

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 15 DICIEMBRE 2021

EDITORIAL

El liderazgo enfermero necesario (o lo que la pandemia nos enseñó)

Mari Paz Mompart García

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad

Eva María Luján-Lujan, María Teresa LLuch-Canut, Montserrat Puig-Llobet, Juan Roldán-Merino, Edith Pomarol-Clotet, M^a Dolores Miguel-Ruiz

Empatía en adolescentes con trastorno del espectro autista

Estela María Ruiz Telo, Jordi Torralbas Ortega, Yessica Marqueño Prada, Victoria Valls Ibañez, Albert Granero Lázaro

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ejercicio físico como tratamiento para depresión en niños y niñas, adolescentes y jóvenes: *umbrella review*

Javier Trujillo Franco, Concepción Martínez Martínez

ARTÍCULO ESPECIAL

Estudio iconográfico de la enfermería proyectado por los medios de comunicación durante la COVID-19

Lidia Martínez-López, Carmen Raquel Gijón-González, Zoraida Sánchez-Castillo, María del Mar Verdú-Guardiola

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

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

Editor

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

Editora Asociada

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

COMITE EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Nerea de la Morena Pérez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2021

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 El liderazgo enfermero necesario (o lo que la pandemia nos enseñó)**
Nursing leadership (what the pandemic taught us)
Mari Paz Mompert García

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 5 Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad**
Assessment of the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia living in the community
Eva María Luján-Lujan, María Teresa LLuch-Canut, Montserrat Puig-Llobet, Juan Roldán-Merino, Edith Pomarol-Clotet, M^a Dolores Miguel-Ruiz
- 16 Empatía en adolescentes con trastorno del espectro autista**
Empathy in adolescents with autistic spectrum disorder
Estela María Ruiz Telo, Jordi Torralbas Ortega, Yessica Marqueño Prada, Victoria Valls Ibañez, Albert Granero Lázaro

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 21 Ejercicio físico como tratamiento para depresión en niños y niñas, adolescentes y jóvenes: *umbrella review***
Physical exercise as a treatment for depression in children, adolescents and young adults: umbrella review
Javier Trujillo Franco, Concepción Martínez Martínez

ARTÍCULO ESPECIAL

- 36 Estudio iconográfico de la enfermería proyectado por los medios de comunicación durante la COVID-19**
Iconographic study of nursing projected by the media during COVID-19
Lidia Martínez-López, Carmen Raquel Gijón-González, Zoraida Sánchez-Castillo, María del Mar Verdú-Guardiola



El liderazgo enfermero necesario (o lo que la pandemia nos enseñó)

Nursing leadership (what the pandemic taught us)

Mari Paz Mompert García

Coordinadora Grupo 40+ Iniciativa Enfermera.
Contacto: pazmompert@gmail.com

EDITORIAL

El pasado año 2020, diversos organismos internacionales decidieron que se conmemorara a la fundadora de la enfermería moderna, Florence Nightingale, en el aniversario de su nacimiento y que todo el año 2020 se dedicara a visualizar y valorar a las enfermeras en su conjunto. El movimiento Nursing Now, avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), intentó esa celebración, truncada lamentablemente por la pandemia que asola al mundo desde comienzos del año 2020. Las diversas declaraciones y documentos publicados enfatizaron la necesidad de una mayor participación de las enfermeras en puestos de liderazgo administrativo y político, asumiendo que ello provocaría un triple impacto: mayor igualdad de género, mejores resultados económicos y mejora de las condiciones de salud¹.

En ese contexto de prevista celebración enfermera, en los meses transcurridos desde el comienzo de la pandemia, la situación que viven las sociedades de todo el mundo ha colocado el foco en los servicios de salud y, muy especialmente, en las enfermeras como prestadoras de cuidados. Es así que, como profesionales, nos hemos visto abocadas a situaciones totalmente nuevas a las que se ha respondido eficazmente con creatividad, conocimiento y evidencias, con un enorme entusiasmo y sentido de la responsabilidad.

Al hilo de las necesidades críticas planteadas por la pandemia, las enfermeras han actuado decididamente, transformado de un día para otro los entornos de trabajo, creando unidades de atención en espacios insólitos, bibliotecas, pasillos o quirófanos. Se han diseñado procesos de atención seguros y eficaces, se han utilizado nuevos métodos y medios de atención, algunos de ellos virtuales. Como grupo profesional, en todo el mundo, hemos demostrado el saber y las habilidades precisas para esta crisis global, desde la atención directa a los individuos afectados, hasta las actividades de mantenimiento de la atención, los cuidados a las personas y el acompañamiento, así como de información a la ciudadanía y, este último año, la vacunación masiva.

La sociedad ha recompensado nuestra labor con aplausos, honores y premios y otras demostraciones de aprecio intangibles, sin pasar de ahí a los cambios estructurales que merecen unos nuevos servicios de enfermería destinados a cuidar a una sociedad cambiante en unas estructuras sanitarias caducas en su mayoría, que ya no volverán a ser lo que eran. En mi opinión, se ha preferido considerarnos como heroínas o ángeles de bondad y dedicación, antes que pensar en profesionales altamente cualificados que hemos demostrado ser capaces de liderar equipos y tomar decisiones ajustadas a las necesidades y de llevar adelante un ingente trabajo necesario y efectivo. A los héroes y ángeles no se les paga ni se les coloca en otros lugares más que en monumentos o altares, y la concesión de premios y aplausos se ha probado como la mejor (única) consideración al trabajo realizado. Incluso se han desarrollado actitudes por parte de la sociedad y de las propias enfermeras destacando las condiciones de heroicidad del trabajo realizado, lo que para algunos era en sí mismo una recompensa^{2,3}.

En todo caso, se trata ahora de repensar el escenario de los servicios de salud cara a la finalización de esta pandemia y la necesaria preparación para otras situaciones similares, que seguro que vendrán.

En este contexto, es evidente que el necesario liderazgo enfermero se tiene que orientar a planteamientos que primen el concepto de cuidar como elemento sobre el que se reconstruyan los sistemas de salud. Es imprescindible

afianzar el cuidado, compuesto por ingredientes complejos, que van desde lo técnico a lo relacional, y que se basa en el conocimiento de las necesidades de las personas, de las comunidades y también de las organizaciones. Así lo señala, entre otros, el diputado británico Nigel Crisp (impulsor del movimiento Nursing Now), que define a la enfermería como una ola que, al utilizar todas sus potencialidades, puede contribuir a mejorar la atención de salud y hacerla más coste-efectiva⁴.

En estas condiciones pospandémicas, son necesarios renovados liderazgos que enfrenten las nuevas necesidades de cuidados provenientes de una sociedad envejecida, con problemas de atención a la cronicidad y el bienestar, con situaciones complejas de salud mental, especialmente en los jóvenes, de migraciones provocadas por la violencia y el hambre, con la pobreza como símbolo máximo de desigualdad en salud⁵. Estos nuevos liderazgos enfermeros han de enfatizar la importancia del cuidado como elemento diferenciador de una atención sanitaria adecuada, acentuando los aspectos de conocimiento, cercanía, seguridad, equidad y cobertura universal. No debemos olvidar que, en palabras de Victoria Camps, el cuidado “se encuentra entre los valores más potenciados en el ámbito de las virtudes en general y, especialmente, de las propias de las profesiones sanitarias”⁶.

Es necesario, además, hacer hincapié en la idea de que el cuidado enfermero no es la expresión mínima de la atención sanitaria, la actividad de menor importancia, sino justamente la base sobre la que deberá pivotar un sistema de salud adaptado a las problemáticas actuales. El cuidado así concebido es un elemento complejo que requiere la existencia y la presencia de enfermeras que ejerzan un claro liderazgo que garantice la mayor efectividad en la atención sanitaria⁷.

Hacer una oferta enfermera en este sentido de orientar el sistema de salud hacia el cuidado a la ciudadanía, saliendo de esquemas obsoletos de atención a la enfermedad, es uno de los principales retos que la situación pospandémica mundial plantea a las enfermeras y su liderazgo. Es cuestión de hacer valer ese liderazgo y visibilizarlo nítidamente ante la sociedad, con ofertas claras y compromisos firmes en favor de la salud y el bienestar.

Plantear, pues, qué debemos hacer las enfermeras en esta situación de crisis es difícil, por el panorama cambiante de nuestra sociedad desde el punto de vista social, económico, político y organizativo del propio sistema de salud. Sin embargo, hay cuestiones que los grupos profesionales, las asociaciones enfermeras en particular, pueden y deben enfatizar.

En primer lugar, hay que “ganarse” a la ciudadanía. Pasados los aplausos, hay que presentar una imagen clara y rotunda de profesión capaz de solucionar problemas de la vida diaria, especialmente en algunos campos de la atención a la salud que afectan a las conductas y hábitos, como pueden ser la atención a crónicos y mayores y los cuidados en salud mental, tan afectados por la pandemia y sus consecuencias. Deberíamos trabajar más en las cuestiones de decisión compartida con las personas en sus procesos de salud y enfermedad, que no significa abandonar el cuidado en sus manos, sino que se enfoca a la información y capacitación para ayudarles, si lo desean, a tomar las decisiones más adecuadas.

En este sentido, ya la Declaración de Viena sobre Enfermería⁸, a finales de los años 80, expresaba la importancia de que las enfermeras “jueguen un mayor papel en el empoderamiento de los individuos, familias y comunidades para que éstos lleguen a ser más autorresponsables y puedan tomar parte en su propio desarrollo saludable”.

En segundo lugar y muy vinculado al punto anterior, hay que “presionar” a los políticos, que deben ser conscientes de que el sistema de salud nunca volverá a ser como el de antes y que ello no se afronta solamente con innovaciones tecnológicas, por otra parte, bien necesarias, sino que deberá tener una orientación hacia necesidades de la ciudadanía no contempladas hasta ahora más que de manera ligera y tangencial. Por ejemplo, el acompañamiento y la educación en salud, la prevención de conductas nocivas, la cercanía de los servicios, el bienestar como objetivo son aspectos de la atención que, pese a su impacto en la vida de las personas, no generan interés entre los políticos y los gestores públicos y que pueden ser promocionados con la incorporación de enfermeras en lugares de decisión y con la adecuación de las plantillas en todos los ámbitos.

En este sentido, sería conveniente que las enfermeras nos acostumbráramos a ver como parte de nuestra acción la participación política, para trasladar la visión enfermera del cuidado a partidos y grupos de decisión. Afirmo Alberdi que “la política es el espacio en el que confluyen, paralela e indispensablemente, el derecho a decir y el derecho a ser escuchado”⁹. Según esta autora, la política es el elemento más eficaz para regular las relaciones con la ciudadanía y para establecer los derechos individuales y colectivos, siendo la salud uno de los más importantes y en los que la enfermera tiene una aportación destacada y singular que además se complementa con una visión cercana y certera de la situación individual de cada persona y comunidad, familias y grupos. En palabras de Barbara Stilwell, directora ejecutiva del movimiento Nursing Now, la cercanía de las enfermeras a la comunidad las hace más capaces de tomar decisiones adecuadas y de orientar la atención de forma más eficaz¹⁰.

En tercer lugar, hay que “convencer” al colectivo profesional de que las enfermeras podemos y debemos ocupar el lugar de liderazgo de los cuidados para el que nos capacitan las competencias adquiridas por la formación y la experiencia acumulada. Son muchas las condiciones adversas en las que nos movemos actualmente, con amenazas de intrusión en el campo de las responsabilidades enfermeras que provienen tanto de la administración como de profesiones cercanas e interdependientes que buscan un lugar de mayor impacto e influencia social, a costa de ocupar áreas de cometido enfermero. Estas incursiones de otros son especialmente visibles en algunos ámbitos, como el de la salud mental, en el que diversos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas) luchan por hallar un nicho de trabajo que desplaza a las enfermeras. Ante estas situaciones, no vale solo la postura de lamento, sino la acción decidida con presentación pública de iniciativas que pongan el foco en la necesaria labor de las enfermeras, su mayor eficacia y su coste ajustado a las necesidades.

A modo de conclusión, me gustaría afirmar nuevamente que el liderazgo enfermero en la atención a la enfermedad, la salud y el bienestar de la ciudadanía es, en estos momentos de imprescindible renovación del sistema de salud, un elemento imprescindible, que solo se hará realidad con la concienciación y el decidido trabajo de todo el colectivo enfermero, en todos los ámbitos de trabajo.

Referencias

1. All Parliamentary Group. Triple Impact - how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth (2016).://www.ghdonline.org/uploads/Triple_Impact_Nursing_Report_-_Key_points_-_Summary.pdf.
2. Mohammed S, Peter E, Killackey T, Maciver J. The "nurse as hero" discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103887. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103887
3. Mompert MP. La génesis y los condicionantes del liderazgo enfermero: los años 80. Blog Grupo 40 Iniciativa Enfermera, en <https://www.grupo40enfermeras.es/la- genesis-y-los-condicionantes-del-liderazgo-enfermero-en-espana-los-anos-80/>
4. Crisp N. Nursing-the wave of the future. *BMJ*. 2018;361:k2355. Published 2018 May 31. doi:10.1136/bmj.k2355
5. Moreno M. Hacia una antropología del cuidar. *Index Enferm [Internet]*. 2018 Sep [citado 2021 Sep 22]; 27(3): 113-114. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200001&lng=es
6. Camps Cervera Victoria. La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas* 2007;21: 1-21, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6709494>
7. Ferrer C, González Myriam, Liderazgo enfermero. Pinceladas de experiencia. Madrid: Tecnos; 2021 pp 13-18
8. WHO Regional Office for Europe. European Conference on Nursing. Report on a WHO meeting. 1989; Copenhagen.
9. Alberdi R. La competencia política enfermera. Concepto, contextualización y ámbitos de desarrollo. *ROL de Enfermería*, 2019;42(1): 22 22-30, en http://www.rosamariaalberdi.com/wp-content/uploads/2019/12/22_Lacompetencia.pdf
10. Stilwell B. *Nursing Now*. *Creat Nurs*. 2019;25(1):6-9. doi: 10.1891/1078-4535.25.1.6.



Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad

Assessment of the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia living in the community

Eva María Luján-Luján¹, María Teresa LLuch-Canut², Montserrat Puig-Llobet², Juan Roldán-Merino³, Edith Pomarol-Clotet⁴, M^a Dolores Miguel-Ruiz³

1. Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.

2. Universitat de Barcelona: Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

3. Campus Docent Sant Joan de Déu: Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

4. Fidmag Sisters Hospitaliers, Barcelona, España.

Contacto: Eva María Luján Luján, evalujan@hotmail.es

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2021 / Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2021

Resumen

Introducción: Cuando hablamos de salud mental positiva, nos referimos al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, siendo necesario prestar atención a la positividad. Nuestro estudio se basó en el modelo multifactorial de salud mental positiva de Lluch configurado por 6 factores: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal.

Objetivo: Evaluar el nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

Método: Se trata de un estudio con diseño descriptivo transversal. Para medir la salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se utilizó el cuestionario de salud mental positiva de Lluch y se realizó una evaluación global y de cada uno de los seis factores. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se realizaron análisis descriptivos y correlacionales.

Resultados: La muestra estuvo formada por 226 participantes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva fue de 83,38. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con variables sociodemográficas y clínicas tanto a nivel global como en los 6 factores de salud mental positiva.

Conclusión: Las mujeres presentan niveles más elevados de salud mental positiva que los hombres y los pacientes con peor funcionamiento obtuvieron una mayor salud mental positiva, de lo que se deduce que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

Palabras clave: salud mental positiva, esquizofrenia, salud mental.

Abstract

Introduction: Positive mental health refers to the concept of well-being and the skills to adapt to adversity, being necessary to pay attention to positivity. Our study was based on Lluch's multifactorial model of positive mental health configured by 6 factors: personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-realization, and interpersonal relationship skills.

Objective: To determine the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia who live in the community.

Method: This is a study with a descriptive cross-sectional design. To measure the positive mental health of patients diagnosed with schizophrenia, the Lluch positive mental health questionnaire was used, a global evaluation and of each of the six factors was carried out. Sociodemographic and clinical variables were collected, and descriptive and correlational analyzes were carried out.

Results: The sample consisted of 226 participants with schizophrenia. The mean score of the positive mental health questionnaire was 83.38. Statistically significant differences were observed in relation to sociodemographic and clinical variables, both at the global level and in the 6 positive mental health factors.

Conclusion: Women present higher levels of positive mental health than men and patients with poorer functioning obtained a higher positive mental health, from which it is deduced that good functioning is not an essential requirement to present good positive mental health.

Keywords: positive mental health, schizophrenia, mental health.

Introducción

Actualmente, la salud mental constituye un elemento importante en el estado de la salud y del bienestar general. Tener una buena salud mental contribuye al buen funcionamiento de las personas, de las familias y de la sociedad. Pero el concepto de salud mental varía en función del tiempo, lugar, cultura y contexto.

El concepto de salud mental positiva (SMP) apareció en la literatura con el trabajo realizado por Marie Jahoda en 1958, cuando recibió el encargo de la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental para preparar un informe sobre el estado de la salud mental¹.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2004) identificó una serie de enfoques utilizados en la comprensión de la SMP, reconociéndolos como los esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental² y en los que se tienen en cuenta aspectos vinculados con el bienestar.

