caso de aislamiento social ya que, de otro modo, la enfermedad tiende a cronificarse. Este resultado contrasta con diversos estudios que muestran como las personas con enfermedad mental perciben actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales de la salud y por tanto son precavidos cuando han de buscar la ayuda necesaria¹⁸⁻²⁰.

Hubo unanimidad por parte de los y las participantes que han padecido autoestigma al constatar que unos de los factores que les han ayudado a superar esa situación han sido los talleres ocupacionales y terapias. Concretamente, uno de los talleres que más había contribuido a aumentar su autoestima fue el taller de sensibilización. Hablar en público a distintos colectivos, sentirse escuchado/a en una situación de igualdad frente a otros grupos les hizo sentir que su experiencia y conocimiento de la enfermedad en primera persona

eran tenidos en cuenta. Además, acudir a los talleres y realizar actividades en grupo les ha ayudado a conocer personas con puntos en común, haciendo más sencillo el acto de socialización. Aseguraban que el descanso que les proporcionaban las actividades no lo sentían fuera, puesto que vivían en situaciones constantemente estresantes. En los talleres ocupacionales se sentían comprendidos, factor que contribuía en el aumento de la autoestima de cada uno de ellos. Este resultado también ha sido corroborado por los datos recogidos en la escala de autoestima de Rosenberg¹⁰, ya que el 72.43 % de la muestra presentaba una autoestima elevada o media. Estos resultados están en línea con los objetivos de la terapia ocupacional, entre los que se encuentran el fomento de la autonomía a través de la promoción de estrategias, destrezas y habilidades que favorezcan un correcto funcionamiento ocupacional y promuevan su autonomía⁸, contribuyendo al empoderamiento de las personas con trastornos mentales graves, fundamental para que sean libres de tomar sus propias decisiones y actúen en consecuencia⁷. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en 14 centros de día no obtuvo cambios en el empoderamiento de los participantes, aunque sí que se observó que la puntuación en la escala de empoderamiento utilizada era mayor cuanto mayor era la puntuación en autoestima⁹. La diferencia con nuestro resultado puede ser debida al tipo de programa que realizaban en dicho estudio. Los programas estaban enfocados a la inclusión en el mundo laboral, en cambio los programas que realizaban los y las participantes de nuestro estudio tienen como objetivo mejorar la percepción que las personas con enfermedad mental tienen sobre sí mismas, potenciando las capacidades presentes en cada individuo.

El estudio ha estado sujeto a varias limitaciones. En primer lugar, tener una muestra reducida. En segundo lugar, puesto que es un estudio cualitativo y a falta de aleatorización para obtener la muestra, no hace posible la generalización de los resultados encontrados al resto de población con características similares. Y, por último, dadas las características de la enfermedad, existe el sesgo de que las personas contestaran lo que se espera de ellos para evitar problemas debidos precisamente al estigma.

Conclusiones

Las personas que han participado en el estudio reconocían haber sentido autoestigma en momentos de crisis o al inicio de la enfermedad, pero no actualmente; esto se corrobora con los niveles de autoestima que mues-

tran. Consideraban que los factores que les ayudan a evitar el aislamiento social son los talleres ocupacionales y el apoyo de familia y amigos. Los talleres son un mecanismo fundamental para que los y las usuarias consigan un ambiente propicio en el que poder ser ellos mismos. A su vez, fomentan su autoestima y trabajan sobre el autoestigma, de manera que, al entrar en contacto con la sociedad, no presten atención a los prejuicios contra las enfermedades mentales. Además, les permite conocer a personas más afines a ellos, y, de este modo, se sientan más comprendidas, por el hecho de tener cosas en común.

Implicaciones para la práctica

Los resultados obtenidos nos hacen pensar que es imprescindible fomentar los recursos facilitados a los centros especializados en salud mental, para que se creen más talleres de sensibilización, los cuales ayudan a las personas que padecen algún trastorno mental a encontrar su propia forma de entender la enfermedad, incrementando a su vez su autoestima.