Entre estos enfoques, se encuentran diferentes modelos: la percepción subjetiva de bienestar, en la que se incluirían el modelo de bienestar subjetivo³, el modelo de bienestar psicológico⁴ y el modelo de bienestar social o salud social⁵; el modelo salutogénico, que estudia la dimensión positiva de la personalidad y se centra en aspectos que generan salud⁶⁻⁸; los planteamientos de George Vaillant, que identifican las siete maneras empleadas en la conceptualización y determinación de la SMP⁹; y por último la psicología positiva desarrollada por George Seligman, que sugirió que esta se podía agrupar en el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas¹⁰⁻¹³.

Pero, como hemos referido anteriormente, la idea de SMP como construcción se remonta al trabajo pionero de Marie Jahoda (1958), vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención que pretende promover la salud mental y no solo la prevención de

esta. Uno de los aspectos interesantes de su modelo es que expuso una serie de criterios que podrían caracterizar un estado multidimensional de la SMP. Estos criterios serían aplicables tanto a personas sanas como a las personas con patología.

Posteriormente, Lluich (1999) adaptó y evaluó el modelo de salud mental de Jahoda y propuso un modelo multifactorial de SMP, en el que consideró que existe una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental, planteando la salud desde una perspectiva holística, diferenciando entre el concepto y el constructo. Como concepto, describió los términos de felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida, y posteriormente los conceptos de prevención y promoción. Como constructo, lo definió con dimensiones o términos de manera más específica siendo seis factores los que configuraron el modelo multifactorial de SMP: Satisfacción personal (F1), actitud prosocial (F2), autocontrol (F3), autonomía (F4), resolución de problemas y autoactualización (F5) y habilidades de relación interpersonal (F6)¹⁴⁻¹⁶.

Actualmente, el modelo, juntamente con el cuestionario de SMP, están siendo desarrollados en múltiples proyectos de investigación, no solo a nivel nacional, sino también en Latinoamérica y Portugal¹⁵.

Justificación

Un sector de la población donde es importante determinar la relación entre la salud física y mental es aquel que comprende personas con problemas de salud mental.

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado no solo por síntomas psicopatológicos, sino por presentar comorbilidad médica, envejecimiento prematuro, reducción de la vida útil, deterioro cognitivo y discapacidad psicosocial¹⁷. Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño fue descriptivo transversal.

Población y muestra

La población de estudio incluyó 226 pacientes del Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers, situado en la provincia de Barcelona (España). Los participantes se incorporaron en el estudio de manera progresiva, durante los dos años que duró la recogida de la muestra (enero de 2017 a diciembre de 2019), participando de manera voluntaria y cumpliendo con los criterios de inclusión requeridos para su selección. Todos los participantes estaban diagnosticados de esquizofrenia según el DSM-IV-TR¹⁸, con una vinculación mínima de 6 meses. Se excluyeron aquellos que se encontraban en fase aguda de la enfermedad o habían sido dados de alta de la unidad de agudos en el mes previo, así como aquellos que presentaban comorbilidad con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Instrumentos de medida

Para la medición de los datos sociodemográficos y clínicos se construyó un formulario *ad hoc*. Para ello se recogieron las siguientes variables: género, edad en años, estado civil, nivel de estudios, convivencia, situación laboral, diagnóstico, tipo de tratamiento: oral, parenteral, oral-parenteral; años de evolución de la enfermedad.

Para la medición de la SMP se utilizó el *Cuestionario de salud mental positiva* de Lluch (CSMP) (1999)^{14,16}. Este cuestionario evalúa la salud mental desde una perspectiva positiva y consta de 39 ítems, agrupados en los seis factores que postulan el modelo.

Los ítems fueron formulados como afirmaciones (positivas y negativas), ofreciendo cada uno de ellos cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces, nunca o casi nunca). Para el análisis, los ítems negativos fueron invertidos. La puntuación global de CSMP oscila en un rango mínimo de 39 puntos y un máximo de 156 puntos. Los valores mínimos y máximos para cada factor son: 8-32 (F1), 5-20 (F2), 5-20 (F3), 5-20 (F4), 9-36 (F5) y de 7-28 (F6). De este modo, se obtuvo una puntuación no solo de cada uno de los 6 factores, sino también la puntuación global del cuestionario.

El CSMP fue validado inicialmente en una muestra de estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona (España). Los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior al 0,25. La consistencia interna, analizada mediante el alfa de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos fueron F1=0,83, F2=0,58, F3=0,81, F4=0,77, F5=0,79 y F6=0,72. El análisis exploratorio extrajo 6 factores que explicaron el 46,8 de la varianza total del cuestionario, y en la matriz factorial resultante los pesos de cada ítem fueron superiores a 0,40 en todos los casos¹⁹ (tabla 1).

El funcionamiento global se valoró con la escala de valoración de funcionamiento global (GAF)²⁰; esta escala permite valorar la gravedad y la evolución del paciente, siendo de uso extenso en psiquiatría, constituyendo el eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA. Indica si existe un nivel de afectación de moderado a severo en el funcionamiento laboral, social y/o familiar, excluyendo los daños físicos y ambientales. Es una escala descriptiva heteroaplicada que consta de un único ítem que se puntúa entre 1 a 100, indicando a mayor puntuación mayor nivel de activación. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos o el de moderado (inferior a 50), que indica una severidad en los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

Procedimiento

A los sujetos participantes se les entregó un documento que contenía la información relevante y necesaria para la participación en el estudio. Las enfermeras/os que realizaron la recogida de datos informaban a los sujetos sobre la naturaleza de este, así como del coste, riesgos y beneficios, resolviendo las dudas y preguntas que pudieran surgirles durante la cumplimentación del CSMP.

Análisis estadísticos

Se llevo a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar (DE)). Seguidamente se analizaron los valores descriptivos de la SMP global y por factores y las relaciones con las variables sociodemográficas y clínicas, aplicando la t de Student o la ANOVA según

las características de cada una de las variables, y en los test no paramétricos se utilizó el test de U de Mann-Whitney cuando las variables tenían dos categorías y, si eran tres o más de tres grupos, la prueba de Kruskal-Wallis. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % y se consideró que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. Así mismo, se analizaron las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad del CSMP, calculando la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach²¹.

Se usó el paquete estadístico SPSS versión 25. (IBM® Statistical Package for the Social Sciences [SPSS])²².

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al comité de ética e investigación clínica (CEIC) de la institución donde se llevó a cabo el estudio: Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Los datos fueron tratados conforme a lo que dispone la Ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de 2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales²³, para el desarrollo y la correcta finalidad del estudio. A los sujetos se les asignó un número de identificación, en función de la evolución del estudio, no constando de este modo ningún dato de identificación personal. A todos los participantes se les solicitó la firma del consentimiento informado.

Resultados

El sexo prevalente fueron hombres con un 69 %; la edad media de la muestra fue de 44,39 años (DE 11,42). El estado civil con mayor porcentaje fue de solteros/as en un 76,5 %; un 15,5 % vivían solos y un 53,1 % vivía con su familia de origen. El 87,6 % tenían estudios primarios y/o secundarios y únicamente un 10,2 % estaba laboralmente activo.

En relación con los resultados clínicos de la muestra, encontramos que el 87,6 % presentaba un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, el 52,2 % estaban con tratamiento oral, el 46,9 % tenía una evolución de más de 15 años de la enfermedad, no encontrándose diferencia de porcentaje en el GAF (evaluación global de funcionamiento), siendo un 50 % en los dos grupos (mayor y menor o igual a 50) (tabla 2).

La puntuación media de los pacientes estuvo situada en 83,25 (DE 19,39) siendo la puntuación mínima de 39 y la máxima de 140.

Las puntuaciones medias más altas las presentaron las siguientes categorías: las mujeres, con una puntuación media de 85,87 (DE 21,29); los solteros obtuvieron una puntuación media de 85,23 (DE 18,47) con respecto a los casados que obtuvieron una puntuación media de 77,61 (DE 19,89); los que viven con otros (recursos residenciales o con soporte) tienen una puntuación de 85,56 (DE 17,04) con respecto a los que viven con su propia familia que obtuvieron las puntuaciones más bajas 78,31 (DE 17,78); aquellos que tiene estudios universitarios obtuvieron una puntuación de 86,42 (DE 24,11), seguidos de los que no tienen estudios con un 85,44 (DE 17,95); los que tienen una evolución de 10 a 15 años de la enfermedad tienen una media de 86,44 (DE 20,12); los que tienen el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con una media de 83,46 (DE 19,67); los que toman medicación oral presentan una media superior al resto 84,99 (DE 20,46); y finalmente los que presentaban un GAF menor o igual a 50, obtuvieron una media de 86,43 (DE 18,90).

Al analizar la relación entre los factores del CSMP con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto a la puntuación global de la escala, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con referencia a las variables de edad, sexo, con quien viven, nivel de estudios, situación laboral, años de evolución de la enfermedad, diagnóstico y tipo de tratamiento. Sin embargo, encontramos diferencias significativas a nivel del estado civil ($p=0,048$) y de la puntuación GAF ($p=0,016$); es decir, que los solteros tienen mejor SMP que los casados, y los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 puntúan mejor que los que tienen el GAF superior a 50. Probablemente esto se debe a que estos pacientes sufren menos niveles de estrés y por tanto evitan el afecto negativo. Esta estrategia podría jugar un papel importante en la preservación de la felicidad que a su vez preservaría la SMP²⁴ (tabla 3).

En cuanto a la puntuación de cada uno de los factores de SMP y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor de satisfacción personal (F1), en el sentido que los divorciados ($p=0,041$) y los pacientes con tratamiento oral ($p=0,017$) tienen menos satisfacción personal. En

cuanto a la actitud prosocial (F2), los pacientes con un GAF superior a 50 ($p=0,002$) presentan más actitud prosocial. En el (F4) autonomía y en el factor de resolución de problemas y autoactualización (F5), se encontraron diferencias significativas en el GAF, ($p=0,026$) y ($p=0,047$) respectivamente, en el sentido que los pacientes que tienen un GAF igual o inferior a 50 puntúan mejor en SMP. En los factores autocontrol (F3) y habilidades de relación interpersonal (F6), no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas (tabla 3).

En relación con las características psicométricas de la escala, en el análisis factorial de componentes principales, los seis factores extraídos explicaron el 48,91 % de la varianza total del cuestionario. El factor F1 explica el más alto porcentaje de varianza explicada (24,31 %), mientras que los otros cinco factores participan en un grado mucho más bajo (F2 = 7,49 %; F3 = 5,35 %; F4 = 4,76 %; F5 = 4,1; F6 = 3,60). El alfa de Cronbach (consistencia interna) para la puntuación total de la escala fue de 0,915 y para los factores los valores obtenidos fueron: F1 = 0,82; F2 = 0,60; F3 = 0,70; F4 = 0,73; F5 = 0,82; y F6 = 0,70 (tabla 1).

Discusión

Los resultados obtenidos indican niveles moderados de SMP en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. En la actualidad, hay pocos estudios sobre SMP en pacientes que presentan este diagnóstico^{25,26}. Nuestro estudio fue coincidente en algunos aspectos, como podría ser que los solteros presentaron unos niveles más elevados de SMP, así como los que tenían estudios de mayor grado (universitarios), del mismo modo que aquellos que presentaron edades más elevadas presentaron niveles de SMP más bajos en la puntuación general, así como en cada uno de los seis factores específicos²⁷.

La muestra presentó un número menor de participantes de sexo femenino, pero proporcionaron unos niveles de SMP más elevados que los hombres, no solo en cuanto a la puntuación global, sino también en la mayoría de los factores. Esto quizás fue debido a que las mujeres tienen más probabilidades de buscar ayuda, apoyo y tener mejores relaciones sociales. Del mismo modo, suelen presentar mayor sensibilidad emocional y expresividad, siendo más probable que los hombres presenten actitudes y habilidades que les confieren una mayor capacidad de respuesta emocional²⁷.

Al analizar la SMP, en cada uno de los factores específicos, se encontraron aspectos interesantes y relevantes para la discusión:

En cuanto al factor 1 (satisfacción personal), se encontró que los que obtuvieron mayor puntuación fueron los individuos de edades comprendidas entre los 36 y 50 años, solteros, que convivían con su familia de origen, sin estudios, pero que estaban activos laboralmente. Puntúan mejor aquellos sujetos con una puntuación en la escala GAF menor o igual a 50, una evolución menor de 5 años del trastorno y con tratamiento oral. Estas últimas variables las podríamos relacionar con el nivel de conciencia de enfermedad. Sin embargo, algunos autores indican que el nivel de SMP, sea positivo o negativo, no guarda relación con el nivel de afectación de patología ya sea esta física²⁷ o psíquica²⁸.

El factor 2 (actitud prosocial) se puede relacionar con la actitud de ayuda a los demás. Las mayores puntuaciones se presentan en la franja de 36 a 50 años, principalmente mujeres, de estado civil soltero, que conviven con otros; normalmente suelen ser personas que conviven en pisos tutelados o recursos residenciales, hecho que implica aceptar y apoyar a los demás para avanzar en el día a día.

Con respecto al autocontrol (factor 3), entendido como la tolerancia a la frustración, la ansiedad y el estrés, obtuvieron mayor puntuación los que se encuentran entre los 36 y los 50 años, que conviven con otros y que no tienen estudios, pero que se encuentran activos laboralmente.

En el factor 4 (autonomía), que se interpreta como la capacidad de tener criterios propios y ser más independientes, puntúan más bajo las edades más elevadas. Este dato coincide con otros estudios publicados donde se remarca que a mayor edad menor percepción de autonomía^{25,27}.

En cuanto a la resolución de problemas y autoactualización (factor 5), entendido como la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones, adaptarse a cambios y desarrollarse a nivel personal, obtuvieron valores más elevados los solteros, aquellos que conviven con otros y los que están con tratamiento oral.

En el factor 6 (habilidades de relación interpersonal), entendido como aquellas habilidades que la persona tiene para establecer relaciones interpersonales,

empatizar y entender los sentimientos de los demás, proporcionar apoyo emocional y establecer relaciones interpersonales íntimas, obtuvieron valores más elevados las mujeres, los solteros y los que tienen estudios universitarios.

Esto indica que aquellos pacientes que tienen más conocimientos tienen estabilizada su enfermedad y poseen un mejor afrontamiento de los problemas. Estos resultados son coincidentes con los que obtuvo en su estudio Miguel Ruiz²⁵.

El cuestionario de salud mental positiva ha sido validado en diferentes estudios con un alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,91 por lo que nuestro estudio presenta resultados similares, reafirmando la validación y la fiabilidad del cuestionario^{20,30,33}.

Conclusión

Los resultados indicaron que los pacientes con peor funcionamiento global mostraban mayor SMP, lo que significa que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

Por lo que para aquellos pacientes que tienen un funcionamiento global deficiente también es necesario planificar y ofrecer programas de intervención psicosocial enfermera³³ que incidan en la promoción y el fomento de su autocuidado, ya que al mismo tiempo ayudarían a aumentar los niveles de SMP.