Por otro lado, para disminuir el autoestigma de las personas con enfermedad mental, es necesario que la sociedad disminuya los prejuicios hacia ellos y para conseguirlo se deberían realizar programas de sensibilización y educación dirigidos fundamentalmente a los jóvenes para que puedan aprender a tener otra visión de las personas con enfermedad mental.

La enfermera de salud mental tiene un papel fundamental en la implementación e impartición tanto de talleres ocupacionales que contribuyan al empoderamiento de las personas con trastorno mental como en la realización de programas de educación para jóvenes con el objetivo de contribuir a disminuir el estigma social.

Finalmente, creemos que es necesario seguir investigando en profundidad sobre los beneficios de las actividades, en concreto del taller de sensibilización ya que de las entrevistas ha surgido que los usuarios consideran fundamental este taller para la mejora de su autoestima.

Bibliografía

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(Lewis 1998):363–85.
2. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440–52.
3. Pedersen D. Estigma y exclusión en la enfermedad mental : Apuntes para el análisis e investigación diseño de intervenciones. *Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]*. 2005;6(1):3–14. Available from: <https://cutt.ly/7fIMzNu>
4. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16–20.
5. World Health Organization, editor. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Martín L, Leal L, Corcoles D, Belisolá M, Coletas. Social isolation: High-risk indicator in mental health. 2008.
7. Whalley Hammell KR. Empowerment and occupation: A new perspective. *Can J Occup Ther*. 2016;83(5):281–7.
8. Domene Navarro G. Empoderamiento, terapia ocupacional y salud mental. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG*. 2015;12(22):15.
9. Sutton D, Bejerholm U, Eklund M. Empowerment, self and engagement in day center occupations: A longitudinal study among people with long-term mental illness. *Scand J Occup Ther [Internet]*. 2019;26(1):69–78. Available from: <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1397742>
10. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, editor. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ; 1965.
11. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. *Metodología de la investigación*. 2010. 656 p.
12. Rubio Acuña M, Arias Burgos M. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2013;29(3).
13. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. *Rev Epidemiol Med Prev*. 2003;1:3–7.
14. Vázquez Morejón A, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez-Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247–55.
15. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res [Internet]*. 2013;210(3):1136–46.
16. León castro HM. Estigma Y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Historico-Social. *Rev Psiquiatr y salud Ment Hermilio Vald [Internet]*. 2005;VI(1):33–42.
17. Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF, Beatson R. Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. Vol. 52, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017. p. 1395–403.
18. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):558–67.
19. Neauport A, Rodgers RF, Simon NM, Birmes PJ, Schmitt L, Bui E. Effects of a psychiatric label on medical residents' attitudes. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(5):485–7.
20. Disability Rights Comisión. *Equal Treatment: Closing the gap*. 2006.

N = 7	N (%)
Hombres	5 (71.50)
Mujeres	2 (28.50)
Nivel de estudios	
Estudios universitarios	3 (42.85)
No especificado	4 (57.15)
Actividad actual	
Estudiando	2 (28.50)
Desempleo	5 (71.50)
Convivencia	
Solo	1(14.28)
Solo con supervisión	3(42.85)
Familia de origen	1(14.28)
Familia propia	1(14.28)
Vivienda tutelada	1(14.28)
Dx psiquiátrico actual	
Trastorno bipolar	2(28.50)
Esquizofrenia paranoide	4(57.15)
Trastorno esquizoafectivo	1(14.28)
Medicación antipsicótica	
VO	5(71.50)
VO e IM	2(28.50)