Bibliografía

- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. Basic Books, editor. Joint commission on mental health and illness monograph series. 1958; 1:172.
- World Health Organization. Salud mental: Un estado de bienestar [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2019 Sep 10]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000;55(1):34–43.
- Ryff CD. Psychological well-being and health: Past, present and future. *Psicología della Salute*. 2016;7–26.
- Lee C, Keyes M. Social Well-Being*. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121–40.
- Mantas Jiménez S. Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 25]. p. 202. Available from: <http://hdl.handle.net/10803/406045>
- Mantas Jiménez S, Juvinyà i Canal D, Bertran i Noguera C, Roldán Merino J, Sequeira C, Lluch-Canut MT. Evaluation of Positive Mental Health and Sense of Coherence in Mental Health Professionals [Internet]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015 [cited 2020 Nov 3]. p. 34–42. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/144634>
- Casullo MM, Solano AC, Brenlla ME. La evaluación del bienestar psicológico en adultos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2001;47(4):316–24.
- Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):93–9.
- Gancedo M. Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*. 2009; 9:15–26.
- Laura M, Perugini L, Solano AC. Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. Vol. IV. 2010.
- Seligman M. PERMA and the building blocks of well-being. *Journal of Positive Psychology*. 2018 Jul 4;13(4):333–5.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*. 2000;55(1):6–14.
- Lluch-Canut MT. Construcción De Una Escala Para Evaluar La salud mental positiva [Internet]. Universitat de Barcelona, editor. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona; 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Lluch-Canut MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 2002;25(4):42–55.
- Lluch-Canut MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología conductual = behavioral psychology Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003;11(1):61–78.
- Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E, Bowie CR. Is Schizophrenia a Syndrome of Accelerated Aging? *Schizophrenia Bulletin* vol. 2008;34(6):1024–32.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th edition. American Journal of Psychiatry, editor. American Psychiatric Association. Washington DC; 2000.
- Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C, Albacar-Riobóo N, et al. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013 Oct 5;13(1):1–11.
- Aas IM. Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 2010; 9:11.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297–334.
- IBM SPSS Statistics. Armonk, NY: IBM Corp.; 2017.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Myin-Germeys I, Delespaul PAEGEG, Devries MW. Schizophrenia Patients Are More Emotionally Active Than Is Assumed Based on Their Behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000 Jan 1;26(4):847–54.
- Miguel Ruiz MD. Valoración de la salud mental positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral) [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014 [cited 2018 Feb 15]. p. 291. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/56453>
- Albacar-Riobóo N. Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Rovira i Virgili; 2014 [cited 2020 Jul 26]. p. 250. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/294732>

27. Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1–11.
28. Granholm E, Ben-Zeev D, Fulford D, Swendsen J, Joel S. Ecological Momentary Assessment of social functioning in schizophrenia: Impact of performance appraisals and affect on social interactions. *Schizophrenia Research*. 2013;145(1–3):120–4.
29. Hurtado-Pardos B, Moreno-Arroyo C, Casas I, Lluch-Canut T, Farrés-Tarafa M, Roldán-Merino J, et al. Positive Mental Health and Prevalence of Psychological Ill-Being in University Nursing Professors in Catalonia, Spain [Internet]. Vol. 55, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. [cited 2019 Sep 4]. Available from: www.encuestafacil.com.
30. Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MÀ, Roldán-Merino J. Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2020 Aug 6;17(4):293–300.
31. Sequeira C, Carvalho JC, Gonçalves A, Nogueira MJ, Lluch-Canut MT, Roldán-Merino J. Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2019;26(5):483–92.
32. Teke C, Arabaci LB. The validity and reliability of Positive Mental Health Scale/Pozitif Ruh Sagligi Olceginin Turckce gecerlilik ve guvenilirligi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018 Jun 15;19(S1):21–9.
33. Sánchez-Ortega MA, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT. Programa d'Intervenció Psicosocial d'Infermeria (PIPs) per a potenciar la Salut Mental Positiva i l'Autocura [Internet]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. Barcelona; 2015 [cited 2019 May 2]. p. 35. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/116403>

	Validación escala original Lluch (1999)	Validación escala en nuestro estudio
Número de elementos	39	39
Alfa de Cronbach para la puntuación total del cuestionario	0,91	0,91
Alfa de Cronbach F1	0,83	0,82
Alfa de Cronbach F2	0,58	0,6
Alfa de Cronbach F3	0,81	0,7
Alfa de Cronbach F4	0,77	0,73
Alfa de Cronbach F5	0,79	0,82
Alfa de Cronbach F6	0,72	0,7
Varianza total del cuestionario	46,80%	48,90%
Varianza del Factor 1	23,1	24,31
Varianza del Factor 2	6,7	7,49
Varianza del Factor 3	4,9	5,35
Varianza del Factor 4	4,4	4,76
Varianza del Factor 5	3,9	4,1
Varianza del Factor 6	3,8	3,6

Tabla 1: Características psicométricas del cuestionario de salud mental positiva

Características sociodemográficas		n	%
Género	Masculino	158	69,9
	Femenino	68	30,1
Edad media 44,39 años (*DE 11,42)			
Edad en años	Hasta 35 años	63	27,9
	De 36 a 50	106	46,9
	Más de 51	57	25,2
Estado Civil	Soltero/a	173	76,5
	Casado/a	23	10,2
	En Pareja	1	0,4
	Separado/a-Divorciado/a	24	10,6
	Viudo/a	5	2,2
Convive	Solo/a	35	15,5
	Con familia propia	32	14,2
	Con familia de origen	120	53,1
	Con otros	39	17,3
Nivel de estudios	Estudios primarios	148	65,5
	Estudios secundarios	50	22,1
	Estudios universitarios	12	5,3
	Sin estudios	16	7,1
Situación laboral	Pensionista	168	74,3
	Activo	23	10,2
	Parado	35	15,5
Características clínicas de la muestra			
Diagnóstico de Esquizofrenia	Tipo paranoide	198	87,6
	Tipo indiferenciado	15	6,6
	Tipo desorganizado	1	0,4
	Tipo residual	12	5,3
Tipo de tratamiento	Oral	118	52,2
	Parenteral	28	12,4
	Oral y Parenteral	79	35
Años de evolución de la enfermedad	Menos de 5	16	7,1
	Entre 5-10	53	23,5
	De 10 a 15	51	22,56
	Más de 15	106	46,9
GAF**	Menor o igual a 50	113	50
	Mayor de 50	113	50

*(DE) Desviación estándar, **GAF: Valoración de funcionamiento global

Tabla 2: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra, incluido el GAF

Tabla 3: Puntuaciones medias de la SMP global y de los diferentes factores, con los estadísticos descriptivos según variables sociodemográficas, clínicas y GAF

	SM Global			F1 Satisfacción personal		F2 Actitud prosocial		F3 Autocontrol		F4 Autonomía		F5 Resolución de problemas y autoactualización		F6 Habilidades de relación interpersonal			
	n	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	
Genero																	
Hombre	158	82,13	18,47		15,32	5	9,62	2,88	11,18	3,32	11,06	3,57	19,18	5,52	15,73	4,28	
				,262*		,350**		,413**		,071**		,822**		,552**		,571**	
Mujer	68	85,87	21,3		16,48	6,3	10,17	3,51	12,04	3,41	11,01	3,58	19,94	6,56	16,2	4,75	
Grupos de edad																	
Hasta 35 años	63	82,79	19,4		15,66	5,6	9,74	3,3	11,42	3,41	11,2	3,5	18,68	5,63	16,06	4,01	
				,199*		,746*		,774*		,371*		,155*		,043*		,383*	
De 36 a 50 años	106	85,22	18,5		15,91	5,5	9,88	2,84	11,68	3,24	11,33	3,61	20,33	5,77	16,06	4,6	
Más de 51 años	57	80,08	20,9		15,28	5,3	9,66	3,14	11,01	3,55	10,35	3,53	18,5	6,06	15,31	4,54	
Estado Civil																	
Soltero/a	173	85,23	18,94		16,07	5,2	10	3,08	11,74	3,34	11,36	3,54	19,84	5,84	16,19	4,41	
Casado/a	23	77,61	19,89		14,56	6,5	9,39	3,05	10,39	3,53	10	3,56	17,95	5,55	15,3	4,45	
En pareja	1	92,00	-		20		7		12		11		22		20		,131*
				,048**		,041*		,319*		,243*		,061*		,347*			
Separado/a-Divorciado/a	24	74,29	20,46		13,66	5,1	8,87	2,77	10,29	3,35	9,58	3,57	17,95	6,34	13,91	4,06	
Viudo/a	5	82	16,82		15,6	9,4	9,2	2,16	11,4	2,3	12	3,08	17,8	4,32	16	4,94	

Nivel de estudios															
Estudios primarios	148	83,47	18,88	15,8	5,4	9,62	2,87	11,44	3,41	11,14	3,46	19,43	5,98	16	4
Estudios secundarios	50	81,16	20,48	15,36	5,3	9,64	3,4	11,5	3,38	10,74	3,77	18,8	5,56	15,12	5,45
Estudios universitarios	12	86,42	24,11	15,16	5,6	11,5	3,31	11,08	3,47	11,41	4,39	20,25	5,81	17	4,36
Sin estudios	16	85,44	17,95	15,81	6,5	10,5	2,96	11,56	3,01	10,87	3,53	20,5	5,77	16,18	4,38
Con quien vive															
Solo/a	35	83,14	22,52	15,74	5,5	10	3,42	11,37	3,71	10,4	3,77	19,62	6,57	16	4,5
Vive con familia propia	32	78,31	17,78	14,75	5,8	8,87	2,83	10,96	3,21	10,15	3,65	18,75	5,32	14,81	4,33
Vive con Familia de origen	120	83,85	19,55	16,14	5,7	9,73	3,02	11,54	3,4	11,35	3,47	19,16	5,76	15,91	4,62
Vive con otros	39	85,56	17,04	14,92	4	10,53	2,78	11,61	3,12	11,43	3,55	20,53	5,88	16,51	3,73
Situación laboral															
Pensionista	168	82,51	19,06	15,54	5,3	9,77	2,89	11,29	3,41	10,94	3,53	19,14	5,81	15,81	4,44
Activo	23	87,74	18,17	16,26	5,2	9,91	3,59	12,95	3,28	11,56	3,15	20,78	5,59	16,26	3,5
Parado	35	83,86	21,78	15,91	6,3	9,8	3,43	11,17	3,02	11,22	4,05	19,82	6,17	15,91	4,93
Tipo de tratamiento															
Oral	118	84,99	20,46	16,27	5,7	9,88	3,17	11,6	3,34	11,34	3,7	19,84	5,9	16,18	4,77
Parenteral	28	76,89	18,34	13,32	5,1	9,82	2,84	11,03	2,72	10,14	3,78	17,64	6,08	14,92	3,92
Oral y Parenteral	79	82,96	17,93	15,86	5	9,6	2,92	11,4	3,61	10,88	3,26	19,41	5,66	15,78	4,04

Diagnóstico															
Tipo paranoide	198	83,46	19,7	15,71	5,6	9,78	3,06	11,64	3,45	11,07	3,57	19,5	5,77	15,74	4,42
Tipo indiferenciado	15	80,33	18,49	15,86	4,5	9	2,8	10,2	2,51	10,93	4,06	17,33	5,92	17	4,91
Tipo desorganizado	1	85,00	.	18		8		11		12		21		15	
Tipo residual	12	83,33	17,8	14,5	4,5	11,08	2,81	9,75	2,09	10,75	3,25	20,5	7,09	16,75	3,88
Años de evolución de la enfermedad															
Menos de 5	16	83,44	20,1	16,93	6,1	10,06	3,53	11	3,34	10,62	3,32	19,12	5,73	15,68	4,14
Entre 5-10	53	80,77	19,2	16,09	6	9,09	2,63	11,07	3,42	10,81	3,4	18,56	5,95	15,13	3,72
De 10 a 15	51	86,80	20,2	15,88	5,3	10,56	2,98	12,45	3,59	11,7	3,83	20,11	5,99	16,07	4,79
Más de 15	106	82,75	19	15,16	5,1	9,72	3,13	1,21	3,17	10,91	3,56	19,54	5,77	16,17	4,61
GAF															
Menor o igual a 50	113	86,43	18,9	16,15	5,5	10,4	3,18	11,7	3,15	11,59	3,67	20,13	5,75	16,43	4,45
Mayor de 50	113	80,07	19,4	15,18	5,4	9,17	2,77	11,18	3,55	10,5	3,59	18,69	5,88	15,31	4,34

*T de Student, **ANOVA, GAF: Valoración Funcionamiento Global

Empatía en adolescentes con trastorno del espectro autista

Empathy in adolescents with autistic spectrum disorder

**Estela María Ruiz Telo¹, Jordi Torralbas Ortega¹, Yessica Marqueño Prada¹,
Victoria Valls Ibañez², Albert Granero Lázaro¹**

1. Salud Mental Parc Taulí, Institut Universitari Parc Taulí - Universitat Autònoma de Barcelona, España.

2. Centro de Atención Primaria La Serra. Institut Català de la Salut. Sabadell, España.

Contacto: Estela María Ruiz Telo, emruiztelo@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de mayo de 2021 / Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2021

Resumen

Introducción: Las personas con trastorno del espectro autista (TEA) son relacionadas a menudo con la falta de empatía y no preocuparse de los demás, aislándose del resto de la sociedad.

Objetivo: Explorar el nivel de empatía que perciben los adolescentes con TEA.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se administró a los adolescentes la escala autoadministrada índice de reactividad interpersonal (IRI), que ofrece una medida multidimensional de la empatía.

Resultados: Participaron 50 adolescentes con TEA. Los resultados expresan una disminución del 20-30 % del grado de empatía autoinformado en todas las subescalas, excepto en la de angustia personal. En cambio, expresa mayores valores de empatía cognitiva y similar empatía emocional que una muestra de adolescentes y adultos con síndrome de Asperger.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen la posibilidad de poder enfocar intervenciones específicas para aumentar la empatía de las personas con TEA dentro del trabajo que realiza la enfermera especialista de salud mental, centradas en la mejora de las habilidades sociales y la socialización.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, autismo, rasgos autistas, empatía, síndrome de Asperger.

Abstract

Introduction: People with Autism Spectrum Disorder (ASD) are related to a lack of empathy and not worrying about others, isolating themselves from the rest of society.

Objective: To explore the level of empathy that adolescents with ASD perceive.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out. The adolescents received the self-administered Interpersonal Reactivity Index (IRI) scale, which offers a multidimensional measure of empathy.

Results: 50 adolescents with ASD participated. The results show a decrease of 20-30 % in the degree of self-reported empathy in all subscales, except personal distress. On the other hand, it expresses higher values of cognitive empathy and similar emotional empathy than a sample of adolescents and adults with Asperger's Syndrome.

Conclusion: The results obtained in this study open the possibility of being able to focus specific interventions to increase the empathy of people with ASD within the work carried out by the mental health specialist nurse, focused on improving social skills and socialization.

Keywords: autism spectrum disorder, autism, autistic traits, empathy, Asperger syndrome.

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) fue descrito por primera vez en 1943 por Leo Kanner. Este trastorno consiste en una afección neurológica y de desarrollo

que comienza en la niñez y dura toda la vida. Es posible la detección temprana, para facilitar la atención precoz. Afecta a las habilidades sociales y emocionales durante el desarrollo temprano que produce progresivamente grados variables de discapacidad de adapta-

ción social. Se caracteriza por problemas para la comunicación social, disfunciones sensoriales, comportamientos repetitivos e intereses restringidos^{1,2}.

Se ha sugerido que los factores ambientales pueden desempeñar un papel del nivel de funcionalidad de las personas en el espectro. Se han informado varias complicaciones prenatales y perinatales como posibles factores de riesgo de TEA³.

Las mujeres en el espectro mejoraron habilidades de sociocomunicación que enmascaran la gravedad de los síntomas, por lo que puede explicarse el infradiagnóstico de las mujeres con TEA³.

El espectro autista es una condición compleja y generalizada del neurodesarrollo asociado con dificultades en los dominios sociales, emocionales y de comportamiento, incluida la empatía⁴.

Empatía es un término que viene del griego *empát-heia* (“sinceridad” o “sentimiento”). Lo usaron originalmente médicos alemanes, como Titcheneren (*Einfühlung*), quien la definió como proyectar en uno mismo lo que se observa, como “sentirse dentro de”⁵.

Se trata de un componente esencial para la experiencia emocional y la interacción social, y denota una respuesta afectiva a estados mentales directamente percibidos, imaginados o de sentimientos inferidos por otra persona. Nos permite entender, sentir y responder adecuadamente a estímulos ambientales, generando una adecuada socialización. La empatía es un componente clave del funcionamiento socioemocional⁶. A través de ella podemos comprender los estados emocionales, y nos permite no sólo comunicar e interactuar con otros en aspectos afectivos y placenteros, sino también predecir acciones, intenciones y sentimientos de otros^{2,5,7}.

Se diferencian dos tipos: la empatía cognitiva, que se define como la habilidad para reconocer y comprender los sentimientos de los demás, involucrando una relación cercana con la teoría de la mente; y la empatía afectiva, la reacción emocional de un observador que percibe a otro experimentando o a punto de experimentar una emoción^{3,4,8}.

La empatía constituye uno de los dominios básicos para la interacción social, puesto que posibilita la comprensión de otras personas y facilita el establecimiento de relaciones sociales^{8,9}.

Dentro de los componentes relacionados con la empatía, estarían tres:

1) Contagio emocional, consiste en la tendencia a “tomar” las emociones de otras personas, lo que se denomina “empatía primitiva”. Podemos, de forma involuntaria, tomar las emociones de otros, aun sin conciencia de empatía o reconocimiento emocional.

2) Mimetización: Es una tendencia automática a sincronizar expresiones afectivas, vocalizaciones, posturas o movimientos de otra persona.

3) Simpatía, compasión en interés empático: no necesariamente involucran sentimientos compartidos como la empatía⁵.

La empatía es un factor motivador para el comportamiento desinteresado y prosocial que permite que las personas creen conexiones, desarrollen lazos de confianza, y obtener información sobre las acciones de los demás³. Los componentes emocionales y cognitivos de la empatía contribuyen a la capacidad del perceptor para relacionar con precisión su estado con las emociones o pensamientos experimentados por otro sujeto².

Las personas con TEA son relacionadas a menudo con la falta de empatía, con “vivir en su mundo”, no preocuparse de los demás, aislarse de la sociedad. Aunque es cierto que tienen dificultades para expresar e identificar emociones, no son carentes de ellas¹.

El déficit en la cognición social es el eje sobre el que giran los aspectos relacionados con la génesis de los TEA, y se la relaciona con un déficit en la empatía⁵. Las personas con TEA tienen dificultades con la empatía, lo que probablemente esté relacionado con los déficits de comunicación social en la lectura mental y el reconocimiento emocional³.

Los resultados obtenidos en la evaluación de la empatía han mostrado que las personas con autismo presentan déficits más prominentes en el componente cognitivo de la empatía¹⁰. Son escasos los estudios centrados en la empatía de los adolescentes con TEA.