Dx = Diagnóstico VO = Vía Oral

IM = Intramuscular

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes

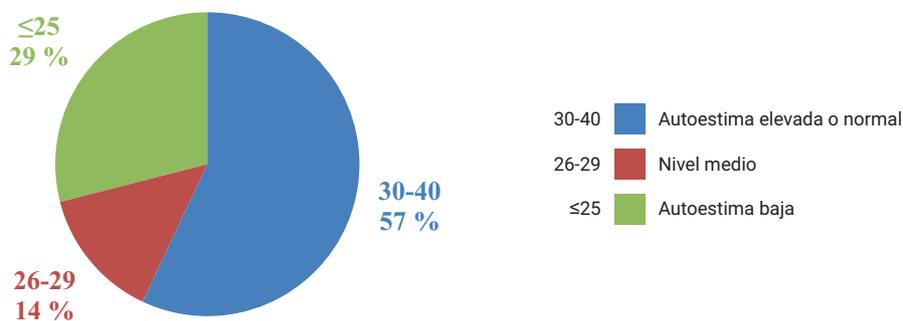


Gráfico 1: Resultados cuestionario autoestima Rosenberg

Temas	Categorías	Descripción de temas y categorías
Actividades y talleres ocupacionales		Actividades realizadas por los pacientes en su tiempo libre En las sesiones sienten comprensión por parte de los demás participantes, gracias a los puntos en común entre ellos. Al aumentar el sentimiento de valía y utilidad aumenta la autoestima. Al encontrarse en la misma situación que el resto de los integrantes, sienten un gran apoyo.
Significado y percepción propia del autoestigma		Concepto propio acerca del significado del estigma y el autoestigma Menosprecio Debilidad provocada por la sociedad Sentimiento de infravaloración propia. Percepción de debilidad debido al estigma asociado de inutilidad.
Relaciones y percepción del aislamiento social		Percepción propia del sentimiento de aislamiento derivado del estigma social Estrés Incomprensión Sentirse distintos Causado por un sentimiento de perder el control de las situaciones. Sentimiento de incomprensión derivado de falta de empatía por parte de la sociedad. Sensación de diferencia causada por una distinta actividad cerebral.
Autopercepción de la enfermedad		Modo de percibir la enfermedad y su forma de comportarse Culpabilidad Creatividad Manejo de los miedos Sentimiento desagradable surgido por conductas que puedan avergonzar a los demás. Aumento de la actividad de crear. Aprendizaje del uso de recursos para mitigar los propios temores.
Percepción del entorno respecto a la enfermedad		Percepción del medio respecto a la persona que padece algún trastorno mental Afinidad Inferior Sentimiento de semejanza con otras personas con patología de salud mental. Sentimiento de menos valía con respecto a personas que no padecen ningún trastorno mental.
Consejos para ayudar a otras personas con trastorno mental		Consejos para intentar que otra persona con enfermedad mental salga adelante lo antes posible Búsqueda de ayuda Confianza en uno mismo Acción de búsqueda de apoyos externos tanto por parte de los profesionales de la salud, como de familiares o amigos. Crear en los puntos fuertes de cada uno, convirtiéndolos en el principal apoyo para sobrellevar cualquier situación.

Tabla 2: Clasificación y descripción de los temas y categorías



Cuidando a ciegas. La persona con trastorno adictivo y su relación con la enfermería durante la pandemia de COVID-19

Caregiving blindfolded. People with an addictive disorder and their relationship to nursing during the COVID-19 pandemic

Enrique Pérez-Godoy Díaz, Antonio Moreno-Guerín Baños

Centro Provincial de Drogodependencias. Diputación de Sevilla. Sevilla, España.

Contacto: epgodoyd@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2020 / Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2020

Sr. director:

En estos últimos días del mes de Agosto, finalizando las vacaciones, nos proponemos revisar y reflexionar sobre el trabajo realizado durante los duros meses de confinamiento y progresiva apertura de los centros de tratamiento de adicciones donde trabajamos.

La atención y seguimiento de la persona con trastorno adictivo y especialmente de la persona con trastorno adictivo a opiáceos, sea o no politoxicómano, se ofrece de muy diversas formas en España según la comunidad autónoma en la que nos encontremos. En Andalucía, concretamente, el tratamiento, seguimiento y control se realiza desde los centros de tratamiento ambulatorio, centros dependientes de ayuntamientos o diputaciones u otras entidades conveniadas, y, en última instancia, todos estos dependen operativamente de la Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía.

Aunque estamos acreditados como centro sanitario, y funcionalmente trabajamos como centro de especialidades, administrativamente dependemos de servicios sociales especializados de la Diputación de Sevilla, y para cualquier prescripción, prueba diagnóstica o tratamiento dependemos de los centros de Atención Primaria, hoy tan castigados por la pandemia.