Por todo ello, nos planteamos como objetivo de este estudio explorar el nivel de empatía que perciben los adolescentes con TEA que son atendidos de forma ambulatoria en el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal.

Población y muestra

La población fueron los adolescentes con diagnóstico de trastorno del espectro autista atendidos en Salud Mental Infanto-Juvenil del CCSPT que sean capaces de responder el cuestionario de forma autónoma. El muestreo fue de tipo incidental.

Procedimiento

Se administró a los adolescentes la escala autoadministrada índice de reactividad interpersonal (IRI), que ofrece una medida multidimensional de la empatía. Consta de cuatro subescalas de siete preguntas, que se valoran del 0 al 4 (de poco a mucho identificado con la afirmación), donde cada subescala describe un aspecto separado del concepto global de empatía, oscilando sus puntuaciones entre los 0 y 28 puntos. Considera la diferenciación entre empatía cognitiva (definida como el proceso de comprender el punto de vista de otra persona) y empatía afectiva (definida como la respuesta emocional de quien observa el estado afectivo de otras personas). Proporciona dos subescalas para la medida de la empatía cognitiva (la escala de toma de perspectiva y la escala de fantasía) y dos más para la medida de la empatía afectiva (la escala de preocupación empática y la escala de angustia personal). La escala de toma de perspectiva mide la capacidad para cambiar de perspectiva o para entrar en la de otra persona en el mundo real en lugar de en situaciones ficticias. La escala de fantasía mide la tendencia a transponerse imaginariamente a situaciones ficticias. La escala de preocupación empática mide el grado en que un encuestado experimenta sentimientos de calidez, compasión y preocupación por un individuo observado. Y por último la escala de angustia personal mide los propios sentimientos de miedo, aprensión e incomodidad de un individuo al presenciar las experiencias negativas de los demás⁹.

Realizamos también recogida de variables sociodemográficas, que se analizaron conjuntamente en el programa SPSS v25.

Aspectos éticos

Este trabajo se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Siendo aprobado por el

Comité Ético e 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

Participan 50 adolescentes con TEA, con edad media de 16,2 años (DE 2), 82 % biológicamente varones frente al 18 % mujeres. La capacidad cognitiva era normal-alta en un 74 % y discapacidad leve en un 26 %. Algo más de la mitad de los participantes acuden a centros ordinarios (62 %). El resto se divide en el 14 % que acude a centros de educación especial, y el 24 % restante que participa en distintos centros con algún soporte para la educación. Presentan diferente grado de lenguaje (64 % sin dificultades, 34 % con dificultades pragmáticas, 2 % lenguaje con ecolalias). Un 50 % no recibe tratamiento psicofarmacológico.

La mayor parte de los adolescentes (46 %) refiere presentar algunas dificultades en la comunicación, el 42 % la realiza con poca o ninguna dificultad, frente al 12 % que no es capaz de comunicarse o lo realiza con muchas dificultades. Respecto al conocimiento de su comunidad el 54 % admite tener problemas o no conocerla, frente al 46 % que presenta pocas o ninguna dificultad. Dentro de las habilidades académicas el 58 % refiere tener problemas para seguir las clases.

En el desempeño de las tareas del hogar, el 40 % las realiza sin ninguna o poca dificultad. Por el contrario, el 60 % no es capaz de realizarlas o las realiza con mucha dificultad. La mitad de los adolescentes no es capaz o encuentra dificultades para la realización de las actividades recreativas. Algo más de la mitad (54 %) comenta tener algunas dificultades o no ser capaz de realizar su autocuidado. Un 38 % admite sociabilizar con poca o ninguna dificultad.

En el análisis de la escala índice de reactividad interpersonal (IRI), que podemos visualizar en la tabla 1, dentro de la empatía cognitiva, están la subescala “toma de perspectiva”, que enfatiza en la valoración de los intentos espontáneos de adoptar las perspectivas de otras personas y ver las cosas desde su punto de vista, y la de “fantasía”, que mide la tendencia a identificarse con los personajes de las películas, novelas, obras teatrales y otras situaciones ficticias. Dentro de la empatía afectiva, se recogen las subescalas de “preocupación empática”, que pregunta sobre los sentimientos de simpatía, compasión y preocupa-

ción por los demás, y la de “angustia personal”, que mide los sentimientos personales de ansiedad y males-

tar que se producen al observar las experiencias negativas de los demás.

	Media	Desviación típica	Mediana	Asimetría
Toma de perspectiva	12.66	6.63	13	0.25
Escala de Fantasía	14.72	6.74	16	0.11
Preocupación Empática	17.16	5.95	17	0.44
Angustia personal	12.56	6.40	13	0.28

Tabla 1: Valores de las subescalas de la escala IRI

Discusión

Las respuestas empáticas atípicas a menudo se han asociado a personas con TEA, así como otros trastornos psiquiátricos. Aunque es cierto que tienen dificultades para expresar e identificar emociones, no son carentes de ellas.

Los presentes resultados en nuestra muestra expresan esta disminución del 20-30 % del grado de empatía autoinformado en todas las subescalas, excepto en la de angustia personal, comparadas con el estudio original de validación¹⁰. En cambio, nuestra muestra expresa mayores valores de empatía cognitiva y similar empatía emocional que una muestra de adolescentes y adultos con síndrome de Asperger^{7,10} y valores muy parecidos al de una muestra de personas con alexitimia¹¹.

Debido al bajo número de mujeres en la muestra, no se han podido comparar los resultados entre sexos, pero esa mirada de género debe ser ampliada en futuros estudios.

Es posible plantear que las investigaciones realizadas sobre la empatía en personas con autismo sugieren que los procesos empáticos siguen dos líneas: por un lado, se encuentra que existe un posible déficit en el reconocimiento de los estados emocionales y en la capacidad de tomar la perspectiva del otro; pero, por otra parte, se encuentran comportamientos de correspondencia emocional acerca de los sucesos o eventos con carga emocional positiva. Esto se evidencia en

resultados donde la empatía afectiva se ha mostrado conservada y la empatía cognitiva disminuida. Los estudios han mostrado que, cuando existen puntajes altos en tareas que evalúan la empatía cognitiva, se muestra una asociación positiva entre la precisión empática y los rasgos autistas, al contrario cuando los puntajes de empatía afectiva son bajos⁸.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen la posibilidad de poder enfocar intervenciones específicas para aumentar la empatía de las personas con TEA dentro del trabajo que realiza la enfermera especialista de salud mental, centradas en el aumento de la empatía cognitiva (entrenable) y la disminución de la angustia personal como necesidades esenciales de este grupo de personas.

La enseñanza temprana de habilidades empáticas se puede trabajar mediante talleres individuales o grupales, realizando *role playing* para que el niño, mediante la representación de distintas situaciones cotidianas, pueda comprender y aceptar a los sentimientos y conductas de los demás, resolver conflictos y asumir la responsabilidad en la toma de decisiones.

Financiación: Proyecto financiado parcialmente por el Instituto de investigación IDIVAL “Enfermería Valdecilla”, en su 20ª edición, con número de registro ENFVAL 18/10 y por el Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT) CIR2017/013.

Bibliografía

1. Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Cat Sel Doc Psychol*. 1980;10(4):85–104.
2. Adler N, Dvash J, Shamay-Tsoory SG. Empathic Embarrassment Accuracy in Autism Spectrum Disorder. *Autism Res*. 2015 Jun 1;8(3):241–9.
3. Harmsen IE. Empathy in Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2019 Oct 1;49(10):3939–55.
4. Montgomery CB, Allison C, Lai MC, Cassidy S, Langdon PE, Baron-Cohen S. Do Adults with High Functioning Autism or Asperger Syndrome Differ in Empathy and Emotion Recognition? *J Autism Dev Disord*. 2016 Jun 1;46(6):1931–40.
5. Ruggieri VL. 2013_Rugieri_Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2013;56(Supl 1):13–21.
6. McDonald NM, Murphy HG, Messinger DS. Empathic responding in preschool-aged children with familial risk for autism. *Autism Res*. 2017 Oct 1;10(10):1621–8.
7. Dziobek I, Rogers K, Fleck S, Bahnemann M, Heekeren HR, Wolf OT, et al. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J Autism Dev Disord*. 2008 Mar;38(3):464–73.
8. Rivera-Ortega V. Empatía en autismo: concepto y medición. *Rev CS*. 2018 May 1;191–211.
9. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(2).
10. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2007 Apr;37(4):709–15.
11. Silani G, Bird G, Brindley R, Singer T, Frith C, Frith U. Levels of emotional awareness and autism: An fMRI study. *Soc Neurosci*. 2008;3(2):97–112.

Ejercicio físico como tratamiento para depresión en niños y niñas, adolescentes y jóvenes: *umbrella review*

Physical exercise as a treatment for depression in children, adolescents and young adults: umbrella review

Javier Trujillo Franco, Concepción Martínez Martínez

Universidad Europea de Valencia. Valencia, España.

Contacto: Concepción Martínez Martínez, concepcion.martinez@universidadeuropea.es

Fecha de recepción: 19 de junio de 2021 / Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2021

Resumen

Introducción: La depresión es una patología caracterizada por tristeza permanente y por la falta de ganas de realizar actividades en el día a día. Cada año más niños, adolescentes y jóvenes sufren depresión en el mundo, siendo el principal trastorno mental en estas etapas tempranas de la vida. La actividad física aumenta la sensación de bienestar y disminuye el estrés mental, lo que podría ayudar a disminuir los síntomas depresivos.

Objetivo: Conocer si el ejercicio físico puede mejorar los síntomas depresivos y de ansiedad en niños, adolescentes y jóvenes.

Metodología: *umbrella review*. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed, Cinahl, SPORTDiscus y PsycInfo. Se utilizó la metodología PRISMA para la selección de artículos y la guía AMSTAR-2 para conocer el nivel de confianza de los estudios.

Resultados: El análisis de los estudios muestra una relación inversa entre el ejercicio físico y los síntomas depresivos en adolescentes y jóvenes mientras que el tipo y nivel de intensidad de las actividades físicas practicadas no influye en los resultados. Probablemente el ejercicio físico contribuya a disminuir los síntomas de ansiedad.

Conclusiones: Esta revisión concluye que el ejercicio físico puede ser una alternativa para tratar los síntomas depresivos y ansiosos en edades tempranas, pero hace falta continuar investigando pues los artículos extraídos son de media-baja calidad metodológica.

Palabras clave: salud mental, deportes, ejercicio físico, adolescente, niño, depresión, ansiedad.

Abstract

Introduction: Depression is a disorder characterised by permanent sadness and a lack of desire to carry out day-to-day activities. Every year, more and more children, adolescents and young people suffer from depression in the world, being the main mental disorder in these early stages of life. Physical activity increases the feeling of well-being and decreases mental stress, which could help to reduce depressive symptoms.

Objective: To find out whether physical exercise can improve depressive and anxiety symptoms in children, adolescents and young people.

Methodology: *umbrella review*. The search was carried out in the databases Pubmed, Cinahl, SPORTDiscus and PsycInfo. The PRISMA methodology was used to select articles and the AMSTAR-2 guide was used to determine the confidence level of the studies.

Results: The analysis of the studies suggested an inverse relationship between physical exercise and depressive symptoms in adolescents and young adults while the type and level of intensity of the physical activities practiced did not seem to influence the results. Physical exercise probably contributes to decrease anxiety symptoms.

Conclusions: Physical exercise may be an alternative to treat depressive and anxious symptoms at early ages, but further research is needed as the extracted articles are of medium-low methodological quality.

Keywords: mental health, sports, exercise, adolescent, child, depression, anxiety.

Introducción

El DSM 5 define trastorno mental como un “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”¹.

La mayoría de los trastornos mentales se inician en las tres primeras décadas de la vida. Más concretamente, Girolamo *et al.*² y McGorry *et al.*³ señalan que el 50 % de los problemas de salud mental comienzan en la adolescencia, en torno a los 14 años, y el 75 % de ellos antes de los 24. Además, un estudio realizado en Europa reveló que entre el 10 % y el 15 % de los niños de 6 a 11 años padecen un problema de salud mental: trastorno de conducta, trastorno emocional, trastorno por hiperactividad y/o falta de atención⁴, siendo actualmente la depresión uno de los problemas de salud mental más comunes y preocupantes en esta franja de edad^{5,6}.

Las políticas de prevención y promoción de la salud, tienen entre sus objetivos promover en colegios y lugares de trabajo el bienestar mental de los individuos⁷, evitando de este modo la cronificación de los problemas de salud mental. El ejercicio físico ha sido reconocido como una intervención adecuada para mejorar la salud mental y los niveles de felicidad, relacionándose además la inactividad con una mayor incidencia de problemas psicológicos⁸. En este sentido, el Physical Activity Guidelines Advisory Committee¹⁰ indicó que la población no clínica adulta que realiza actividad física con regularidad tiene un 45 % menos de probabilidades de aparición de síntomas de depresión clínica, y entre un 28 % y un 48 % menos de probabilidades de aparición de síntomas de ansiedad. Rebar *et al.*¹¹, a través de un metanálisis, reportaron nueva evidencia de que la actividad física podría contribuir a reducir la depresión y, en menor nivel, la ansiedad de esta población, y Schuch *et al.*¹² encontraron que el ejercicio tiene un efecto antidepresivo en personas con depresión clínica, siendo mayor el efecto de actividades aeróbicas y dirigidas por un profesional. En cuanto al efecto de este en niños, adolescentes y jóvenes, parece que la relación existente entre ejercicio físico y síntomas depresivos es similar a la que se da en adultos¹⁴, produciéndose una asociación positiva entre la realización de ejercicio físico y mejora de la ansiedad, depresión, autoestima y funciones cognitivas¹³. Sin embargo, todavía es escaso el número de estudios

que sintetizan los resultados obtenidos en los últimos años y que permitan encontrar una relación más sólida entre ambas variables.

Para la profesión enfermera es importante conocer las características de los ejercicios que pueden contribuir a mejorar el bienestar mental de los individuos. Mediante la intervención NIC [0200] fomento del ejercicio⁹, la enfermera puede prescribir el ejercicio físico como parte del tratamiento terapéutico para mejorar el nivel de salud del individuo, informando de las actividades que más le favorecen en función de sus preferencias y condición física. Además de poder instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad necesarias para la mejora de su salud física o mental e incluso puede realizar con el paciente el ejercicio prescrito.

A pesar de la existencia de distintas teorías que tratan de dar una explicación a por qué el ejercicio físico produce una mejoría en el bienestar mental, todavía no se conoce el porqué¹⁵. Entre estas teorías se encuentran la teoría de la distracción, la teoría de la interacción social y la teoría de la autoeficacia¹⁶. La teoría de la distracción propone que los estímulos recibidos al llevar a cabo una actividad física desvían la atención de la persona sobre su malestar físico o psíquico, traduciéndose en una mejoría de los síntomas depresivos. Por su parte, la teoría de la interacción social atribuye la mejora en la salud mental a las relaciones sociales que se establecen al realizar una práctica deportiva. Por último, la teoría de la autoeficacia propone que realizar ejercicio físico conlleva un reto personal que contribuye a desarrollar las habilidades necesarias para poder superar y sentirse mejor con uno mismo, lo que estaría muy relacionado con la mejora de la confianza en uno mismo¹⁵.

Dado que el inicio de la mayor parte de los trastornos mentales se sitúa entre los 6 y 24 años y que la depresión y ansiedad son los trastornos más frecuentes entre esta población, se ha planteado como objetivo de este estudio conocer a través de una *umbrella review* si el ejercicio físico practicado de forma continuada puede contribuir a disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa en las edades comprendidas entre la infancia y la juventud¹⁷.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión de revisiones sistemáticas con o sin metanálisis mediante la metodología pro-

puesta por Joanna Briggs Institute (JBI) para *umbrella review*¹⁸. La búsqueda se realizó entre diciembre de 2020 y febrero de 2021. Se seleccionaron cuatro bases de datos PubMed, SPORTDiscus, CINAHL y PsycInfo. Los términos empleados en las búsquedas fueron: *physical activity, sport, exercise, exercise movements techniques, mental health, mental illness, anxiety, depression, mood, teenagers, youth, children, childhood y adolescents*. Se aplicaron los filtros de revisión sistemática y metaanálisis. La búsqueda se realizó en título y resumen.

Se siguió un proceso de manera ordenada:

- Búsqueda en las bases de datos según las ecuaciones de búsqueda elegidas, combinando los booleanos AND y OR. La búsqueda se realizó tanto en lenguaje natural como controlado mediante los tesauros específicos de cada buscador.
- Eliminación de duplicados mediante gestor bibliográfico Mendeley (Elsevier).
- Selección de artículos utilizando la guía *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*¹⁹.

Los artículos seleccionados para un análisis detallado fueron los que cumplieron los criterios de inclusión:

- Revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, centrados en niños, adolescentes y jóvenes de ambos sexos con síntomas depresivos y/o ansiosos, definidos por cualquier método diagnóstico y con cualquier grado de gravedad.
- Revisiones de estudios realizados en niños, adolescentes y/o jóvenes según la clasificación de edades propuesta por la OMS¹⁷.
- Se considera intervención física toda aquella que se adapte a la definición de ejercicio de la American College of Sport medicine¹⁰: “El ejercicio es un tipo de actividad física que consiste en un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo realizado para mejorar y/o mantener uno o más componentes de la condición física”. Se incluyen ejercicios realizados de forma grupal y/o individual, y programas supervisados y no supervisados de distintas intensidades.

Los criterios de exclusión fueron:

- Revisiones sistemáticas que analicen intervenciones realizadas con niños y adolescentes o jóvenes con discapacidad intelectual o física, con un diag-

nóstico de depresión previo a la participación en el estudio, y/o enfermedades somáticas crónicas.

- Intervenciones donde el ejercicio forma parte de un conjunto de intervenciones de modo que no se pueda conocer su efecto.

El proceso de evaluación de calidad de las revisiones se realizó por dos investigadores de forma independiente. Las discrepancias se solucionaron por consenso. Para evaluar la calidad de los artículos seleccionados se utilizó la herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR-2)*²⁰.

La herramienta AMSTAR-2 es un cuestionario formado por 16 ítems con tres posibilidades de respuesta: “sí”, cuando cumple con el estándar, “no”, cuando no cumple con el estándar o no se tiene suficiente información, o “cumplimiento parcial”, cuando hubo adherencia parcial al estándar. En función de la puntuación obtenida, la calidad de las revisiones sistemáticas se clasifica en 4 niveles de confianza: alta, cuando no hay ninguna debilidad crítica y hasta una no crítica. Media, ninguna debilidad crítica y más de una debilidad no crítica. Baja, hasta una debilidad crítica, con o sin puntos débiles no críticos, y críticamente baja, más de una debilidad crítica, con o sin debilidades no críticas.

Resultados

Se hallaron un total de 234 estudios (figura 1). Después de filtrar y aplicar criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 8 revisiones sistemáticas con/sin metaanálisis. Las revisiones sistemáticas seleccionadas están publicadas entre los años 2006 y 2020 todas en idioma inglés.

El volumen de literatura analizada cuantificando todos los estudios incluidos en las revisiones que seleccionados ascendió a 109 y una muestra total de 60.208 sujetos. El estudio cuantitativo se realizó sobre 84 revisiones en total y 50.943 sujetos se incluyeron en los cálculos del metaanálisis. En la tabla 1, se pueden observar los datos para cada una de las revisiones sistemáticas.

En cuanto a la metodología utilizada en los 8 trabajos seleccionados para este estudio, 4 de ellos incluyen únicamente ensayos clínicos aleatorizados, 3 incluyen distintos tipos análisis y 1 no aporta datos sobre meto-

dología. Incluyen metaanálisis el 75 % de las revisiones ($n = 6$).

La mayoría de las revisiones evalúa distintos tipos de intervenciones, existiendo mucha heterogeneidad en cuanto a los tipos de ejercicio; ejercicios aeróbicos como anaeróbicos, supervisado o no por un profesional, de distinta intensidad y realizado en grupo o individual. Exceptuando a Zuckerman *et al.*²¹, que únicamente incluyó deportes practicados en grupo. Por su parte, Bailey *et al.*²² incluyeron una intervención con yoga y Brown *et al.*²³ intervenciones de yoga y *mindfulness*, siendo además la única revisión sistemática que incluyó una intervención que combinaba ejercicio físico y educación para la salud.

Se han utilizado 19 instrumentos para medir síntomas depresivos y ansiosos. El número de instrumentos utilizados por revisión oscila entre un mínimo de 2 y un máximo de 5 (tabla 1).

En la tabla 2 se presentan los resultados de la evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas. El 75 % de ellas tienen un nivel de confianza media. Ninguna de ellas obtiene un nivel alto ni críticamente bajo.

Discusión

Este trabajo examina la evidencia que reside en la literatura sobre la relación entre el ejercicio físico y la mejora de síntomas depresivos y ansiosos en niños, adolescentes y jóvenes. La metodología que se ha usado para sintetizar las evidencias encontradas ha sido la revisión de revisiones o *umbrella review*. Este método se caracteriza por incluir revisiones sistemáticas, lo que permite analizar un gran volumen de información a partir del cual extraer conclusiones.

Al analizar los resultados obtenidos, encontramos por un lado que Axelsdottir *et al.*²⁴ obtuvieron resultados positivos en actividades tanto aeróbicas como anaeróbicas, todas supervisadas por un profesional. Por su parte, Bailey *et al.*²² y Oberste *et al.*²⁸ también observaron mejoras en los síntomas depresivos en adolescentes y jóvenes con intervenciones tan distintas como el fútbol, la natación, el vóley, la danza o el yoga. Estas mejoras se producían de forma independiente a que las actividades fueran supervisadas por un profesional o no. Por otro lado, Zuckerman *et al.*²¹ encontraron que la actividad física practicada en grupo era más efectiva que la individual para mejorar los síntomas

depresivos. El hecho de que se haya producido una mejora en la sintomatología de los participantes, independientemente del tipo de deporte, intensidad y supervisión, podría explicarse gracias a las teorías enunciadas anteriormente. Estas teorías suponen la existencia de factores asociados a la práctica deportiva en sí misma, que contribuyen a mejorar las habilidades personales aumentando el autoconcepto y autoestima del individuo¹⁶. Además, si el ejercicio es practicado de modo grupal el efecto beneficioso es mayor, ya que a los efectos anteriores se sumaría la creación y mantenimiento de relaciones sociales significativas entre los componentes del equipo aumentando de este modo el bienestar mental¹⁶.

También hemos podido apreciar que todas las intervenciones son efectivas, independientemente de su duración. Las intervenciones recogidas en esta revisión tienen una duración que oscila entre las 6-9 semanas de Axelsdottir *et al.*²⁴ a las 40 semanas de Brown *et al.*²³, Carter *et al.*²⁶ y Zuckerman *et al.*²¹. Únicamente Oberste *et al.*²⁸ encuentra en sus resultados que los efectos antidepresivos aumentan aún más después del final de las intervenciones de actividad física. Este resultado nos ha sorprendido ya que los episodios depresivos son de lenta evolución manteniéndose su prevalencia a los 12 meses entre el 27,3 % y el 57,8 % de las personas que han manifestado episodios depresivos a lo largo de su vida²⁹.

En cuanto a la programación de intervenciones con ejercicio físico para mejorar los síntomas depresivos, se deben considerar los resultados obtenidos por Brown *et al.*²³ que sugieren que la intervención es más efectiva cuando se tienen en cuenta distintos elementos como combinarse con una intervención educativa o estar dirigida a un grupo diana. Para terminar, Bailey *et al.*²² sugieren que el ejercicio físico es una intervención muy bien aceptada por los jóvenes, lo que facilitaría su incorporación al tratamiento clínico habitual de la depresión.

Respecto a la relación existente entre el ejercicio físico y la ansiedad, únicamente dos revisiones de las incluidas en este estudio^{21,27} han evaluado su efecto, por lo que no podemos generalizar el resultado. Estas revisiones han encontrado mejoras en la ansiedad independientemente del grado de intensidad del ejercicio físico o de ser practicado de forma individual o grupal.

Limitaciones

Este trabajo tiene varias limitaciones. En primer lugar, la calidad de las revisiones estudiadas ha sido baja-moderada según la herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas AMSTAR. Por otro lado, el número de revisiones encontradas es limitado, por lo que es difícil generalizar las conclusiones obtenidas.

Conclusión

Con esta investigación podemos concluir que el ejercicio físico puede llegar a ser una intervención factible para el tratamiento de síntomas depresivos en niños, adolescentes y jóvenes independientemente de la duración de la intervención y de las características del ejercicio físico que se realiza. En relación con la mejoría de la ansiedad a través del ejercicio físico, a pesar de haber obtenido resultados favorables, no podemos asegurar que estos no estén sesgados debido al bajo número de revisiones que incluían la medición de esta variable.

Implicaciones para la práctica clínica

Es importante que las enfermeras conozcan los efectos positivos del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos y ansiosos para poder planificar actividades de promoción de la salud. En este sentido, nuestros resultados muestran que se pueden utilizar distintos tipos de ejercicio para la mejora de la salud mental, lo que facilita la planificación de intervenciones en función del estado de salud del paciente e independientemente de los recursos materiales y ambientales disponibles, ya que se ha observado que la mejoría se produce al realizar el ejercicio físico de forma continuada, siendo secundario el tipo de ejercicio o intensidad.

Es preciso seguir investigando sobre este tema en mayor profundidad para llegar a conocer los programas que mejor funcionan para disminuir los síntomas depresivos. Cada año se ve incrementado el número de niños, adolescentes y jóvenes que sufren síntomas depresivos o ansiosos y el ejercicio físico parece ser una herramienta muy útil debido a la buena acogida que tiene entre la población diana. Actuando sobre los síntomas depresivos una vez se detectan, se puede evitar que la depresión se cronifique o que se instaure en la edad adulta³⁰.

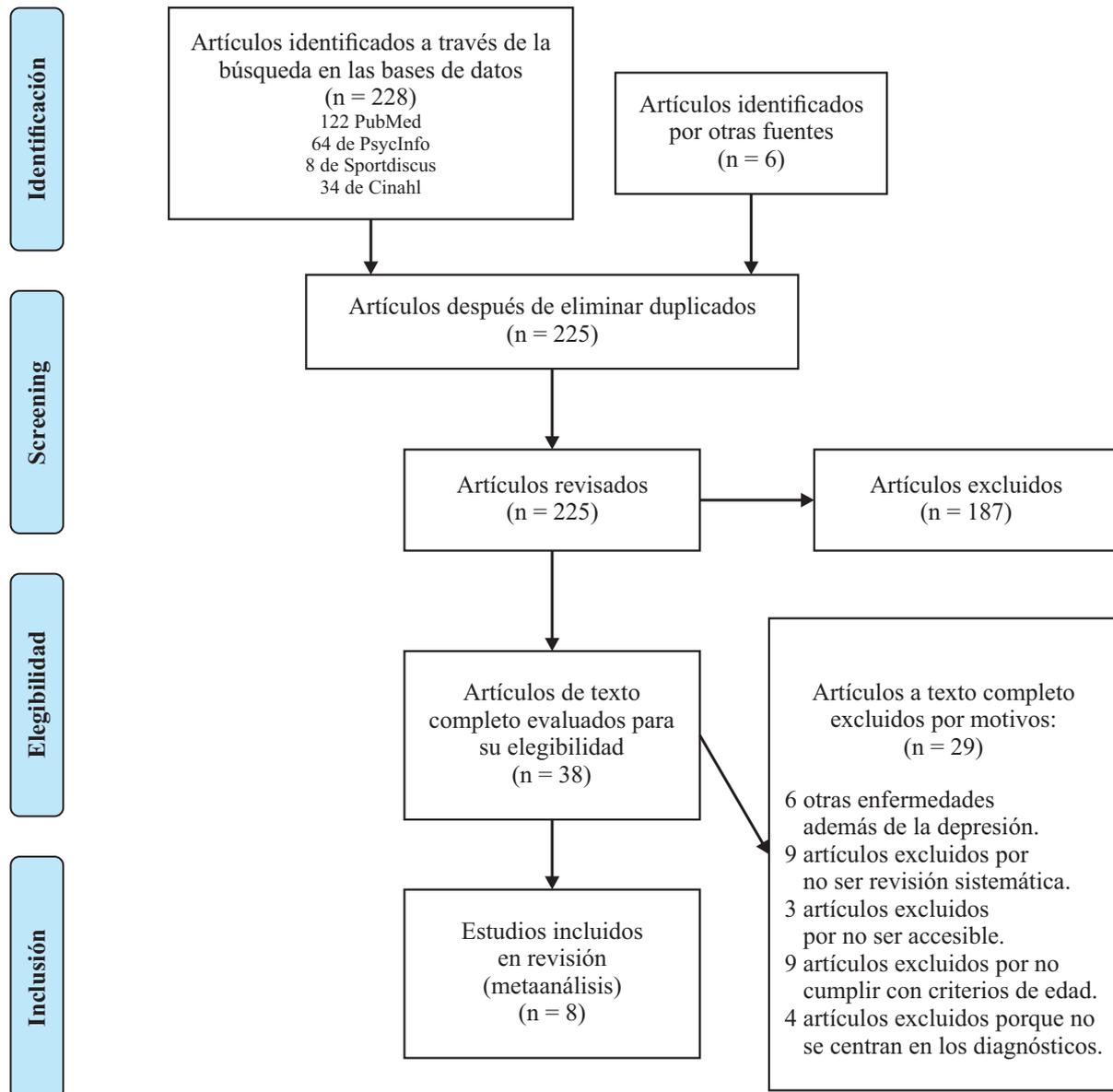
Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5a. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
2. de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012; 21(1): p. 47–57.
3. McGorry PD, Purcell R, Goldstone S, Amminger GP. Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011; 24(4): p. 301–6.
4. Kovess V, Carta MG, Pez O, Bitfoi A, Koc C, Goelitz D, et al. The School Children Mental Health in Europe (SCMHE) Project: Design and First Results. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2015; 11(1): p. 113–23.
5. Dunn AL, Weintraub P. Exercise in the Prevention and Treatment of Adolescent Depression: A Promising but Little Researched Intervention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2008; 2(6): p. 507-518.
6. World Health Organization. Health Topics: Depression. [Internet]. [Consultado 16 jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. O'Reilly M, Svirydenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53(7): p. 647-662.
8. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *J Psychiatry in Medicine*. 2011; 41(1): p. 15-28.
9. McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., Butcher, H.k. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC). (6ª Ed) Elsevier SA.
10. American College of Sports Medicine. Guidelines for Exercise Testing and Prescription Publisher. 11ª ed. Wolters Kluwer; 2018.
11. Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev*. 2015; 9(3): p. 366-378.
12. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*. 2016; 77: p. 42–51.
13. Biddle SJH, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*. 2011; 45(11): p. 886–95.
14. Wegner M, Amatriain-Fernández S, Kaulitzky A, Murillo-Rodríguez E, Machado S, Budde H. Systematic Review of Meta-Analyses: Exercise Effects on Depression in Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; (Online). 11: 81.
15. Peluso MAM, Guerra de Andrade LHS. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*. 2005; 60(1): p. 61–70.
16. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health. *Sports Medicine*. 2000; 29: p. 167–80.
17. Organización mundial de la salud (OMS). Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. 2002. Organización Mundial de la Salud.
18. Aromataris E, Fernandez RS, Godfrey C, Holly C, Khalil H. Methodology for JBI umbrella reviews [Internet]. 2014 [consultado 18 may 2021]. Disponible en: <https://ro.uow.edu.au/smhpapersPapers:partA.3344> <https://ro.uow.edu.au/smhpapers/3344>

19. Moher D, Liberati A, Tezlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS medicine*. 2009; 6(7).
20. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Online)*. 2017;358.
21. Zuckerman SL, Tang AR, Richard KE, Grisham CJ, Kuhn AW, Bonfield CM, et al. The behavioral, psychological, and social impacts of team sports: a systematic review and meta-analysis. *The Physician and sportsmedicine*. 2021; 49(3): p. 246-261.
22. Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological medicine*. 2018; 48(7): p. 1068-83.
23. Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJH. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*. 2013; 43(3): p. 195-206.
24. Axelsdóttir B, Biedilæ S, Sagatun Å, Nordheim L v., Larun L. Review: Exercise for depression in children and adolescents – a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*. (Online). 2020.
25. Bursnall P. The Relationship Between Physical Activity and Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2014;11(6): p. 376-82.
26. Carter T, Morris ID, Meade O, Callaghan P. The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(7): p. 580-90.
27. Larun L, Nordheim L v., Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. 2006;(3): CD004691.
28. Oberste M, Medele M, Javelle F, Lioba Wunram H, Walter D, Bloch W, et al. Physical Activity for the Treatment of Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Physiology*. (Online). 2020; 11:185.
29. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 175: p. 53-65.
30. Kessler RC, Bromet EJ. The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*. 2013; 34: p.118-138.



Figura 1. PRISMA 2009 Diagrama de flujo



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Tabla 1. Resultados

Estudio	País	Tipo estudio incluido	N estudios / N participantes	Edad / Género	Medición resultados de depresión
Axelsdottir <i>et al.</i> (24)	2 EEUU 1 UK 1 Irán	Ensayos clínicos aleatorizados.	4/159	12-18 años / Predominantemente femenino	CDI-2 DACL HAM-D RADS
Bailey <i>et al.</i> (22)	4 EEUU 6 Irán 1 España 1 Francia 1 Tailandia 1 Suráfrica 1 Corea	Ensayos clínicos aleatorizados.	16/771 Rango 20-106 participantes/estudio	Edad media participantes 15.4 a 25. 8 años / 8 estudios incluían solo mujeres	Autoinformes únicamente o combinado con: BDI CDI-2 CES-D CDRS-R HAM-D, QIDS-A-C17 QIDS-A-SR
Brown <i>et al.</i> (23)	6 EEUU 2 UK 1 Chile	5 Ensayos clínicos aleatorizados. 4 Ensayos aleatorizados. 1 Estudio Quasi-experimental.	9/ 581 Entre 19 y 207 participantes estudio. Media 81 participantes/estudio	5-19 años 7 estudios mixtos 2 estudios hombres	CDI HADS MAACL POMS RCDS SMFQ-SF
Burnsall <i>et al.</i> (25)	China Canadá Australia EEUU Inglaterra Alemania Noruega	8 Estudios de cohortes no experimentales. 1 Ensayo controlado aleatorio. 1 Ensayo no aleatorio.	10/25.000	N/A	N/A

(continúa de página anterior)

Carter <i>et al.</i> (26)	7 EEUU 1 Chile 1 Irán 1 Corea del Sur 1 UK	Ensayo clínico aleatorizado.	11/1499 Entre 19 y 779 participantes. Mediana =60	13-17 años / Mixto	Todos utilizaron autoinformes. BDI BYI CDRS-R CDI CDI-2 HAM HADS
Larun <i>et al.</i> (27)	13 EEUU 1 Canadá 1 Chile 1 China	Ensayos clínicos aleatorizados.	16/1191	11-19 años / No aporta	BDI CDI HADS MAACL POMS RADS STAIC STAI
Oberste <i>et al.</i> (28)	1 Alemania 3 Irán 3 EEUU 1 UK 1 Corea	Ensayos clínicos aleatorizados. Ensayos clínicos no aleatorizados.	9/491	12-18 años / No aporta	CDI BDI
Zuckerman <i>et al.</i> (21)	14 EEUU 6 Canadá 3 Países Bajos 2 Irlanda 2 Noruega 2 Suecia 2 UK 1 Australia 1 R. Checa	NA	34/30516 total estudios 9/21251 metaanálisis	5-25 / Mixto	GAD-7 BDI-2 Autoinforme ansiedad, depresión

BDI, Beck Depression Inventory; BDI 2 Beck Depression Inventory Second Edition; BYI Beck Youth Inventory; CES-D, Centre for Epidemiological Studies Depression scale; CDRS-R, Childs Depression Rating Scale – Revised; CDI Children's Depression Inventory; CDI-2, Children's Depression Inventory; DACL, Depression Adjective Checklist; HADS Hospital Anxiety and Depression Scale; HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression; MAAC Multiple Affect Adjective Check List; POMS Profile of Mood States; QIDS-A-C17, Quick Inventory of Depression Symptomatology – Adolescent – Clinician Rated; QIDS-A-SR, Quick Inventory of Depression Symptomatology – Adolescent – Self-report; RCDS Reynolds Child Depression Scale; STAI State-Trait Anxiety Inventory for Adults; STAIC State-Trait Anxiety Inventory for Children; SMFQ-SF Short Mood and Feelings Questionnaire; GAD-7 generalized anxiety disorder-7

Tabla 1: Resultados (continuación)

Estudio	Duración (semanas)	Sesiones semana / Duración (min)	Intervenciones	Resultados	Conclusiones
Axelsdottir <i>et al.</i> (24)	6-9 sem.	2-4 ses. / 20-45 min.	Aeróbico/ anaeróbico. Individual/grupal. Entrenamiento en circuito (aeróbico y de fortalecimiento). Caminar-correr (ejercicios aeróbicos), entrenamiento con pesas y deportes de equipo (ejercicios anaeróbicos). Todas supervisadas.	Efecto moderado del ejercicio sobre la gravedad de la depresión (DME = 0,59; IC del 95%; 1,08 a 0,10) (p = 0,02). La certeza general de la evidencia para este resultado fue baja. Un ensayo encontró una disminución no significativa de la gravedad de la depresión a los seis meses de seguimiento (n = 42, DME 0,59; IC del 95%; 1,22 a 0,04) (p = 0,07). La certeza general de la evidencia para este resultado fue muy baja.	Las intervenciones de ejercicio pueden estar asociadas con una disminución de la gravedad de la depresión en los adolescentes. Sin embargo, debido a las pruebas de baja certeza, el verdadero efecto puede ser diferente. Según los resultados, el ejercicio en grupo con supervisión es una intervención aparentemente sencilla para mejorar la salud de los niños y adolescentes con depresión.
Bailey <i>et al.</i> (22)	5-12 sem.	1-5 ses. / 30-90 min.	Actividades aeróbicas como anaeróbicas de cualquier grado de intensidad tanto individuales como grupales: baile, correr, natación, fútbol, tenis mesa, bádminton, vóley, atletismo, caminar en la piscina, yoga, zumba, callistenia, bicicleta estática. Supervisadas/ No supervisadas.	16 estudios mostraron un gran efecto de la actividad física sobre los síntomas de la depresión en comparación con los controles (DME -0,82; IC del 95%; -1,02 a -0,61) (p < 0,05, I2 = 38%). El efecto siguió siendo sólido en los ensayos con muestras clínicas (k = 5, DME -0,72; IC del 95%; -1,15 a -0,30), y en los ensayos que utilizaron controles de atención/actividad con placebo (k = 7, DME -0,82; IC del 95%; -1,05 a -0,59).	La actividad física es una intervención primaria prometedora para los adolescentes y adultos jóvenes con diagnóstico o síntomas de depresión, los hallazgos deben interpretarse con precaución dado que la calidad de revisiones es baja. La actividad física parece ser aceptada por los jóvenes, lo que sugiere la posibilidad de incorporarla al tratamiento clínico habitual de la depresión.
Brown <i>et al.</i> (23)	9-40 sem.	2-3 ses. / 20-90 min.	Ejercicio aeróbico de distinta intensidad. Ejercicios de resistencia y fortalecimiento, yoga, mindfulness. Un estudio combinó ejercicio y educación para la salud. Supervisadas/no supervisadas.	El efecto del tratamiento era pequeño pero significativo (Hedges' g = -0,26, Error estándar = 0,09, 95%; IC = -0,43 a -0,08) (p = 0,004). Los análisis mostraron que el tipo de metodología (intervención educativa y ejercicio), los que tenían una puntuación de calidad más alta; y con menos de 3 meses de duración) y las características de los participantes (por ejemplo, estudios de un solo género; los dirigidos a grupos con sobrepeso u obesidad) contribuyeron a la reducción de la depresión.	Aunque sea una investigación pequeña, se concluye que han mejorado los síntomas depresivos de los participantes. Hubo un pequeño efecto global significativo del ejercicio sobre la depresión. Es necesario precaución con la interpretación de los resultados ya que, aunque la calidad de los estudios es alta, las muestras son muy pequeñas.

(continúa de página anterior)

Bursnall <i>et al.</i> (25)	No consta.	No consta.	No consta.	<p>4 estudios muestran resultados consistentes que demuestran la relación inversa entre ejercicio y síntomas depresivos.</p> <p>2 estudios encuentran diferencias al comparar el efecto aditivo del aumento del tiempo de pantalla y la disminución del ejercicio en el aumento de los síntomas depresivos. Sin embargo, Kremer <i>et al.</i> (2013) no encuentran que este sea el caso.</p> <p>Tres de los cuatro diseños de cohortes longitudinales establecen hallazgos similares en la correlación inversa entre ejercicio y los síntomas depresivos.</p> <p>Dos de los cuatro estudios longitudinales logran un seguimiento de más del 80%, y ambos estudios muestran una continua relación inversa a lo largo del tiempo en algunos aspectos del ejercicio y los síntomas depresivos.</p> <p>El estudio cuasiexperimental demuestra un nivel de evidencia similar al de los grandes estudios de cohortes.</p> <p>El único ECA demuestra una relación causal entre el aumento del ejercicio y la disminución de los síntomas depresivos.</p>	<p>Los resultados de esta investigación muestran que, a un aumento de la actividad física en adolescentes, hay una significativa reducción de los síntomas depresivos. El resultado no se puede generalizar ya que la muestra está formada únicamente por un ECA.</p>
Carter <i>et al.</i> (26)	6- 40 sem. media = 11	No consta. 3/semana.	Aeróbico y/o resistencia. Entrenamiento de fuerza. Un número limitado de ensayos proporcionó una descripción adecuada de la intensidad empleada en el ejercicio.	<p>El ejercicio muestra un efecto moderado en la disminución de síntomas depresivos (DME -0,48; IC del 95%; -0,87 a -0,10) (p= 0,01).</p> <p>Entre los ensayos con mayor puntuación metodológica, se registró un efecto moderado no significativo. (DME -0,41; IC del 95%; -0,86 a 0,05) (p= 0,08).</p> <p>En ensayos con muestras exclusivamente clínicas, el ejercicio mostró un efecto moderado estadísticamente sobre los síntomas depresivos con niveles más bajos de heterogeneidad. (DME -0,43, IC del 95%; -0,84 a -0,02) (p= 0,04)</p>	<p>Esta investigación muestra un efecto general moderado estadísticamente significativo sobre la depresión en los adolescentes que realizaron actividad física, reduciendo de forma considerable los síntomas depresivos.</p> <p>El ejercicio físico parece mejorar los síntomas depresivos en los adolescentes, especialmente en las muestras clínicas donde el efecto antidepressivo es moderado. Se requieren ensayos más amplios con muestras clínicas que minimicen adecuadamente el riesgo de sesgo para obtener conclusiones más firmes.</p>

(continúa de página anterior)

Larun <i>et al.</i> (27)	6-20 sem.	Al menos 3/semana.	Ejercicio vigoroso. Aeróbicos/aeróbico. La intervención incluía diferentes ejercicios aeróbicos como caminar, correr, hacer ejercicios aeróbicos (12 estudios) o entrenamiento con peso (4 estudios).	<p>Seis estudios informaron de las puntuaciones de ansiedad mostraron una tendencia no significativa a favor del grupo de ejercicio (DME -0,48; IC del 95%; -0,97 a 0,01).</p> <p>Cinco estudios que informaron sobre las puntuaciones de depresión mostraron una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de ejercicio (DME -0,66; IC del 95%; -1,25 a -0,08).</p> <p>Un pequeño ensayo que investigó a niños en tratamiento no mostró una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de depresión a favor del grupo de control (DME 0,78; IC del 95%; -0,47 a 2,04).</p> <p>Cinco ensayos que comparan el ejercicio vigoroso con el ejercicio de baja intensidad no muestran una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de depresión y ansiedad. Dos ensayos pequeños no encontraron diferencias en las puntuaciones de depresión para los niños en tratamiento (DME -0,31, IC del 95%: -0,78 a 0,16). Ningún estudio informó las puntuaciones de ansiedad de los niños en tratamiento.</p> <p>Cuatro ensayos que compararon el ejercicio con intervenciones psicosociales no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión y ansiedad en la población general de niños. Dos ensayos informaron las puntuaciones de ansiedad (DME -0,13; IC del 95%: -0,43 a 0,17). Dos ensayos informaron de las puntuaciones de depresión (DME 0,10; IC del 95%: -0,21 a 0,41). Un ensayo no encontró diferencias en las puntuaciones de depresión para los niños en tratamiento (DME -0,31; IC del 95%: -0,97 a 0,35). Ningún estudio informó sobre las puntuaciones de ansiedad de los niños en tratamiento. en la población general de niños.</p>	<p>Aunque parece haber un pequeño efecto a favor del ejercicio para reducir las puntuaciones de depresión y ansiedad en la población general de niños y adolescentes, el pequeño número de estudios incluidos y la diversidad clínica de los participantes, las intervenciones y los métodos de medición limitan la capacidad de sacar conclusiones. No importa si el ejercicio es de alta o baja intensidad. El efecto del ejercicio para los niños en el tratamiento de la ansiedad y la depresión se desconoce, ya que la base de pruebas es escasa.</p>
-----------------------------	-----------	-----------------------	---	--	---

(continúa de página anterior)

Oberste <i>et al.</i> (28)	6-12 sem.	2-4 ses. / 20-90 min.	Intensidad moderada alta. Aeróbica grupal o individual, supervisada o no. Estiramiento, Correr, Danza terapia, deportes de agua, Vóley, fútbol, ejercicios fortalecimiento.	Se encontró un efecto antidepresivo moderado y significativo de la actividad física Hedges' $g = -0,47$, IC del 95% = $-0,71$ a $-0,24$). La heterogeneidad fue pequeña ($T2 = 0,0313$, $I2 = 27\%$, $p = 0,18$). La intensidad de la sesión moderó significativamente el efecto antidepresivo de la actividad física. Además, se encontraron tamaños del efecto notablemente menores en los estudios que utilizaron tratamientos simulados de actividad no física como tratamientos de control (por ejemplo, jugar a juegos de mesa), en comparación con los estudios que no utilizaron tratamientos de grupos de control. Los resultados sugieren que los efectos antidepresivos aumentan aún más después del final de las intervenciones de actividad física. No hubo diferencias significativas en el riesgo de abandono entre los grupos de actividad física y de control.	
Zuckerman <i>et al.</i> (21)	No aportan la mayoría de revisiones.	No aportan.	Deporte en equipo.	Cuantitativamente, la participación en deportes de equipo se asoció con una disminución de las tasas de depresión/ansiedad en 5 estudios (OR 0,59; IC del 95%; 0,54 a 0,64). Cualitativamente, 14/19 (74%) de los estudios confirmaron una mejora de la salud psicológica. Cualitativamente, 7/10 (70%) de los estudios confirmaron la mejora de los resultados de salud social con la participación en deportes de equipo.	La participación en los deportes de equipo se asoció significativamente con la disminución de depresión/ansiedad. Aunque algunos estudios mostraron posibles efectos negativos menores de la participación en los deportes de equipo, la mayoría de los estudios informaron de la mejora de los resultados de la salud conductual, psicológica y social en los jóvenes.

DME: diferencia de medias estándar; IC: Intervalo de confianza.

Tabla 2: Nivel de confianza obtenido por las revisiones sistemáticas con la herramienta AMSTAR-2

	Axelsdotir et al., 2020	Bailey et al., 2017	Brown et al., 2013	Burnsall et al., 2014	Carter et al., 2016	Larun et al., 2006	Oberste et al., 2020	Zuckerman et al., 2020
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	SÍ PARCIAL	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	NO	SÍ	-	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	SÍ PARCIAL	SÍ PARCIAL	SÍ PARCIAL	SÍ PARCIAL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ PARCIAL
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	-	SÍ	NO
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	SÍ	NO	-	NO	NO	SÍ	NO	NO
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	SÍ PARCIAL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	-	SÍ
11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	SÍ	SÍ	SÍ	NO META ANÁLISIS	SÍ	SÍ	SÍ	NO META ANÁLISIS
12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?	NO	SÍ	SI	N/A	SÍ	SÍ	SÍ	N/A
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	SÍ	SÍ	NO	-	SÍ	SÍ	SÍ	-

(continúa de página anterior)

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Nivel Confianza	MODERADO	MODERADO	BAJO	BAJO	BAJO	MODERADO	MODERADO	MODERADO	MODERADO

Estudio iconográfico de la enfermería proyectado por los medios de comunicación durante la COVID-19

Iconographic study of nursing projected by the media during COVID-19

Lidia Martínez-López, Carmen Raquel Gijón-González, Zoraida Sánchez-Castillo, María del Mar Verdú-Guardiola

Unidad de Salud Mental del Departamento de Salud de Alcoy, Agencia Valenciana de Salud. Comunitat Valenciana, España.

Contacto: Lidia Martínez López, martinez.l.lidia@gmail.com

Fecha de recepción: 26 de julio de 2021 / Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2021

Resumen

Introducción: Durante la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2, el personal de enfermería ha sido definido socialmente y bautizado por los medios de comunicación como héroes por su labor. La imagen social de los profesionales de enfermería está condicionada, entre otros, por la forma en que esta es representada en los diferentes medios de comunicación. La asignación de la etiqueta héroe ha supuesto la proyección de estereotipos relacionados con elevada responsabilidad ética y capacidad de sacrificio, que ha generado secuelas, tanto físicas como emocionales, llegando a producir sobrecarga laboral y emocional e implicando la aparición de conflictos de rol secundarios a las elevadas expectativas y presión social. Esto nos lleva a reflexionar sobre: ¿cuál es la imagen de la profesión enfermera que se difunde en los medios de comunicación durante la COVID-19? Y ¿cómo afecta esta imagen proyectada en la integración de los diferentes roles que asumen los profesionales sanitarios y qué consecuencias tiene sobre su salud?

Objetivos: Analizar la influencia de las imágenes proyectadas en los medios de comunicación durante la pandemia la COVID-19 en el rol social de la profesión enfermera.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo de tipo descriptivo, de diseño documental.

Resultados y discusión: El estudio resultante del significado de las diversas imágenes dentro del contexto social muestra la iconografía de la enfermería. Se han seleccionado, analizado y catalogado 12 imágenes publicadas en diferentes medios, dedicadas a los profesionales de enfermería u otros profesionales durante la pandemia COVID-19.

Conclusiones: La divulgación de imágenes durante la pandemia por la COVID-19 por los medios de comunicación genera creencias estereotipadas sobre la capacidad heroica de los profesionales de enfermería. Esta representación desvirtúa el rol del profesional, incrementando la exigencia externa e interna e impidiendo la expresión de vulnerabilidad, cansancio y preocupación.

Palabras clave: COVID-19, héroes sanitarios, iconografía enfermera, rol enfermero, medios de comunicación.

Abstract

Introduction: Due to the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus, nursing staff has been socially defined and baptized by the media as heroes for their work. The social image of nursing professionals is conditioned, among others, by the way they are represented in the different media. The assignment of the label "hero" has led to the projection of stereotypes related to a high ethical responsibility and ability to sacrifice, which have had physical and emotional consequences, resulting in work and emotional overload and implying the appearance of secondary role conflicts due to high expectations and social pressure. This led us to reflect on: what is the image of the nursing profession that is disseminated in the media during COVID-19? And how does this projected image affect the integration of the different roles assumed by healthcare professionals and what consequences does it have on their health?

Objectives: To analyze the influence of the images projected in the media during the COVID-19 pandemic on the social role of the nursing profession.

Methodology: This is a qualitative study of a descriptive type, with a documentary design.

Results and discussion: The resulting study of the meaning of the different images within the social context shows the nursing iconography. Twelve images published in different media, dedicated to nurses or other healthcare profes-

signals during the COVID-19 pandemic, have been selected, analyzed and catalogued.

Conclusions: The dissemination of images during the COVID-19 pandemic by the media generates stereotypical beliefs about the heroic capacity of nursing professionals. This representation distorts the role of the professional, increasing the external and internal demands and preventing the expression of vulnerability, fatigue and concern.

Keywords: COVID-19, health heroes, nursing iconography, nurse's role, communications media.

Introducción

Durante la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2 se ha definido socialmente al personal de enfermería como héroes por su labor. Se ha visibilizado esta profesión, en el año designado por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) como Año Internacional de la Enfermera y la Matrona, descubriendo ante el mundo una imagen que ha traído consigo consecuencias asimétricas y polarizadas en el ámbito sanitario, por elogio y por omisión. La pandemia ha evidenciado un panorama poco favorecedor para el ejercicio del cuidado, en el que no solo se han visto afectados pacientes, familias, sistemas de salud, sino también los propios profesionales sobre quienes el impacto generado sobre su calidad de vida ha sido más que evidente¹.

En el discurso de los medios de comunicación, el heroísmo ha surgido con fuerza y constancia para describir a los trabajadores sanitarios y, en particular, a las enfermeras². El heroísmo generalmente implica un compromiso voluntario con cierto grado de riesgo personal para ayudar a los demás y esta situación puede implicar sacrificio personal³.

Los medios de comunicación son fundamentales en el proceso de formación de imágenes. Son un vehículo de información mediante los cuales se proyecta lo que se espera de los profesionales sanitarios y marca su propio trabajo. Por tanto, los medios de comunicación de masas actúan como agentes que refuerzan y divulgan determinadas actitudes y creencias, estereotipos y valores, capaces de condicionar la representación de la imagen social de una profesión⁴.

Se define estereotipo como “el conjunto de creencias y valores –comúnmente aceptado–, sobre los atributos que caracterizan a un grupo social, y que ayuda a categorizar dichos atributos para hacer más coherente la comprensión del mundo”⁵. Cuando alguien interpreta una imagen lo hace de acuerdo a los valores previos en relación a ella⁵. Esta forma es la que va configurando el concepto que la sociedad tiene de tal profesión, creando y difundiendo diferentes estereotipos⁶.

Las imágenes ayudan a lograr metas tangibles, emitir juicios y expresarse. Son el vínculo básico de cualquier sociedad y se producen al compartir mensajes. Las personas las intercambian mediante el uso de símbolos en la comunicación interpersonal y masiva. Según Boulding, el comportamiento depende de la imagen; y en su opinión, los mensajes cambian las imágenes, lo que a su vez explica los cambios en los patrones de comportamiento. La construcción social de la realidad es el resultado del proceso de formación de imágenes, estimulado por mensajes transmitidos por diversas formas de comunicación⁷.

Por otro lado, cada vez es más creciente en investigación utilizar e interpretar bases de datos no tradicionales, tales como imágenes, películas, novelas y símbolos. Estos datos, que van más allá de los cuantitativos, nos sirven no solo para conocer, sino también para comprender cómo se percibe socialmente a las profesiones.

Según Nauderer: “La imagen que la sociedad tiene de las enfermeras está llena de estereotipos que incluyen las figuras de santas, prostitutas, brujas y heroínas”. Cuando alguien desde fuera observa la imagen enfermera, la observa desde la cultura que nos rodea, interpretándose desde las claves que se posee⁸. Vilches considera que “la imagen se constituye como un todo con el objetivo de producir un efecto en el destinatario, este interpretará la imagen según su patrón cultural”⁹.

Para Goffman, la fotografía constituye una herramienta de análisis de la realidad social, puesto que capta microuniversos sociales en los que entran en juego formas de interacción comunes y corrientes en la vida cotidiana. En la imagen fotográfica encontramos estereotipos, signos de estatus social, relaciones de poder y formas sociales que son familiares a los miembros de la misma cultura¹⁰.

El personal de enfermería ha sido bautizado por los medios de comunicación como héroes por su labor durante la pandemia. La palabra héroe designa a una persona que de manera desinteresada ayuda a otros,

llegando incluso a poner en peligro su propia vida. Según Aguirre: “Las características del héroe son conferidas por la voluntad de la sociedad que los ensalza ya que estos responden a los ideales que ven encarnados en él o ella en el momento en que participan en los eventos extraordinarios”⁶. En un análisis conceptual, Franco describe el heroísmo como algo ajeno a las decisiones racionales, donde la acción de un héroe es no solo altruista sino extraordinaria, algo irracional o arriesgada. Señala que la constitución de un héroe depende tanto del contexto como del resultado. El contexto tiene que ser lo suficientemente arriesgado, y el resultado quedará definido según el éxito o fracaso del héroe².

A lo largo de la historia ha habido más representaciones heroicas de la figura enfermera enfatizando las virtudes de coraje, autosacrificio, dedicación y compasión⁶. Esta categorización ha sido muy extendida entre los diferentes dirigentes políticos de todos los países, utilizando el concepto como una analogía con la guerra y la metáfora militar². Sin embargo, se trata de un concepto que no genera entre quienes la reciben un reconocimiento o identificación unánime, por cuanto se detecta en ella una interpretación subyacente menos benevolente¹¹.

La sociedad es muy exigente con sus héroes; en Occidente se espera de ellos humildad, sencillez, franqueza, fortaleza física y psicológica. Una serie de valores que exigen de la persona entrega total por la sociedad en la que se encuentre inserto y que deriva en contradicciones entre lo que el denominado héroe quiere ser o puede ser y lo que la comunidad exige que sea¹².

Los medios de comunicación utilizan el heroísmo para reafirmar el deber de los profesionales sanitarios con sus pacientes. Esta afirmación moral, que surge de la relación entre los sanitarios y pacientes, presenta dos características principales relacionadas con el rol: aceptación del deber y presión social para la realización de funciones esperadas por la sociedad en el desempeño de este rol³.

Por este motivo el reconocimiento social y ensalzamiento heroico repercute en los profesionales sanitarios y en los roles que son asumidos por ellos¹.

Según la RAE, se define rol como “un papel que alguien desempeña”¹³. En la vida real cada persona desempeña diferentes roles al mismo tiempo: enfermera, padres, hijos... El rol no es más que un conjunto de

conductas y actitudes que se espera de una persona. Sin embargo, todos no esperamos lo mismo, ni hacemos lo mismo. Según la teoría del rol, se pueden distinguir tres tipos. En primer lugar, se define el concepto de rol prescrito, el cual hace referencia a lo que se espera de un personaje por la mayoría de la población. Es cierto que todo el mundo no espera lo mismo, pero hay una expectativa generalizada. En cuanto al rol profesional, ocurre lo mismo, la población espera unas conductas y actitudes generales de la profesión sanitaria. ¿Están al mismo nivel lo que la sociedad espera de la profesión sanitaria a lo que ellos creen que son sus funciones? Es frecuente que el rol prescrito socialmente generalizado (aceptación, entrega, ayuda, altruista) no se ajuste a la definición de rol de los propios profesionales. De aquí surge la definición de rol subjetivo, el cual hace referencia a lo que cada uno cree que son sus funciones y actitudes. A pesar de que el rol prescrito sea mayoritario, cada sujeto tiene una concepción particular de su propio rol. Por último, el rol social es el que está definido por la profesión¹⁴.

No obstante, los roles actuados por un sujeto no tienen la misma importancia para ese sujeto. Esos roles están jerarquizados, de tal manera que unos tienen prioridad sobre otros. El rol que ocupa el lugar más alto en esa jerarquía se llama rol prioritario, siendo el que nos da identidad social. Cuando dos roles rivalizan por la prioridad se produce un conflicto. Este conflicto va a generar malestar emocional en la persona que lo padece, denominado angustia o daño moral (*moral distress*)¹⁴⁻¹⁶.

El término angustia o daño moral (*moral distress*) definiría un sentimiento de impotencia producido por la imposibilidad de hacer lo que se considera correcto, especialmente cuando las decisiones se refieren a los momentos finales de la vida. En el ámbito militar se define como *moral injury*, término empleado en situaciones de combate. Los individuos que desarrollan este daño moral son propensos a tener una concepción negativa de sí mismos, así como sentimientos de culpa, vergüenza o aversión. Aunque no todos los miembros del personal presentan angustia moral, los expertos señalan que el nivel de exigencia al que se han visto expuestos muchos profesionales de enfermería al tener que asumir roles que nunca antes habían desempeñado les ha afectado negativamente^{1,15,16}.

Esto nos lleva a reflexionar sobre las siguientes cuestiones: ¿cuál es la imagen de la profesión enfermera que se difunde en los medios de comunicación

durante la COVID-19?, y ¿cómo afecta esta imagen proyectada en la integración de los diferentes roles que asumen los profesionales sanitarios y que consecuencias tiene sobre su salud?^{5,9}.

Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar la influencia de las imágenes proyectadas en los medios de comunicación durante la pandemia COVID-19 en el rol social de la profesión enfermera.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Realizar un breve análisis de la iconografía de la enfermería.
- Reflexionar sobre la repercusión en el rol profesional.
- Destacar la importancia de la iconografía de la enfermería como fuente documental.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo de tipo descriptivo, de diseño documental.

Al utilizar las técnicas documentales, se pretende identificar y analizar documentos relacionados con nuestro tema de estudio¹⁷. El objeto de investigación, por tanto, son las imágenes seleccionadas en diferentes páginas web, donde se representa al profesional de enfermería y otros profesionales sanitarios como héroes y el posterior análisis de la imagen proyectada.

Usando este tipo de metodología, se pretende explicar los fenómenos desde una interpretación subjetiva, en busca de la percepción social y el simbolismo en tiempos del COVID-19¹⁸, obteniendo así la iconografía enfermera. La necesidad de acudir a la metodología iconográfica surge cuando en una imagen la forma no puede separarse del contenido, ya que sobrepasa lo puramente visual para transmitir ideas y representaciones, como pensamos que ocurre en las imágenes que vamos a estudiar⁹.

Para la obtención de las imágenes, se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas entre el 1 de marzo de 2020 y el 15 de abril de 2020, localizando imágenes publicadas en artículos de periódicos y revistas, anuncios corporativos, publicaciones en redes sociales y sitios web.

Los términos utilizados en la búsqueda de imágenes fueron: héroes sanitarios, enfermería, iconografía

enfermera, COVID, utilizando los operadores booleanos: AND y OR.

Se ha tenido en cuenta como criterio de inclusión las imágenes donde aparece la figura enfermera mostrada como un héroe, siguiendo los estereotipos encontrados en la bibliografía revisada, para conocer la interpretación subjetiva de los artistas respecto a la representación simbólica transmitida por la imagen proyectada por los medios.

Resultados

Se han seleccionado, analizado y catalogado 12 imágenes publicadas en redes sociales digitales, museo de arte *online*, expuestas en la calle (estatua o mural), dedicadas a los profesionales de enfermería u otros profesionales durante la pandemia COVID-19. Las imágenes seleccionadas presentan diferentes formatos: cómic (6 imágenes), dibujo (1 imagen), collage (1 imagen), mural grafiti (1 imagen), fotografía (2) y estatua (1 imagen).

Este análisis realizado permite acceder a la imagen percibida de los profesionales por la sociedad, siendo los medios de comunicación el vehículo de transmisión, a través de la captación de elementos metafóricos cargados de un gran poder simbólico¹⁹.

Todas las imágenes analizadas son expresiones culturales que contienen una carga simbólica, ya que no se limitan a describir la realidad, sino que la significan; a menudo articulan dicho relato con lo que sienten ante ella, presentándola con lo que les permite el juego con el lenguaje gráfico²⁰.

El estudio resultante del significado de las diversas imágenes dentro del contexto social muestra la iconografía de la enfermería.

Siles (1999) señala que cualquier tema, objeto o personaje relacionado con la enfermería en cualquiera de sus épocas y variantes puede ser estudiado iconográficamente. Diseña un proceso sintético para las diversas formas de realización: “1. Datación, procedencia y estilo artístico; 2. Identificación del tema iconográfico; 3. Contextualización histórica; 4. Interpretación iconográfica.”^{18,21}. Nos basamos en el proceso seguido por este autor para realizar el análisis iconográfico, que se muestra en la tabla 1.

FECHA, PROCEDENCIA Y AUTOR	IDENTIFICACIÓN DEL TEMA ICONOGRÁFICO	CONTEXTUALIZACIÓN	INTERPRETACIÓN GRÁFICA
<p>Marzo, 2020. https://www.semama.com/mundo/articulo/la-foto-de-la-enfermera-simbolo-de-la-lucha-contra-el-coronavirus/656703/</p>  <p>Francesca Mangiardi</p>	<p>Fotografía: Archivo particular Facebook</p>	<p>Se trata de una de las imágenes más emblemáticas de la batalla de Italia contra el coronavirus.</p>	<p>En la foto se muestra una enfermera extenuada que se queda dormida, con mascarilla, guantes y bata, sobre su ordenador tras una noche atendiendo pacientes. La foto fue tomada en el hospital Cremona. La enfermera Elena Pagliarini, quien cede al cansancio tras uno de los turnos más agotadores.</p> <p>“Por un lado me daba vergüenza que la foto circulara por todas partes, mostrar mi lado frágil, pero ahora recibo hermosos mensajes de personas que se sienten preocupadas por mi historia”. Seleccionamos esta imagen porque muestra la fragilidad que la imagen de superhéroes no nos permite mostrar.</p>
<p>Abril, 2020. https://www.elcorreo.com/sociedad/salud/nunca-rinden-20200407203824-ntrc.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F</p>  <p>Víctor Santos</p>	<p>Cómics superhéroes pandemia</p>	<p>El autor de cómics se ha encargado de dibujar una serie titulada <i>Los superhéroes de la pandemia</i>, en la que rinde su particular homenaje a los miles de personas que están luchando día a día contra el coronavirus y sus efectos.</p>	<p>En la imagen se representa a un profesional sanitario enfrentándose al virus y protegiendo al resto de población que hay detrás de él. La figura del héroe se muestra en color, mientras que las demás personas están en blanco y negro. La cara y sus brazos pintados en color en similitud a otros superhéroes (Hulk)</p>

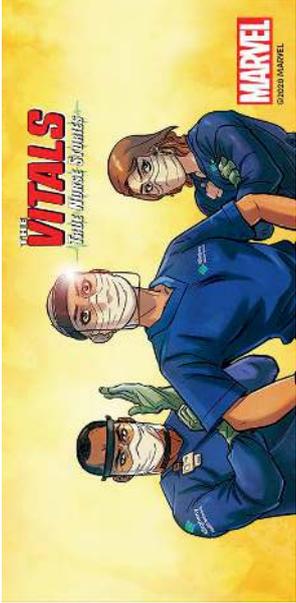
<p>Abril, 2020. https://theobjective.com/los-superheroes-si-existen-la-imagen-de-agradecimiento-a-los-sanitarios-que-se-ha-hecho-viral</p>  <p><i>Autor desconocido</i></p>	<p>Pintura viral en redes sociales.</p>	<p>“Los superhéroes sí que existen”.</p>	<p>Superhéroes populares como Spiderman, Batman y Superman aparecen en los pasillos de un hospital haciendo una reverencia a los sanitarios. Con esta reverencia nos hace reflexionar sobre la transferencia de todas las responsabilidades de los superhéroes hacia los sanitarios, dando a entender que sus poderes en esta lucha no son válidos y esta batalla la libran solos los sanitarios.</p>
<p>Abril, 2020 https://www.bimédica.com/noticias/superheroes-de-bata-blanca/</p>  <p>¡VENCEREMOS!</p> <p><i>Gracias, soy vuestro héroe!</i></p> <p>www.bimédica.com</p> <p>Paco Roca</p>	<p>Cómic “Venceremos”, campaña Biomédica.</p>	<p>Ovación diaria a las 20 h y para recordar la heroicidad de los profesionales sanitarios en su día a día durante el confinamiento.</p>	<p>Seleccionamos esta imagen que representa al profesional sanitario, con capa incluida, mostrando gesto de lucha y victoria ante el virus.</p>

<p>Abril, 2020. https://www.instagram.com/covidartmuseum/?hl=es https://enfermeriasalud.es/invisibilidad-enfermera-durante-la-crisis-del-covid-19/</p>  <p style="text-align: right;">@cheoljoolee</p>	<p>Pintura sobre lienzo tributo al personal sanitario.</p>	<p>Presente en el primer museo de arte del mundo nacido durante la cuarentena: COVID-19 The Covid Art Museum Título: <i>Glimpse of Hope</i>.</p>	<p>En esta imagen se muestra un tributo a los médicos, enfermeras y demás sanitarios en la batalla que están librando contra el Covid, mostrándoles su apoyo. En su cara aparecen lesiones, podrían ser consecuencia de su desgaste en su trabajo diario al cuidado de los demás, impidiendo la expresión de vulnerabilidad, cansancio y preocupación.</p>
<p>Mayo, 2020 https://3minutosdearte.com/historias/banksy-game-changer-2020/</p>  <p style="text-align: right;">Banksy</p>	<p>Dibujo de carboncillo en blanco y negro de artista grafitero.</p>	<p>Titulado <i>Game Changer</i> (que literalmente se traduciría por “el que cambia el juego”). Este trabajo está expuesto en un pasillo del hospital de Southampton. “Gracias por todo lo que hacen. Espero que ilumine un poco el lugar, incluso si está en blanco y negro”, escribió el artista en una nota al personal.</p>	<p>La obra representa a un niño de rodillas, con una muñeca, una enfermera con capa, máscara y delantal decorados con una cruz roja, el único toque de color, simulad un superhéroe. En una canasta cerca del niño, vemos a Batman y Spiderman, descuidados. SuperNurse es modesta, valiente, sensible y puede volar. Su uniforme es el de las enfermeras de guerra, que evoca nociones de deber y honor. Está protegida por dos máscaras y el emblema distintivo de la Cruz Roja, un símbolo de protección para el personal médico de guerra desde la Convención de Ginebra de 1864. Este dibujo intenta mostrar un doble sentido. Para el niño, los héroes que admira y con los que juega y crece ahora son otros, y esos nuevos héroes son los que a la vez pueden cambiar el curso de la lucha contra la pandemia.</p>

<p>Junio, 2020. https://www.hoy.es/prov-badajoz/superheroes-lucha-coronavirus-20200620002911-ntvo.html</p>  <p>Juan Francisco Burgos, conocido como BGS Graff</p>	<p>Mural en forma de arte urbano.</p>	<p>Mural grafiti homenaje a los profesionales que han trabajado durante la pandemia.</p>	<p>En el mural encontramos desde el bombero con el escudo del Capitán América y en la mano un ramo de flores protegiéndolo; el médico con unas alas de ángel, como el que te cuida y protege; hasta una enfermera con la mascarilla de Superman, que simboliza ese concepto de héroes para cuidarnos.</p>
<p>https://www.rtve.es/noticias/20200712/coronavirus-bibliotecas-munic-ipales-madrienas-expondran-dibujos-paco-roca-jesus-merino-rinden-homenaje-sanitarios/2027580.shtml</p>  <p>Paco Roca</p>	<p>Cómic héroes sanitarios.</p>	<p>Iniciativa que parte de la librería madrileña Akira Cómics, donde Paco Roca junto a Jesús Merino rinden homenaje al personal sanitario. «Es un homenaje a la sanidad pública. Es algo que está ahí y que no le prestamos la atención debida. Nos resulta invisible en nuestro día a día; incluso hay quien la cuestiona, pero cuando hay una situación tan complicada como la que vivimos en estos momentos, son ellos los que la combaten y nos salvan la vida». Título: <i>Los héroes siempre vuelven.</i></p>	<p>En el dibujo se muestra como Batman cede el protagonismo a una joven sanitaria en una azotea. Paco Roca altera con ingenio el uso habitual de este gran foco de luz, ya que es el propio superhéroe, junto al comisario, el que lo maneja para pedir ayuda; y, además, sustituye con acierto el icono del murciélago por el de la cruz creada en el siglo XIX por Henry Dunant para identificar a los equipos médicos en zonas de guerra. «No se trata de una amenaza que Batman pueda combatir, se necesita otro tipo de héroes», comenta. Paco Roca completa la ilustración incluyendo una figura en primer término, que se ajusta su máscara (perdón, mascarilla); y al cubrir su rostro, convertirse en un arquetipo, en un personaje anónimo que representa a todos los profesionales de la sanidad.</p>

<p>Julio, 2020. https://www.rtve.es/noticias/20200712/coronavirus-bibliotecas-municipales-madrilenas-expondran-dibujos-paco-roca-jesus-merino-rinden-homenaje-sanitarios/2027580.shtml</p>  <p>Jesús Merino</p>	<p>Cómic héroes sanitarios.</p>	<p>Iniciativa que parte de la librería madrileña Akira comics, que rinde homenaje al personal sanitario.</p>	<p>Al frente de los superhéroes se muestra una sanitaria, la cual con su mano aparta al resto, para liderar a los superhéroes en la lucha contra el virus. La otra mano denota fuerza al presentarse con el puño cerrado en posición de lucha y defensa.</p>
---	---------------------------------	--	--

<p>Septiembre, 2020. https://diarioenfermero.es/luces-y-sombras-en-la-instalacion-de-una-estatua-gigante-de-un-sanitario-superheroe-en-el-centro-de-madrid/</p>  <p>Tminis Solidarios.</p>	<p>Estatua en la Plaza de Callao.</p>	<p>Símbolo representativo de los sanitarios para invitar a todos a agradecer y reconocer a nuestros héroes en casa, en nuestros trabajos, en nuestro día a día...</p>	<p>Se muestra una enorme estatua de un sanitario con una capa de superhéroe. A modo de homenaje a todo el personal sanitario. Esta imagen ha generado luces y sombras sobre el rol de los profesionales sanitarios durante la pandemia.</p>
--	---------------------------------------	---	---

<p>Diciembre, 2020 https://cnnespanol.cnn.com/2020/12/04/nuevo-comic-rinde-a-homenaje-a-los-enfermeros-y-los-presenta-como-superheroes-del-cuidado-de-la-salud/</p>  <p>Marvel</p>	<p>Cómic superhéroes sanitarios.</p>	<p>Marvel Comics y Allegheny Health Network (AHN) se unieron para rendir homenaje a los héroes del cuidado de la salud de la vida real con un cómic: <i>The Vitals: True Nurse Stories</i>.</p>	<p>El cómic <i>True Nurse Stories</i> se centra en los enfermeros y su heroísmo. Cada personaje e historia proviene de las experiencias de personas reales que prestan cuidados en 13 hospitales de la AHN. Se muestran las experiencias vividas por las enfermeras durante la pandemia.</p>
<p>Diciembre, 2020. https://www.eluniversal.com.mx/espectaculos/los-verdaderos-heroes-no-llevan-capa-se-inspiran-en-medicos-y-enfermeras</p>  <p>Ugur Gallenkuç</p>	<p>Collage sobre la iconografía de superhéroes frente a la humanidad del profesional.</p>	<p>El artista y fotógrafo turco ha resumido, en su particular estilo, el año más difícil del siglo XXI. Título de la obra: <i>Los verdaderos héroes no usan capa.</i></p>	<p>En <i>Los verdaderos héroes no llevan capa</i> se muestra a un doctor vestido de bata quirúrgica azul que lleva superpuesto en el pecho el traje de Superman, también hay otros sanitarios que presumen un corazón de Flash y la Mujer Maravilla. Intenta mostrar un lado del mundo que la mayoría cree conocer y por otro el que nadie quiere ver.</p>

Discusión

Durante la pandemia de COVID-19, los medios de comunicación han elogiado repetidamente al personal sanitario por su labor heroica. Aunque esta gratitud ha sido apreciada por muchos, estamos de acuerdo con diversos autores que consideran la necesidad de ser cauteloso con el uso excesivo del término héroe, ya que ha se presenta como un arma de doble filo³.

En contextos de desastres es común que el profesionalismo se confunda con el heroísmo, y que además del deber ontológico de atender y aliviar a los enfermos, se demande un deber sacrificial según el cual deben estar dispuestos a poner en riesgo su vida, a trabajar en condiciones de precariedad, al límite de sus competencias y roles. Se hace necesario no hacer del heroísmo una expectativa de la sociedad, ni convertir el sufrimiento y el sacrificio en un deber exigible y propio de la profesión enfermera²².

La imagen enfermera difundida por los medios se ha basado en el simbolismo heroico, hecho que se ve representado en las imágenes mostradas en nuestra selección.

Diversos estudios han indicado que la imagen pública de las enfermeras a menudo difiere de la imagen que ellas mismas tienen de la enfermería. Esta imagen pública se basa principalmente en ideas erróneas y estereotipadas, que tienen su origen en la proyección distorsionada de imágenes que no se ajustan a la del profesional de enfermería en los medios, creando un conflicto entre el rol prescrito, el subjetivo y el social^{4,14}.

En el estudio realizado por Barrett, se ve reflejada la preocupación que se genera por la imagen en los medios, donde las enfermeras son definidas como ángeles y héroes y vistas como abnegadas, valientes y casi sobrehumanas²³, conforme vemos reflejado en las imágenes de nuestra tabla, donde la imagen proyectada se ha basado en el simbolismo heroico. El estudio realizado por Halberg reafirma que la narrativa de héroe conduce a ideas de ser invencible, sacrificarse, trabajar ante el riesgo encarnando esta identidad sin límites²⁴.

Nuestro análisis concuerda con los resultados de otros trabajos donde se muestra que los riesgos para el personal sanitario son considerablemente mayores que los que se encuentran en la práctica habitual. Al riesgo de contraer la infección se suman el agotamiento físico

y mental, las decisiones difíciles y el dolor ante la pérdida de pacientes y compañeros, el coste emocional de tener que vivir lejos de la familia^{3,25}.

Estamos de acuerdo con diversos autores que consideran que todas estas variables generan impacto en la salud mental y el bienestar de los profesionales, con presencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático junto con un mayor riesgo de agotamiento emocional^{23,25,26}. Greenberg *et al.* concluyen que los trabajadores sanitarios tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Encontramos que la narrativa del héroe hace que los trabajadores de la salud se sientan avergonzados e incómodos para abordar dichas secuelas²⁴.

El hecho de que los propios profesionales sanitarios hayan expresado su malestar por ser etiquetados como héroes pone de relieve que el uso del término por parte de los medios de comunicación puede tener un impacto negativo. Reconocer el difícil e increíblemente valioso trabajo realizado por el personal sanitario durante la actual pandemia de COVID-19 es una parte importante de la respuesta de la sociedad a la misma^{3,25,26}.

Pero no hay que olvidar que esta proyección de estereotipos implica la reproducción de ciertos roles, relacionados con la presunción de altas dosis de responsabilidad ética y capacidad de sacrificio que se han repetido hasta la extenuación y a pesar de pensar inicialmente podrían resultar positivos, han llegado a generar secuelas, tanto físicas como emocionales. La asignación de la etiqueta de héroe ha supuesto un peso añadido a la sobrecarga laboral y emocional de los profesionales sanitarios vivida durante la pandemia, implicando la aparición de conflictos de rol secundarios a las elevadas expectativas y a la presión social²⁴, hecho que ha conseguido tambalear los roles que debe asumir el profesional, relegando a un segundo lugar su rol prioritario y pasando a ser el prioritario el rol social: sanitario¹⁵.

Conclusiones

La divulgación de imágenes durante la pandemia por la COVID-19 por los medios de comunicación genera creencias estereotipadas sobre la capacidad heroica de los profesionales de enfermería. Esta representación desvirtúa el rol del profesional, incrementando la exigencia externa e interna e impidiendo la expresión de vulnerabilidad, cansancio y preocupación.

Se puede concluir que la jerarquía de rol de los profesionales sanitarios durante la COVID-19 se ha tambaleado, dando por sentado que el primer lugar estaría presidido por el rol social: sanitario. Pasando a un segundo plano el resto de roles que simultáneamente ejercen en su día a día: padres, hijos¹⁵.

Asumir que el rol social es el prioritario ha supuesto una mayor exigencia a muchos profesionales de enfermería provocando sentimientos de culpa y desarrollo de un daño moral, siendo propensos a tener una concepción negativa de sí mismos.

La iconografía del heroísmo deja poco espacio para el reconocimiento de emociones y genera conflictos de roles. El uso excesivo de este concepto en los medios de comunicación produce consecuencias en los profesionales sanitarios ya que implica que todos deben de ser heroicos. Pero es irracional exigir heroísmo como norma a los profesionales de la salud^{3,18,27}.

La limitación en el uso de esta etiqueta reduciría la presión a la que están sometidos los profesionales de enfermería, mostrando expectativas más ajustadas a la realidad, más aún teniendo en cuenta que son muchos los que han expresado su malestar por ser bautizados como héroes. Por lo tanto, es más que evidente el impacto psicológico negativo que puede generar el uso de este término por los medios de comunicación^{3,18,27}.

El desarrollo de intervenciones y programas dirigidos a promover el bienestar emocional de los profesionales de enfermería podría paliar la sobrecarga laboral y emocional vivida durante la pandemia, así como mejorar su calidad de vida. La protección, seguridad y bienestar de los trabajadores de la salud debe ser, por tanto, una prioridad^{3,27}.

Bibliografía

- Cáceres-Rivera DI. Enfermería, pandemia y fatiga por compasión: una reflexión general sobre el 2020. *Rev cienc cuid*. 2021;18(1):116–23. Available from: <https://doi.org/10.22463/17949831.2674>
- Einboden R. SuperNurse? Troubling the hero discourse in COVID times. *Health (London)*. 2020;24(4):343–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363459320934280>
- Cox CL. "Healthcare Heroes": problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics*. 2020;46(8):510–3. Available from: <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106398>
- Hoeve YT, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2014;70(2):295–309. Available from: 23711235
- López Medina JC, Sánchez Ávila JS, Giraldo Villa AM, Packer MJ. La relación entre el lenguaje y el pensamiento. *Rev Mex Investig Psic [Internet]*. 21 de diciembre de 2017. vol 9(2):129-38. Available from: <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/267>.
- Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra*. 2012; 35(2):269-283. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009>.
- Kalisch BJ. Anatomy of the Image of the Nurse: Dissonant and Ideal Models. Kalisch BJ, editor. Available from: https://www.truthaboutnursing.org/images/kalisch/anatomy_of_the_image_of_the_nurse_ocr.pdf
- Nauderer TM, Lima MAD da S. Nurse's image: review of the literature. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):74–7.
- Heierle-Valero C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index enferm [Internet]*. 2009;18(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962009000200005>
- De Alba González M. La imagen como método en la construcción de significados sociales. *Iztapalapa Rev Cienc Soc Humanid*. 2010;(69):41–65. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348726003>
- Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19. *Publicacions Universitat Rovira i Virgili*. Tarragona: Comelles Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili; 2020. p. 37–39. Available from: 1046-1
- Leal Larrarte S. El destino del héroe: el sacrificio de su sensibilidad femenina. *Nóesis Rev Cienc Soc Humanid*. 2016; 25(49-1):152–69.
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea Rae.es] [cited 19/04/2021]. Available from: <https://dle.rae.es>
- Teoría del Rol. Rol profesional. Universidad del País Vasco. Capítulo 2, p 81-133. Available from: <http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/relacion/2.pdf>;
- Esquerdo JM. Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. In 2020. p. 2530–125. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=762527_bie3.
- Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Rev Mex Urol*. 2020; 80(3):1–9.
- Berengüera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
- Gómez L. Un espacio para la investigación documental. A space for a research documentary. *Universidad Manuela Beltrán: Rev Van Psicol Clín Teór Pract*. 2020; 1(2):226-233.;
- Gonzalez-Gil T. El papel de la fotografía en la investigación cualitativa [Internet]. *Revista El ser Enfermero*. 2008; 5(4):5-11. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273575762_El_papel_de_la_fotografia_en_la_investigacion_cualitativa.
- Mundó AG. Elementos metodológicos para el análisis de imágenes. *Actas del XVIII Coloquio de Historia de la Educación: arte, literatura y educación [Internet]*. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya; 2015. (1):346-354. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204908>.
- Ávila Olivares JA. Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid*. 2014; 18(38):92–106.

22. Rojas D, Micholich C, Dittborn M, Salas SP. Sobre héroes, enemigos, víctimas y batallas en tiempos del COVID-19. *Rev Med Chil.* 2020; 148(5):709–11. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500709&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500709>
23. Barrett D, Heale, R. COVID-19: reflections on its impact on nursing Evidence-Based Nursing [Internet]. 2021; 24:112-113. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2021-103464>
24. Halberg N, Jensen PS, Larsen TS. We are not heroes-The flipside of the hero narrative amidst the COVID19-pandemic: A Danish hospital ethnography. *J Adv Nurs.* 2021; 77(5):2429–36. Available from: 10.1111/jan.14811
25. Hopkins PD. Viral heroism: What the rhetoric of heroes in the COVID-19 pandemic tells us about medicine and professional identity. *HEC Forum.* 2021; 33(1–2):109–24. Available from: 10.1007/s10730-020-09434-4
26. Esquerdo JM. Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente [Internet]. *Boletín IEEE.* 2020; 19:607-614. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=762527> bie3.
27. Mohammed S, Peter E, Killackey T, Maciver J. The “nurse as hero” discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021; 117(103887):103887. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103887>.



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