Gran parte de nuestro trabajo es el seguimiento de una bolsa de unos 400 usuarios, a los que citamos regularmente, la mayor parte (un 95 %) con problemas de adicción a opiáceos y cocaína en programa de mantenimiento con metadona, a los que valoramos, seguimos, apoyamos, educamos, escuchamos, observamos, reforzamos, instruimos o derivamos a otros profesio-

nales o programas, y con los que en algunas ocasiones llegamos a establecer una relación terapéutica muy fuerte basada en el respeto, consideración y atención a sus necesidades, teniendo en cuenta nuestras propias competencias. Aunque pudiera parecer lo contrario, son muy respetuosos con los profesionales y muy agradecidos cuando nos implicamos con su caso. Para ello es preciso también conocer bien las necesidades y características de la persona con trastorno adictivo y la consideración de su realidad como una enfermedad con numerosas aristas biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

La alarma sanitaria, el confinamiento obligatorio de la población y la posterior desescalada han supuesto distintos retos a lo largo de estos meses.

El primero fue el cierre de los centros y la atención de las personas usuarias por vía telefónica. Tener que atender desde casa en situación de teletrabajo supuso una dificultad importante. Las citas presenciales, que son obligatorias para las personas usuarias en programa de mantenimiento con metadona, nos permiten observar y valorar la situación actual. Aspecto físico, orientación, estado nutricional, lenguaje verbal y no verbal, coherencia y congruencia en su discurso etc., nos permiten orientar hacia un cambio personal, proponer alguna modificación en el tratamiento o incluir o derivar hacia algún programa de día, comunidad terapéutica u otros, y, como mínimo, realizar educación para la salud con objetivos de reducción de daños. Aunque a algunas personas les cuesta acudir a las citas, generalmente se sienten cómodas en la entrevista donde son atendidas, escuchadas, y aprovechamos cualquier resquicio o buena intención para poder ayudarlas a mejorar su situación.

Realizar esta función por teléfono es muy difícil, por no decir imposible. Cualquier resistencia, incoherencia, confrontación u otra dificultad, manejable en situación de presencialidad, no es posible abordarla por vía telefónica.

No obstante, también hemos tenido experiencias gratas en la relación telefónica. Ha habido personas en situación de estabilidad, confinadas en su casa y viviendo solas que han agradecido enormemente que alguien les llame por teléfono, aunque sea su enfermero de adicciones. En alguna ocasión he escuchado llorar por la triste situación de soledad, penuria económica y dificultad y miedo, al padecer de una EPOC con frecuentes crisis de disnea. “Enrique, que estoy muy solo. Que no tengo a nadie”. “Muchas gracias por llamarme”. “Nadie se acuerda de mí”.

Los casos como este referido son de un perfil frecuente: varón, alrededor de 50 años, que vivía con su madre hasta que esta falleció, y que en la actualidad viven solos en el piso de su madre, con una relación nula o inestable con hermanos, con importantes secuelas físicas, en algunos casos manteniendo consumos, aunque sean esporádicos y con muy pocos recursos económicos y nulo apoyo social.

El caso especial de las personas sin hogar

Tras la declaración de la situación de alarma y confinamiento obligatorio en domicilio, se presentó el problema de las personas sin hogar.

En la ciudad de Sevilla hubo que habilitar hasta tres pabellones polideportivos donde se atendía a este grupo de personas, a quien la policía local invitaba a alojarse dada la situación especial. En total fueron casi 300 personas, que además iban variando cada día. Algunos de ellos eran personas en seguimiento en centros de nuestra localidad o de otras a los que hubo que rescatar, atender, valorar y prescribir tratamiento previo o modificado para que se les dispensara en dichos espacios. Otras eran personas con problemas adictivos, pero que nunca habían estado en tratamiento, y a los que hubo que realizar la acogida y atención pertinente a través de los medios telemáticos disponibles.

Ahí aparecieron casos como el de María (nombre ficticio), con problemas de adicción a opiáceos y otras sustancias, embarazada de 8 meses, sin hogar tras irse de casa de su madre, y a quien le retiraron el bebé en

cuanto nació con síndrome de abstinencia a opiáceos. A ella, como a otros muchos, hubo que hacerle entrevista de acogida telefónica.

O el de Luis (también ficticio), que, desde que salió hace varios años de prisión, venía consumiendo heroína y alternando con metadona para paliar los síntomas de abstinencia, y que compraba en el mercado negro.

Muchos de estos nuevos casos aparecieron con motivo del estado de alarma. Algunos se mantienen en tratamiento. Otros volvieron a su situación habitual en cuanto pudieron y, por lo tanto, a los consumos y a abandonar el programa de tratamiento sustitutivo.

La relajación de las medidas y finalización del estado de alarma

La situación de confinamiento obligatorio ha hecho que hubiera dificultad para acceder a las sustancias ilegales. Esto ha permitido que algunos pacientes dieran el salto a la abstinencia. Aquellos casos que ya llevaban una abstinencia corta y que se han encontrado en esa situación inesperada les ha servido de empujón para alargar el periodo de abstinencia y poder mejorar sensiblemente su situación.

Pero para aquellos que mantenían abstinencia solo por control externo esa situación no ha sido más que un espejismo, pues, en cuanto se ha relajado la situación de confinamiento, el consumo ha llegado a ser incluso mayor que antes.

Aunque teníamos la consigna de reducir al mínimo la atención presencial una vez que se comenzó con las primeras fases de relajación del estado de alarma, nos vimos en la obligación moral, al igual que otros compañeros del servicio, de atender a algunos casos presencialmente. Personas sin teléfono ni forma de acceder a ellos, pérdida de contacto con el centro de cerca de un año, o demanda de los profesionales del centro de salud donde recogen la metadona, por las dificultades en su manejo, aconsejaban valorar presencialmente para ver necesidades y proponer soluciones. Para ello manteníamos las medidas de seguridad estrictamente, aunque otros profesionales no sanitarios del centro vieran con disgusto esa atención por el riesgo que creían correr.

En muchas ocasiones, la entrevista telefónica ha servido para detectar que se necesita una intervención presencial preferente. Es el caso de un usuario al que

llamaremos Manuel, con patología dual, sin seguimiento en salud mental, con múltiples demandas en el centro de salud donde acude a recoger metadona y presentando alteraciones de conducta en el centro.

O el de Juan, con diagnóstico médico de trastorno bipolar y alcoholismo grave, que un día decidió dejar parte del tratamiento porque pensaba que le sentaba mal. Una llamada de su mujer y tutora y una cita presencial favorecieron que le escuchara, resolviera sus dudas y le explicara que no podía dejar el tratamiento dado su estado, evolución y graves secuelas que presentaba por su patología. A la semana de la entrevista, llamamos a la mujer y nos confirmó que la entrevista había sido efectiva y ya se tomaba el tratamiento.

O el de Antonio. Que tras entrevista personal vio más claro que necesitaba reincorporarse a la comunidad terapéutica en la que inició su participación en un programa, y que, al coincidir un permiso terapéutico con el decreto del estado de alarma, este se dilató casi tres meses.

Hemos de decir que ha sido muy importante la coordinación y buena relación con las enfermeras de Atención Primaria, especialmente con enfermeras gestoras de casos y las responsables del programa de metadona. Su buena disposición y gran implicación personal han facilitado enormemente la resolución de problemas con el tratamiento, pruebas diagnósticas previas al protocolo de ingreso en cualquier centro de la red o incluso las pruebas de PCR o serología de COVID-19 para ingreso en comunidad terapéutica por primera vez o tras un permiso terapéutico. Y todo ello sirviéndonos casi en exclusiva del teléfono como herramienta de trabajo. La situación vivida ha hecho que hayamos reforzado relaciones ya existentes con un importante grado de complicidad que facilita mucho las cosas a la hora de resolver problemas.

Esperamos que esta nueva situación se dilate lo menos posible y podamos atender y cuidar a estas personas usuarias de nuestros servicios para que alcancen el mejor estado de salud posible.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL