

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 3 ENE 2018

## EDITORIAL

**Tomar la palabra para desarrollar el compromiso profesional**

Rosamaría Alberdi Castell

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Optimismo disposicional y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de Ciencias de la Salud**

Loida Moya Smith

**Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Departamento de Salud de Gandía**

Pilar Palomares Díaz, Mercedes Rodríguez Martí, Carlos Vercher Félix

## MISCELÁNEA

**El TDAH: ¿verdad o mito?**

Manuela Blanco Presas



AEESME

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Editor Jefe

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

### Editor

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

### Editor Asociado

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

## CONSEJO EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

(AEESME)

**Marta Gil Riera**, *Asistente de Editor*

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: revespenfsaludmental@uah.es

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

### Tesorero

D. José Antonio Ponce Hernández

## VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Aitziber Ubis González

Dña. Ana Isabel Castaño Villarroel

Dña. Lidia Martínez López

© AEESME, 2018

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

**2 Tomar la palabra para desarrollar el compromiso profesional**

*Take the floor to develop professional commitment*

Rosamaría Alberdi Castell

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**4 Optimismo disposicional y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de Ciencias de la Salud**

*Dispositional Optimism and Health Promoters Lifestyles in Students of Health Sciences*

Loida Moya Smith

**24 Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la unidad de hospitalización psiquiátrica del departamento de salud de Gandía**

*Epidemiological Characteristics of the Patient Admitted to the Psychiatric Hospitalization Unit of the Gandía Health Department*

Pilar Palomares Díaz, Mercedes Rodríguez Martí, Carlos Vercher Félix

## MISCELÁNEA

**29 El TDAH: ¿verdad o mito?**

*ADD: Truth or Myth?*

Manuela Blanco Presas



# Tomar la palabra para desarrollar el compromiso profesional

Take the floor to develop professional commitment

**Rosamaría Alberdi Castell**

Profesora titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB).

Contacto: rosamaria.alberdi@uib.es

Fecha de recepción: 15 de abril de 2017 / Fecha de aceptación: 25 de abril de 2017

EDITORIAL

Aprovecho la oportunidad que me da la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, a través de este editorial, para reflexionar sobre la importancia de que los enfermeros y enfermeras estén ya “tomando la palabra”. Con esta expresión de “tomar la palabra” me estoy refiriendo al desarrollo de un doble compromiso: insertar la perspectiva enfermera en el discurso que sostiene y justifica cada nivel, cada estructura y cada decisión del sistema sanitario y participar en los diversos ámbitos de la vida pública con el objetivo de defender el derecho a la salud de las personas a las que cuidan.

Hay que recordar que en España, en los últimos cuarenta años, habíamos venido construyendo un estado de bienestar, sustentado sobre los derechos básicos a la salud, la educación y los servicios sociales. Igualmente fuimos construyendo un Sistema Nacional de Salud que ha actuado como un potente redistribuidor de la riqueza y compensador de las desigualdades sociales. Pero en medio de esa compleja, y muchas veces dificultosa, construcción nos sorprendió una crisis financiera que luego se convirtió en económica, de magnitud enorme.

Con el estallido de la crisis y, sobre todo, con la puesta en marcha de lo que se llamaron las medidas anticrisis, que, en mi opinión, sólo fueron recortes puros y duros, se pusieron en duda (y aún lo están, desafortunadamente) los valores básicos que sustentan nuestro estado de bienestar y nuestro Sistema Nacional de Salud. A partir de ese momento, las enfermeras y todo el personal sanitario estuvieron enfrentados a reaccionar ante las graves consecuencias de los recortes que, con la excusa de la crisis, se implantaron en nuestro país.

Estas circunstancias me llevaron, desde el mismo 2012, a plantear la importancia de la voz de las enfermeras, y en todo ese tiempo he hablado mucho de la necesidad de tomar la palabra en el ámbito sanitario y social para defender los derechos arrebatados al conjunto de la sociedad. Y las enfermeras y los enfermeros han sabido responder a ese reto y, efectivamente, han tomado la palabra.

Lo han hecho:

- Participando en las redes sociales, sosteniendo plataformas de cuidados como es Enfermera virtual<sup>1</sup> del Colegio de Enfermeras de Barcelona, que se viene desarrollando desde 2005, y que, desde el pasado mes de mayo, está ofreciendo consejos de salud en las pantallas del Metro de Barcelona.
- Construyendo blogs, webs y comunicándose a través de Twitter, haciendo opinión y difundiéndola.
- Colaborando en la formulación de leyes, como ha hecho el Colegio de Enfermería de Balears, introduciendo interesantísimas enmiendas en la Ley de igualdad de mujeres y hombres<sup>2</sup>.
- Editando y promoviendo revistas abiertas, como esta, para facilitar la comunicación y el intercambio de novedades y reflexiones entre las y los profesionales.
- Haciendo de los resultados de las investigaciones, propuestas de reflexión y cambio para el sistema sanitario y para el conjunto de la sociedad. Así lo ha hecho la profesora Montserrat Gea, de la Universidad de Lleida, que fue convocada en el Parlamento Catalán para intervenir como experta (en la atención a las poblaciones vulnerables) en la Comisión que elabora la ley de universalización de la asistencia sanitaria.

Y, por supuesto, las enfermeras y los enfermeros siguen tomando la palabra en mil aspectos de la práctica clínica, en el cuidado que realizan constantemente. Puede que a algún lector, ese “tomar la palabra” del que hablo le pueda parecer algo lejano de la práctica diaria. Si es así, parece oportuno recordar un poema de Antonio Rigo<sup>3</sup>:

*¿Dónde viven las palabras no dichas?  
¿En qué jardín?  
¿Bajo qué piedra o árbol?  
¿En qué momento de su vida  
atraviesan la luz y  
salen a nuestro encuentro  
para sanarnos?*

Los enfermeros, con su contacto diario con las personas, son los más idóneos para poder hacer que las palabras que aún no han sido dichas, atraviesen la luz y se conviertan en cuidado sanador. Y eso es así porque las enfermeras tienen la herramienta esencial del cuidado excelente, tienen las palabras para decir lo que debe ser dicho y tienen la voz para hacerlo oír. Cuentan, pues, con todo lo necesario para tomar la palabra y desarrollar el compromiso profesional que la sociedad necesita.

## **Bibliografía**

1. Infermera virtual. [Consultado el 15 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/esp>
2. Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad entre mujeres y hombres. [Consultado el 15 de diciembre de 2017] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-7994-consolidado.pdf>
3. Rigo, Antonio. Poemas de la otra orilla. Asociación Cultural In-Somnus, 2010.



# Optimismo disposicional y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de Ciencias de la Salud

Dispositional Optimism and Health Promoters Lifestyles in Students of Health Sciences

**Loida Moya Smith**

Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá (UAH). Alcalá de Henares, España.

Contacto: loidamos@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de abril de 2017 / Fecha de aceptación: 27 de junio de 2017

## Resumen

**Objetivo principal:** Determinar la correlación entre optimismo disposicional y los estilos promotores de salud de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá de Henares.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se aplican los cuestionarios: Test de orientación vital revidado (LOT-R), para medir el optimismo disposicional y el cuestionario para medir estilos de vida promotores de salud y sus 6 dimensiones (HPLPII). La población final de estudio fue de 905 individuos, de los tres primeros cursos de Enfermería (55%), Fisioterapia (15.8%) y Medicina (29.2%).

**Resultados principales:** En todas las correlaciones entre optimismo y estilos de vida promotores de salud se observó una correlación positiva significativa ( $p < 0.01$ ). Siendo más fuerte en crecimiento espiritual (el 23% de la variación se explica por el nivel de optimismo). En la escala de optimismo la puntuación media (M) es 14.78 y en la escala HPLPII es de 2.67, equivalente a un nivel moderado en ambos casos. En las subescalas del HPLPII los valores medios más bajos se dan en afrontamiento del estrés y responsabilidad en salud, con solo un 10% de la población que presenta con frecuencia o siempre estilos de vida promotores de salud. Se observan diferencias significativas por género. Los hombres tienen un nivel de optimismo mayor (M=15.88) que las mujeres (M=14.38), un nivel de EVPS global mayor (Hombres: M=142.14; Mujeres: M=137.64).

**Conclusión principal:** Ser optimista está correlacionado con llevar un estilo de vida más saludable. Los resultados también sugieren que los estudiantes universitarios de ciencias de la salud no realizan los hábitos saludables de forma rutinaria o siempre, considerándose una conducta de riesgo para la salud. Por último, destacar que los hombres obtienen mejores resultados tanto en el nivel de optimismo, como en la variable estilo de vida promotor de salud global y sus subescalas, exceptuando las relaciones interpersonales. Estos resultados pueden tener implicaciones importantes en futuras intervenciones relativas a la salud.

**Palabras clave:** optimismo disposicional, estudiantes universitarios, estilo de vida promotor de salud, responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, manejo del estrés, relaciones interpersonales y crecimiento espiritual.

## Abstract

**Objective:** Determine the correlation between dispositional optimism and healthy lifestyles in students in the Health Sciences Program at Alcalá de Henares University.

**Methods:** Cross-sectional study. The Life Orientation Test-Revised (LOT-R) was used to measure dispositional optimism and the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLPII) questionnaire, was used to measure the mean score of the global dimension as well as the six individual dimensions of healthy lifestyles. The study population consisted of 905 individuals from the first three years of the following programs: nursing (55%), physical therapy (15.8%) and medicine (29.2%).

**Results:** A significant positive correlation ( $p < 0.01$ ) was observed between optimism and healthy lifestyles dimensions. The correlation was weaker between optimism and three dimensions: the global dimension, interpersonal relationships and stress management. The correlation was stronger between optimism and spiritual growth (23% of the variation is explained by the level of optimism). The optimism mean score (M) is 14.78 and in HPLPII scale is 2.67, equivalent in both cases to a moderate level. In the subscales of HPLPII the lowest values occur in stress management and health responsibility. Only 10% of the population has often or always HPLP. Significant differences are

observed by gender. Men have a higher level of optimism ( $M=15.88$ ) than women ( $M=14.38$ ), a higher level of the global dimension of health-promoting lifestyle (men:  $M=142.14$ ; women:  $M=137.64$ ).

*Conclusions:* Being optimistic is correlated with leading a healthier lifestyle. The results also suggest that Health Science students, only sometimes perform healthy habits. This is considered insufficient. Finally, note that men get better results at both, level of optimism and the global health-promoting lifestyle dimension and the same for the subscales, except for interpersonal relationships. These results may have important implications for future interventions on health.

*Keywords:* dispositional optimism, college students, health promoting lifestyle, health responsibility, physical activity, nutrition, stress management, interpersonal relationships and spiritual growth.

## Introducción

La promoción de salud es un factor determinante del estado de salud individual, teniendo en cuenta que la persona es responsable de su propia salud<sup>1</sup>. Es un concepto holístico, entendido desde un punto de vista global del ser humano, que ha ido cambiando, desde una visión más paternalista, hacia otra perspectiva más dirigida hacia el empoderamiento del individuo y la comunidad favoreciendo las opciones personales y grupales para mejorar el bienestar<sup>2</sup>.

El hecho de que se considere a la salud desde una perspectiva más amplia ha aumentado las políticas de promoción de hábitos de vida saludable, concepto que se ha ido transformando. Concretamente, la Organización Mundial de la Salud, a través de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, sentó las bases para fomentar estrategias de salud. Inicialmente se incluyó en este concepto a escuelas, hogares, lugares de trabajo y el ámbito comunitario como impulsores de estilos de vida saludable, pero más recientemente se han añadido a esta lista otros entornos como las universidades<sup>3</sup>. Dentro del entorno universitario también se impulsan estrategias de promoción de la salud dirigidas hacia los futuros profesionales sanitarios y su entorno de trabajo, así como para el cuidado del paciente<sup>4</sup>. Para aumentar el compromiso con aquellas prácticas promotoras de salud a nivel social, profesional y personal, es necesario crear ambientes promotores de la salud en todos los ámbitos.

Una de las etapas de la vida que se considera más importante para la adquisición de buenos hábitos de salud es la etapa universitaria<sup>5</sup>. Diversos autores sostienen que el acceso a la universidad supone un cambio importante en el individuo, que puede determinar que los estilos de vida se vean modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que deberán enfrentarse durante su proceso de formación.

Todo esto puede originar diferentes problemas que se reflejen en el estado de salud y que a su vez puedan repercutir en su rendimiento académico<sup>6</sup>.

Un factor importante que tiene una gran influencia sobre el afrontamiento de los problemas es el optimismo, existiendo un número considerable de estudios que han investigado sobre esta cuestión<sup>7-10</sup>, llegando a la conclusión de que, el optimismo disposicional, supone un recurso muy valioso a nivel psicológico que puede llegar a ser especialmente importante, cuando las personas se enfrentan a situaciones de riesgo o eventos que amenazan su bienestar.

De hecho, en investigaciones recientes, ha habido sustanciales progresos en cuanto a la contribución del optimismo sobre un buen estado de salud y alta calidad de vida<sup>6,8,11,12</sup>. Sin embargo, no existen muchos estudios sobre la influencia del optimismo en las diferentes variables que influyen en los estilos de vida de estudiantes universitarios. Resaltar, además, que existe un vínculo importante entre el trabajo realizado por el personal sanitario, que ha incorporado en su vida estilos de vida saludables, y la mejora de la salud del paciente<sup>13</sup>. Sin embargo, muchos futuros profesionales sanitarios a menudo están trabajando en ambientes que no promueven la salud<sup>14</sup>.

En este sentido, Nola Pender<sup>1</sup> se interesó por un modelo enfermero que diera respuestas a la forma en la que las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. En este modelo se estudian seis dimensiones: actividad física, nutrición, manejo del estrés, responsabilidad en salud, relaciones interpersonales y crecimiento espiritual o autorrealización<sup>15</sup>. A todo esto hay que añadir que investigaciones recientes demuestran la contribución del optimismo sobre un buen estado de salud y alta calidad de vida<sup>6,8,11,12,16</sup>. De ahí la importancia de analizar la influencia del optimismo sobre estilos de vida promotores de salud.

Muchas otras investigaciones también corroboran la correlación entre optimismo disposicional y el hecho de disfrutar de un mejor estado de salud además de mayor calidad de vida; por ejemplo, Carver *et al.*<sup>17</sup>, estudian cómo influye el optimismo, en el afrontamiento de la angustia, en un grupo de mujeres con cáncer de mama en su estadio inicial. Llegando a la conclusión de que el optimismo se relacionaba inversamente con la angustia, incluso controlando la angustia previa al diagnóstico. Otros autores como Kim *et al.*<sup>16</sup> concluyeron que el optimismo disposicional previene, en ancianos, los accidentes cerebrovasculares. Este estudio difiere de otros en los que se analizó la influencia del bienestar del individuo sobre la salud. En dichas investigaciones, se entiende el bienestar de una forma muy amplia, incluyendo variables como vitalidad, satisfacción personal o afectos positivos además del optimismo<sup>18</sup>. De tal forma que, al no analizar dimensiones específicas, es difícil saber si es solo el optimismo el que produce dichos resultados de salud o son otras variables.

El optimismo disposicional ha sido definido como una esperanza generalizada de que cosas buenas sucedan<sup>10</sup>. Estas expectativas se mantienen relativamente estables a través del tiempo y el contexto, teniendo influencia no solo en las emociones individuales sino en las decisiones, mediante la lucha o la renuncia<sup>19</sup>. Los optimistas ven que los resultados deseados están a su alcance, por lo que es más probable que continúen luchando, para conseguir dichos resultados, incluso cuando sea difícil o doloroso, al contrario que los pesimistas<sup>20</sup>.

La pertinencia de este estudio radica en que no existe constancia de ninguna investigación que haya vinculado el optimismo disposicional y las 6 dimensiones del modelo de promoción de la salud de Pender<sup>2</sup>: nutrición, crecimiento espiritual, actividad física, relaciones interpersonales, manejo del estrés, responsabilidad en salud y estilo de vida promotor de salud global. Aunque existe evidencia de trabajos que vinculan al optimismo disposicional con algunas de estas 6 variables<sup>7,8,16,21</sup>, pero en ningún caso, según la bibliografía revisada, se ha vinculado con el modelo de promoción de salud.

## Objetivo

El objetivo del presente estudio va a consistir en analizar la relación entre OD y el modelo de promoción de la salud en estudiantes universitarios de Medicina,

Enfermería y Fisioterapia, teniendo en cuenta las posibles variaciones producidas por las variables demográficas.

## Metodología

En este estudio se pretende conocer la correlación entre optimismo disposicional y las dimensiones de los estilos de vida promotores de salud, además de la frecuencia de comportamientos saludables, según el modelo de promoción de salud, en estudiantes universitarios de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de 1.º, 2.º y 3.º curso. Para la consecución de este fin, se ha diseñado un estudio observacional, transversal y descriptivo. El estudio se ha realizado desde enero a junio de 2015.

## Muestra

La población final de estudio consta de 905 individuos que completaron el cuestionario en la Universidad de Alcalá, de algunos de los tres primeros cursos de las carreras de Enfermería (55 % de la población), Fisioterapia (15.8 %) o Medicina (29.2 %). Para los fines del estudio, se ha diferenciado a los estudiantes de enfermería por campus, representando los del campus de Alcalá el 32 % de la población frente al 23 % de los que estudian en el campus de Guadalajara. Los estudiantes son mayoritariamente de género femenino (73.1 % del total) y solteros (93 %) y tienen una edad menor a 26 años (94.3 %), siendo el rango de edad más frecuente el de 20-25 años (53.8 %). El reparto entre cursos es relativamente homogéneo, suponiendo los estudiantes de primero, segundo y tercero un 36.2 %, 31.8 % y 31.9 % respectivamente.

## Instrumentos de medición

Dos fueron las escalas de medida empleadas: para medir el nivel de optimismo disposicional se utilizó el Test de Orientación Vital revisado LOT-R<sup>22</sup> en la versión española<sup>23</sup>; para medir los estilos de vida promotores de salud se empleó el cuestionario *Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)*<sup>24</sup> publicado en español<sup>25</sup>. En cuanto al *Test de Orientación Vital*, se ha utilizado el revisado<sup>22</sup> sin los 4 ítems de relleno, para no hacer tan extenso el cuestionario final y facilitar la cumplimentación de los cuestionarios a los participantes. La forma de puntuación se mantuvo igual que en la primera versión. Referente al *Lifestyle Profile II (HPLPII)*<sup>24</sup>, está compuesto por 52 ítems que corresponden a una escala total, además de seis subes-

calas para medir los comportamientos que promueven los estilos de vida saludables.

### Análisis estadístico

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con los programas estadísticos R v.3.2.0 y SPSS v.20.

En cuanto a las variables resultado extraídas del cuestionario, vienen dadas como respuestas tipo Likert con cuatro (cuestionario LOTR) o cinco (cuestionario HPLPII) valores posibles. Siguiendo las recomendaciones de la bibliografía<sup>26,27</sup> se han definido como variables cuantitativas de intervalo para los análisis inferenciales.

Además, se trabajó con los valores globales de la escala de Estilos de Vida saludable (EVS) y sus subdimensiones en el análisis inferencial. Los valores medios fueron utilizados en el análisis descriptivo y en las representaciones gráficas del análisis inferencial, para facilitar su interpretación y comparación.

En el análisis descriptivo se extrajeron medidas de frecuencia en las variables categóricas (sociodemográficas) y medidas de tendencia central, dispersión y simetría (media, intervalo de confianza, media recortada al 5 %, mediana, varianza, desviación típica, valores mínimos y máximos, asimetría y curtosis) en las variables de intervalo (resultados de los test).

Para evaluar la normalidad de la distribución de las variables, se emplearon métodos visuales (histograma, gráficos boxplot y Q-Q') y se aplicaron los test de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Shapiro-Francia, Cramer-von Mises y Anderson-Darling. Dado el elevado tamaño muestral ( $n > 900$ ) y el cumplimiento por parte de las variables de las condiciones del teorema del límite central<sup>28,29</sup>, se decidió la realización de pruebas paramétricas. Además, hay que destacar la robustez de las pruebas empleadas (ANOVA y t de Student) ante la violación del supuesto de normalidad.

El estudio de las correlaciones bivariadas entre el optimismo y el EVS y sus dimensiones, se realizó mediante análisis de regresión lineal simple, comprobándose el cumplimiento de la linealidad mediante el estadístico F de Snedecor. Se determinaron los coeficientes de correlación de Pearson y de determinación.

Para el estudio de la influencia del género se utilizó el estadístico t de Student para muestras independientes y el estudio de la influencia de la edad, titulación y curso se realizó mediante ANOVA de un factor, con análisis previo de homocedasticidad mediante la prueba de Levene para todos los casos. Se realizó análisis post-hoc mediante las pruebas de Turkey y en tamaños de grupos desiguales, se utilizó la prueba de Gabriel. En los casos donde no se cumplió el principio de homocedasticidad, se utilizó la prueba de Welch y para el análisis post-hoc el estadístico Games-Howell.

El análisis de correlación entre las seis dimensiones que definen el EVS se llevó a cabo mediante regresión lineal con el coeficiente de correlación de Pearson.

En todos los casos se asumió un nivel de significación estadística del 95 % ( $p < 0.05$ ), excepto en el análisis de correlación de las seis dimensiones de EVS en el que fue del 99 % ( $p < 0.01$ ).

### Resultados

En cuanto a los resultados, la puntuación media (M) en la escala de optimismo es 14.78, correspondiente a un nivel de optimismo moderado, con una desviación estándar (DE) de 4.54 [gráfica 1]. El estudio de los cuantiles muestra que sólo un 10 % (percentil 10=10) de la población muestra valores de optimismo bajos o muy bajos, frente a un 40 % (percentil 60=17) que muestra valores altos o muy altos.

En la escala de EVS y sus subescalas se recomienda utilizar los valores medios para que puedan ser comparables entre sí. Así, el resultado medio de la escala HPLPII en la población [gráfica 4] es de 2.67 (DE 0.34), equivalente a una participación moderadamente frecuente en actividades saludables. Sólo un 2.5 % de la población está por debajo del valor de corte 2 (“a veces”), equivalente a realizar con poca frecuencia o nunca actividades relacionadas con EVS. En el otro extremo encontramos el punto de corte 3 (“con frecuencia”) en el percentil 82.5, es decir, sólo un 17.5 % de la población realiza con frecuencia o siempre actividades relacionadas con EVS.

En las subescalas de HPLPII [gráfica 2-9] encontramos los valores medios más elevados en “relaciones interpersonales” (M=3.18; DE=0.48) y “crecimiento espiritual” (M=3.05; DE=0.49). En ambas escalas hay un 97.5 % de la población con valores por encima de 2, dándose un 62.5 % (crecimiento espiritual) y 70 %

(relaciones interpersonales) de la población con valores por encima de 3.

En el otro extremo, los valores medios más bajos se dan en “afrentamiento del estrés” ( $M=2.34$ ;  $DE=0.47$ ) y “responsabilidad en salud” ( $M=2.36$ ;  $DE=0.51$ ). En la primera subescala, un 20% de la población muestra valores por debajo de 2 (“a veces”), con solo un 10% (percentil 90) de la población que presenta con frecuencia o siempre EVS (valores por encima de 3). En el caso de la responsabilidad en salud, encontramos un 20% por debajo del valor 2, y un 13.5% de la población con valores por encima de 3.

La subescala de “actividad física” tiene una media de 2.4 ( $DE=0.71$ ), con un 30% de la población por debajo del valor 2 y un 25% de la población (percentil 75) por encima del valor de corte 3. En el caso de la subescala de “nutrición” ( $M=2.62$ ;  $DE=0.48$ ), sólo un 10% de la población está por debajo del valor de corte 2, frente a un 25% (percentil 75) por encima del valor 3, es decir, que presentan con frecuencia o siempre EVS en relación a la nutrición.

Nivel de optimismo y EVS. Se realizó el estudio de las correlaciones entre el nivel de optimismo y EVS, tanto del EVS global como de las seis dimensiones que lo componen. Se optó por la técnica de regresión lineal simple. En general, se observa un mal ajuste de la recta a la nube de puntos. Los niveles críticos del estadístico F de Snedecor (valores en todos los casos de  $p<0.01$ ) indicaron que los pares de variables estaban linealmente relacionados. En todas las correlaciones realizadas se observó una correlación positiva significativa ( $p<0.01$ ), con una recta ascendente en los diagramas de dispersión, de poca pendiente. El nivel de correlación del optimismo es bajo en tres dimensiones: EVS global ( $R=0.370$ ), relaciones interpersonales ( $R=0.310$ ) y manejo del estrés ( $R=0.279$ ). La correlación del optimismo y responsabilidad en salud es muy baja ( $R=0.108$ ), al igual que ocurre con la actividad física ( $R=0.147$ ) y la nutrición ( $R=0.194$ ). La correlación más fuerte, con un nivel moderado, se da entre el optimismo y el crecimiento espiritual ( $R=0.480$ ).

El 13.7% ( $R^2=0.137$ ) de la variación de EVS global está explicada por el optimismo. A su vez, el optimismo influye en un 1.2% a la responsabilidad en salud ( $R^2=0.012$ ), en un 2.2% a la actividad física ( $R^2=0.022$ ), en un 3.8% al nivel nutricional ( $R^2=0.038$ ), en un 9.6% a las relaciones interpersonales ( $R^2=0.096$ ) y en un 7.8% al manejo del estrés

( $R^2=0.078$ ). Destaca el hecho de que el 23% ( $R^2=0.230$ ) de la variación en el crecimiento espiritual se explica por el nivel de optimismo.

Hay que tener en cuenta que el hecho de que las correlaciones sean significativas puede estar condicionada por un tamaño muestral alto [gráfica 3].

Influencia del género en el optimismo y EVS. Se estudió el optimismo, EVS global y cuatro de sus dimensiones (nutrición, actividad física, relaciones interpersonales y manejo del estrés) en función del género del estudiante. Tanto este análisis como los siguientes (edad, titulación y curso) muestran un número de sujetos diferentes por nivel, tratándose pues de diseños no equilibrados.

Para todos los casos, se estudió el principio de homocedasticidad mediante prueba de Levene, dando un valor no significativo para el estadístico F de Snedecor, lo que demuestra igualdad de varianzas en los grupos.

Se observan diferencias significativas por género, en el nivel de optimismo ( $t=4.418$ ;  $p<0.05$ ), EVS global ( $t=3.327$ ;  $p<0.05$ ), nutrición ( $t=2.168$ ;  $p<0.05$ ), actividad física ( $t=4.983$ ;  $p<0.05$ ), relaciones interpersonales ( $t=-2.020$ ;  $p<0.05$ ) y manejo del estrés ( $t=3.738$ ;  $p<0.05$ ). Así, los hombres tienen un nivel de optimismo mayor ( $M=15.88$ ;  $IC95\%=15.32, 16.45$ ;  $DE=0.288$ ) que las mujeres ( $M=14.38$ ;  $IC95\%=14.04, 14.73$ ;  $DE=0.176$ ), un nivel de EVS global mayor (Hombres:  $M=142.14$ ;  $IC95\%=139.87, 144.41$ ;  $DE=1.15$ ; Mujeres:  $M=137.64$ ;  $IC95\%=136.27, 139.01$ ;  $DE=0.698$ ), una nutrición más saludable (Hombres:  $M=24.11$ ;  $IC95\%=23.53, 24.70$ ;  $DE=0.296$ ; Mujeres:  $M=23.40$ ;  $IC95\%=23.07, 23.73$ ;  $DE=0.166$ ), mayor nivel de actividad física (Hombres:  $M=21.07$ ;  $IC95\%=20.32, 21.82$ ;  $DE=0.380$ ; Mujeres:  $M=18.55$ ;  $IC95\%=18.14, 18.97$ ;  $DE=0.212$ ) y mayor manejo del estrés (Hombres:  $M=19.47$ ;  $IC95\%=19.01, 19.94$ ;  $DE=0.235$ ; Mujeres:  $M=18.43$ ;  $IC95\%=18.14, 18.71$ ;  $DE=0.145$ ). Por el contrario, son las mujeres las que presentan mayor nivel de relaciones interpersonales ( $M=28.83$ ;  $IC95\%=28.50, 29.6$ ;  $DE=0.168$ ) respecto a los hombres ( $M=28.18$ ;  $IC95\%=27.65, 28.71$ ;  $DE=0.269$ ) [gráfica 4].

Influencia de la titulación en el optimismo y EVS. El análisis ANOVA indicó diferencias significativas por titulación en el nivel de optimismo ( $F=6.878$ ;  $p<0.05$ ) y en el nivel de actividad física ( $F=3.468$ ;  $p<0.05$ ) [gráfica 5].

Las comparaciones múltiples realizadas mediante prueba de Turkey indican, con significación estadística, que los estudiantes de Medicina ( $M=15.57$ ;  $IC95\%=15.00, 16.15$ ;  $DE=0.292$ ) y los de Fisioterapia ( $M=15.06$ ;  $IC95\%=14.36, 15.75$ ;  $DE=0.350$ ) tienen un nivel de optimismo mayor que los de Enfermería Alcalá ( $M=13.87$ ;  $IC95\%=13.34, 14.40$ ;  $DE=0.270$ ). Por otro lado, tanto la prueba de Gabriel como la de Turkey indican que los estudiantes de Fisioterapia ( $M=20.17$ ;  $IC95\%=19.22, 21.13$ ;  $DE=0.482$ ) tienen un nivel de actividad física significativamente mayor que los de Enfermería Alcalá ( $M=18.42$ ;  $IC95\%=17.75, 19.09$ ;  $DE=0.340$ ).

En los dos casos de no igualdad en las varianzas, la prueba de Welch no indicó diferencias significativas [gráfica 6].

Influencia de la edad en el optimismo y EVS. El análisis ANOVA indicó diferencias significativas por edad en el nivel de optimismo ( $F=3.047$ ,  $p<0.05$ ), en el nivel de actividad física ( $F=4.645$ ;  $p<0.05$ ) y en el de relaciones interpersonales ( $F=3.259$ ,  $p<0.05$ ). El análisis Welch no indicó diferencias significativas [gráfica 7].

Las comparaciones múltiples realizadas mediante prueba de Gabriel indican, con significación estadística, que los estudiantes de 31 años y más ( $M=16.59$ ;  $IC95\%=15.02, 18.16$ ;  $DE=0.771$ ) tienen un nivel de optimismo mayor que los de 19 años y menores ( $M=14.37$ ;  $13.90, 14.84$ ;  $DE=0.238$ ). Sin embargo, dichos estudiantes de 31 años o más ( $M=16.15$ ;  $IC95\%=14.21, 18.08$ ;  $DE=0.952$ ) tienen un nivel de actividad física menor que los de 19 años o menos ( $M=19.67$ ;  $19.09, 20.24$ ;  $DE=0.291$ ) y que los de 20-25 años ( $M=19.14$ ;  $IC95\%=18.63, 19.65$ ;  $DE=0.260$ ).

Por último, son los estudiantes de entre 26-30 años ( $M=26.06$ ;  $IC95\%=23.82, 28.29$ ;  $DE=1.059$ ) los que tienen un nivel de relaciones interpersonales significativamente menor que los de 19 o menos años ( $M=28.44$ ;  $IC95\%=27.99, 28.89$ ;  $DE=0.231$ ) y que los de 20-25 años ( $M=28.94$ ;  $IC95\%=28.57, 29.31$ ;  $DE=0.189$ ) [gráfica 8].

Influencia del curso en el optimismo y EVS. El análisis ANOVA no indicó diferencias significativas por curso. La prueba de Welch indicó diferencias significativas para la dimensión EVS global ( $W=3.440$ ,  $p<0.05$ ) y para el manejo del estrés ( $W=5.573$ ,  $p<0.05$ ) [gráfica 9].

Las comparaciones múltiples realizadas mediante prueba de Games-Howell indican, con significación estadística, que los estudiantes de 1.º curso ( $M=136.94$ ;  $IC95\%=135.08, 138.80$ ;  $DE=0.944$ ) tienen un nivel de EVS global menor que los de 2.º curso ( $M=140.52$ ;  $IC95\%=138.50, 142.55$ ;  $DE=1.027$ ) y que el nivel de manejo del estrés de los estudiantes de 1.º curso ( $M=18.21$ ;  $IC95\%=17.84, 18.59$ ;  $DE=0.191$ ) es menor que los de 2.º curso ( $M=19.14$ ;  $IC95\%=18.72, 19.55$ ;  $DE=0.209$ ) [gráfica 10].

Correlaciones entre las dimensiones que determinan el EVS. Se procedió al estudio de las seis dimensiones que definen el EVS y sus relaciones entre sí. Todas las dimensiones que componen el EVS se correlacionan entre sí de forma significativa, según el coeficiente R de Pearson, a un nivel de significación del 99%. La mayoría de las correlaciones son positivas y bajas (R situado entre los valores 0.223 y 0.391), habiendo una correlación positiva muy baja ( $R=0.147$ ) entre actividad física y relaciones interpersonales. Destacan tres correlaciones positivas de intensidad moderada entre crecimiento espiritual y manejo del estrés ( $R=0.482$ ), entre crecimiento espiritual y relaciones interpersonales ( $R=0.557$ ) y entre actividad física y nutrición ( $R=0.402$ ) [gráfica 11].

## Discusión

A lo largo de las últimas dos décadas, se han realizado numerosas investigaciones para estudiar el nivel de optimismo y los estilos de vida promotores de salud en estudiantes universitarios, pero no se han encontrado estudios que busquen una correlación entre ambos utilizando el modelo de promoción de salud. En esta investigación se ha hecho un estudio preliminar centrado en avanzar en el estudio de dicha correlación, teniendo en cuenta que el optimismo disposicional es una variable fundamental en la salud mental y física del individuo<sup>10</sup>. Los hallazgos encontrados, respecto a la puntuación media en la escala de optimismo, correspondieron a un nivel de optimismo moderado, que coincidió con los resultados de la escala de HPLPII. En este estudio en todas las correlaciones realizadas entre optimismo y EVPS, se observó una correlación positiva significativa ( $p<0,01$ ). Al igual que en el estudio de Rasmussen<sup>26</sup>, en el que se realizó un metaanálisis con una revisión sistemática de 83 estudios, en los que se analizaba la correlación entre optimismo y la salud física, obteniendo una correlación positiva significativa ( $p<0,01$ ) y concluyendo que el optimismo es un

predictor significativo del estado de nuestra salud física<sup>21</sup>. En los resultados también se encontró que el optimismo tiene una influencia del 13,7% sobre la variación de estilos de vida promotores de salud, lo que coincide con otros estudios realizados en este sentido<sup>8,30</sup>. En los que se llega al mismo argumento, relativo a que los individuos optimistas, abordan la promoción de la salud de una forma más activa. Siendo más probable que realicen ejercicio físico, lleven dietas adecuadas y eviten conductas poco saludables. Muchas otras investigaciones, también corroboran la correlación entre optimismo disposicional y el hecho de disfrutar de una mejor salud, además de mayor calidad de vida<sup>8,30</sup>.

También se llegó a la conclusión de que los estudiantes con mayores niveles de optimismo disposicional realizan más actividad física. Encontramos que existe una correlación positiva, pero de baja magnitud, entre optimismo y actividad física. Estos resultados apoyan previas investigaciones en las que se ha observado que los optimistas muestran un mayor compromiso en programas de entrenamiento físico<sup>16</sup>. Además, se obtiene una correlación muy baja, pero estadísticamente significativa, entre optimismo disposicional y nivel nutricional. Resultados similares se obtuvieron en otro estudio que se realizó en adultos jóvenes finlandeses<sup>31</sup>, en el que se concluyó que el optimismo mejora los hábitos dietéticos. Concretamente se observó que los individuos más optimistas llevaban dietas más saludables y controlaban el peso de forma más eficaz<sup>31</sup>.

Durante las dos últimas décadas algunos investigadores han incluido la espiritualidad como una dimensión del bienestar y a pesar de la diversidad de significados, entre los diferentes autores, existen algunos puntos en común. Éstos, incluyen el sentido positivo de una vida con significado y propósitos, conectados a uno mismo, al medio ambiente o a un poder superior. En un estudio, realizado a estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas, se encontró que aquellos con una perspectiva más positiva tenían más propósitos y objetivos en sus vidas, lo que mejoraba la sensación de bienestar general<sup>32</sup>. Resultados que coinciden con los de nuestra investigación, ya que existe una correlación positiva significativa y con un nivel moderado entre optimismo y crecimiento espiritual. Destaca el hecho de que el 23% de la variación en el crecimiento espiritual, se explica por el nivel de optimismo. Estos resultados resaltan la importancia de las percepciones subjetivas como indicadores válidos de futuros objetivos de salud<sup>16,33</sup>. También se ha

investigado a cerca del optimismo como un regulador del estrés. En un estudio realizado a estudiantes universitarios afroamericanos, en el que se investigó optimismo y estrés, se demuestra la evidencia empírica de que la percepción de un individuo del estrés puede estar influida por el constructo de la personalidad, optimismo. Además, el optimismo obtuvo una correlación significativa, negativamente relacionada con los niveles de estrés percibido<sup>34</sup>. Nuestros resultados son coherentes con este y otros estudios que investigan el optimismo disposicional como moderador del estrés<sup>35,36</sup>.

En cuanto al resultado medio de la escala de HPLPII en la población estudiada, correspondió a una participación moderadamente frecuente en actividades saludables, es decir, cercanos a la frecuencia considerada como saludable, según el modelo de Nola Pender. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios como el que se realizó en China o Colombia<sup>37,38</sup>, donde la puntuación media de las dimensiones del HPLPII se encontraban en un nivel medio. Estos resultados difieren de los obtenidos por Triviño *et al.*<sup>39</sup>, en el que se obtuvieron resultados superiores a la media

Por último, comentar la influencia de los factores sociodemográficos en el optimismo y los estilos de vida promotores de salud. En nuestro estudio se han observado diferencias significativas por género, en el nivel de optimismo. Así los hombres tienen un nivel de optimismo mayor que las mujeres. Además, el sexo masculino también tiene un Estilo de vida saludable global mayor. Esto concuerda con otros estudios como el de Vidal *et al.*<sup>40</sup>. Sin embargo, no es congruente con lo encontrado por otros autores como Cid *et al.*<sup>41</sup>, en el que los hombres tienen promedios más bajos respecto a las mujeres.

En relación con la edad, en nuestro estudio, los estudiantes entre 26 y 30 años tienen un nivel de relaciones interpersonales significativamente menor que los de 20 años y menores, estos resultados son consistentes con los obtenidos por Abeer *et al.*<sup>42</sup> en el que se correlaciona negativamente la edad de los estudiantes con las relaciones interpersonales.

## Conclusiones

El interés de esta investigación se encuentra en el análisis del nivel de OD de los estudiantes universitarios, y su relación con las 6 dimensiones del modelo de promoción de la salud. El hallazgo más importante de este

trabajo viene dado por los resultados que se derivan de la combinación de dos instrumentos utilizados, el LOT-R y el HPLP II, que no se habían empleado anteriormente en un mismo estudio, como se ha podido constatar tras una exhaustiva revisión bibliográfica.

En base a la hipótesis planteada, hemos obtenido el hallazgo más importante de este estudio, en el que se demuestra que el OD está positivamente relacionado con estilos de vida promotores de salud, es decir, los alumnos más optimistas participan con más frecuencia en conductas promotoras de salud.

Los resultados obtenidos también indican que la mayoría de los estudiantes de este estudio tienen un adecuado estilo de vida en términos de promoción de salud. El 81 % de la población a estudio tiene una participación moderadamente frecuente en actividades saludables, lo que se considera aceptable. Pero, a pesar de estos resultados, se deberían realizar más intervenciones para la mejora de los estilos promotores de salud en estudiantes universitarios, ya que tan solo un 17.5 % de la población realiza con frecuencia o siempre actividades relacionadas con estilos de vida promotores de salud. Además, los valores medios más bajos se encontraron en las variables afrontamiento del estrés y responsabilidad en salud, dos variables fundamentales para el mantenimiento de la salud a largo plazo y para la adquisición de buenos hábitos.

Destacar también que se encontraron diferencias significativas por género en el nivel de optimismo y estilo de vida promotor de salud. Así, los hombres tienen un nivel de optimismo disposicional, estilo de vida saludable global, nutrición, actividad física y manejo del estrés mayor que las mujeres. Por el contrario, son las mujeres las que presentan mayor nivel de relaciones interpersonales. De este resultado se puede deducir la necesidad de intervención sobre la población femenina de estudiantes universitarias de Ciencias de la Salud para mejorar el nivel de optimismo y el estilo de vida.

También se puede destacar que los estudiantes de Fisioterapia tienen un nivel de optimismo disposicional y de actividad física mayor que los de Enfermería de Alcalá. Este resultado continua con estudios anteriores, en lo que se relacionan mayores niveles de optimismo con mayores niveles de actividad física. De esto se puede deducir la importancia de avanzar en este estudio, a través de un estudio longitudinal, donde se pueda analizar la importancia del optimismo sobre la

variable actividad física en los estudiantes de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Por último, destacar que los estudiantes de 1.º curso tienen un nivel de estilo de vida saludable global y manejo del estrés menor que los de 2.º curso, lo que también nos indica que el primer año de universidad requiere de un proceso de adaptación en el que puede ser necesario aprender a manejar y solucionar de forma adecuada situaciones estresantes.

## Bibliografía

1. Pender NJ. Health Promotion Model Manual. 2011.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
3. Dooris M, Doherty S, Cawood J, Powell S. The healthy universities approach: adding value to the higher education sector. *Health Promotion Settings: Principles and Practice* 2011;153.
4. Cancela Carral JM, Ayán Pérez C. Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española de Salud Pública* 2011;85(5):499-505.
5. Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18:47-55.
6. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev* 2010 11;30(7):879-889.
7. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology* 1985;4(3):219.
8. Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)* 2014;18(6):293-299
9. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research* 1992;16(2):201-228.
10. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology* 1985;4(3):219.
11. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol* 2000;55(1):44.
12. Song ZY. Relations between optimism, stress and health in Chinese and American students. 2003.
13. Baumann A, Giovannetti P, O'Brien-Pallas L, Mallette C, Deber R, Blythe J, et al. Healthcare restructuring: the impact of job change. *Can J Nurs Leadersh* 2001 Jan-Feb;14(1):14-20.
14. Pender N, Murdaugh G, Parsons M. Social support and health promotion. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc 2006:223-242.
15. Walker, S.N., & Hill-Polerecky, D.M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. 1996.
16. Kim ES, Park N, Peterson C. Dispositional optimism protects older adults from stroke. *AHA Stroke* 2011.
17. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(2):375.
18. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008 Sep;70(7):741-756.
19. Kavussanu M, McAuley E. Exercise and optimism: are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport and Exercise Psychology* 1995; 17:246-246.
20. Scheier ME, Carver CS. Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *J Pers* 1987;55(2):169-210.

21. Rasmussen HN, PhD, Scheier MF, PhD, Greenhouse JB, PhD. Optimism and Physical Health: A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine* 2009 Jun 2009;37(3):239-56.
22. Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063.
23. Otero-López, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
24. Pender, N. (1996). *Modelo de promoción de la salud. Health Promotion in Nursing. Practice.3*. Ed. Connecticut: Appleton y Lange, 51-75.
25. Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish Language Version Of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-273.
26. Brown JD. Likert items and scales of measurement. *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter* 2011;15(1):10-14.
27. Baggaley AR, Hull AL. The effect of nonlinear transformations on a Likert scale. *Eval Health Prof* 1983 Dec;6(4):483-491.
28. Altman DG, Bland JM. Statistics notes: the normal distribution. *BMJ* 1995 Feb 4;310(6975):298.
29. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism* 2012;10(2):486-489.
30. Segerstrom SC. Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality* 2007 8;41(4):772-786.
31. Kelloniemi H, Ek E, Laitinen J. Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite* 2005 10;45(2):169-176.
32. Adams TB, Bezner JR. Conceptualization and Measurement of the Spiritual and Psychological Dimensions of Wellness in a. *Journal of American College Health* 2000 01;48(4):165.
33. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983 Mar;117(3):292-304.
34. Baldwin DR, Chambliss LN, Towler K. Optimism and Stress: an African-American College Student Perspective. *College Student Journal* 2003 06;37(2):276.
35. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R. Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *Am Psychol* 1998;53(11):1209.
36. Stellar JE, John-Henderson N, Anderson CL, Gordon AM, McNeil GD, Keltner D. Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion* 2015;15(2):129.
37. Jaimes EL, Díaz MPG. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2014;19(1):68-83.
38. Wang D, Xing XH, Wu XB. Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. *ScientificWorldJournal* 2013 Jul 9; 2013:412950.
39. Triviño-Vargas ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan* 2012;12(3):275-285.
40. Vidal Gutiérrez D, Chamblas García I, Zavala Gutiérrez M, MÜLLER GILCHRIST R, Rodríguez Torres MC, Chávez Montecino A. Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción, Chile. *Ciencia y enfermería* 2014;20(1):61-74.
41. Cid P, Merino JM, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile* 2006;134(12):1491-1499.
42. Shaheen A, Nassar O, Amre, H. and Hamdan-Mansour, A. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors of University Students in Jordan. *Health* 2015;7(1):8-18.

### Anexo: Tablas y gráficos

	Frecuencia absoluta	Grupos	Porcentaje subgrupos	Casos perdidos
<b>Edad (años)</b>	905	≤ 19	40.4	0
		20-25	53.8	
		26-30	2	
		≥ 31	3.8	
<b>Género</b>	901	Masculino	26.4	4
		Femenino	73.1	
<b>Estudios</b>	904	Formación Profesional	10.5	1
		Bachiller	73.9	
		Prueba acceso > 25 años	2.8	
		Otra diplomatura o licenciatura	12.7	
<b>Ocupación</b>	898	Trabaja	13.1	7
		No trabaja	86.1	
<b>Estado civil</b>	905	Soltero	93	0
		Casado	1.8	
		En pareja	5.2	
<b>Titulación</b>	905	Enfermería Alcalá	32	0
		Enfermería Guadalajara	23	
		Fisioterapia	15.8	
		Medicina	29.2	
<b>Curso</b>	905	1.º	36.2	0
		2.º	31.8	
		3.º	31.9	

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas

		Optimismo	EVS total (media)	Responsabilidad en salud (media)	Actividad física (media)	Nutrición (media)	Crecimiento espiritual (media)	Relaciones interpersonales (media)	Manejo del estrés (media)	
Centralidad	Media (error típico)	14.78 (0.151)	2.671 (0.011)	2.360 (0.0169)	2.402 (0.236)	2.621 (0.161)	3.051 (0.163)	3.187 (0.157)	2.340 (0.015)	
	Intervalo de confianza	14.48	2.414	2.649	2.327	2.356	2.590	3.019	3.156	2.309
		15.07	2.513	2.694	2.393	2.448	2.653	3.083	3.218	2.371
	Media recortada al 5 %		14.89	2.671	2.354	2.399	2.620	3.068	3.206	2.335
	Mediana		15	2.673	2.333	2.375	2.667	3.111	3.222	2.375
Dispersión	Varianza		20.65	0.120	0.258	0.506	0.234	0.241	0.228	0.218
	Desviación típica		4.54	0.347	0.507	0.711	0.484	0.490	0.477	0.467
	Mínimo-Máximo		0-24	1.42-3.71	1-3.78	01-abr	1.22-4	01-abr	1.11-4	1-3.75
Forma	Asimetría (Error típico de asimetría)	-0.335 (0.081)	-0.027 (0.081)	0.198 (0.081)	0.126 (0.081)	0.049 (0.081)	-0.506 (0.081)	-0.547 (0.081)	0.144 (0.081)	
	Curtosis (Error típico de curtosis)	-0.398 (0.162)	0.001 (0.162)	-0.088 (0.162)	-0.764 (0.162)	-0.220 (0.162)	0.193 (0.162)	0.302 (0.162)	-0.082 (0.162)	

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de los valores medios de las variables resultado

	Optimismo		
	R	P	R2
EVS global	0.370	0.000	0.137
Responsabilidad en salud	0.108	0.001	0.012
Actividad física	0.147	0.000	0.022
Nutrición	0.194	0.000	0.038
Crecimiento espiritual	0.480	0.000	0.230
Relaciones interpersonales	0.310	0.000	0.096
Manejo del estrés	0.279	0.000	0.078

Siendo R = coeficiente de correlación de Pearson;  
 p= nivel de significancia; R=coeficiente de determinación,  
 calculado para  $df1=1$  y  $df2=903$ .

Tabla 3: Correlación entre el nivel de optimismo y el EVS global y sus dimensiones

	HOMBRES			MUJERES			t	p
	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%		
Optimismo	15.88	0.288	(15.32, 16.45)	14.38	0.176	(14.04, 14.73)	4.418	0.00
EVS global	142.14	1.152	(139.87, 144.41)	137.64	0.698	(136.27, 139.01)	3.327	0.001
Nutrición	24.11	0.296	(23.53, 24.70)	23.40	0.166	(23.07, 23.73)	2.168	0.0
Actividad física	21.07	0.380	(20.32, 21.82)	18.55	0.212	(18.14, 18.97)	5.983	0.0
Relaciones interpersonales	28.18	0.269	(27.65, 28.71)	28.83	0.168	(28.50, 29.16)	-0.020	0.044
Manejo del estrés	19.47	0.235	(19.01, 19.94)	18.43	0.145	(18.14, 18.71)	3.738	0.0

Siendo F = estadístico F de Snedecor ; p= nivel de significancia; t = estadístico t de Student .

Tabla 4: Análisis por género

	ENFERMERÍA ALCALÁ			ENFERMERÍA GUADALAJARA			FISIOTERAPIA			MEDICINA			F	W	p
	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%			
Optimismo	13.87	0.270	(13.34, 14.40)	14.84	0.295	(14.26, 15.42)	15.06	0.350	(14.36, 15.75)	15.57	0.292	(15.00, 16.15)	6.878		0.000
EVS global	137.46	1.146	(135.20, 139.71)	140.53	1.178	(138.21, 142.85)	138.43	1.348	(135.77, 141.10)	139.25	1.115	(137.05, 141.44)		1.235	0.297
Nutrición	23.61	0.268	(23.09, 24.14)	23.90	0.278	(23.35, 24.45)	23.48	0.360	(22.77, 24.19)	23.37	0.272	(22.83, 23.90)	0.609		0.609
Actividad física	18.42	0.340	(17.75, 19.09)	19.47	0.365	(18.75, 20.19)	20.17	0.482	(19.22, 21.13)	19.35	0.357	(18.65, 20.06)	3.468		0.016
Relaciones interpersonales	28.71	0.259	(28.80, 29.22)	29.00	0.301	(28.41, 29.59)	28.01	0.311	(27.39, 28.62)	28.71	0.272	(28.17, 29.24)	1.559		0.198
Manejo del estrés	18.45	0.233	(17.99, 18.91)	18.71	0.239	(18.24, 19.18)	18.85	0.279	(18.30, 19.40)	18.92	0.240	(18.44, 19.39)		0.739	0.529

Siendo F = estadístico F de Snedecor ; w=estadístico Welch; p= nivel de significancia.

Tabla 5: Análisis por titulación

Optimismo				p			p	
Turkey	Enfermería Alcalá	Enfermería Guadalajara	Gabriel	0.082	Enfermería Alcalá	Enfermería Guadalajara	0.099	
		Fisioterapia				Fisioterapia		0.052
	Medicina							0.000
		Enfermería Guadalajara	Fisioterapia		0.972	Enfermería Guadalajara	Fisioterapia	0.998
		Medicina			0.298		Medicina	0.392
		Fisioterapia	Medicina		0.687	Fisioterapia	Medicina	0.841
Actividad física				p			p	
Turkey	Enfermería Alcalá	Enfermería Guadalajara		0.173	Enfermería Alcalá	Enfermería Guadalajara	0.219	
		Fisioterapia				0.013		Fisioterapia
	Medicina				0.213		Medicina	0.278
		Enfermería Guadalajara	Fisioterapia		0.664	Enfermería Guadalajara	Fisioterapia	0.824
		Medicina			0.996		Medicina	1.000
		Fisioterapia	Medicina		0.502	Fisioterapia	Medicina	0.643

Siendo p= nivel de significancia.

Tabla 6: Análisis comparaciones múltiples por titulación

	1°			2°			3°			F	W	p
	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%			
Optimismo	14.63	0.256	(14.12, 15.13)	14.88	0.270	(14.34, 15.41)	14.85	4.418	(14.34, 15.36)	0.289		0.749
EVS global	136.94	0.944	(135.08, 138.80)	140.52	1.027	(138.50, 142.55)	139.31	1.146	(137.06, 141.57)		3.440	0.033
Nutrición	23.29	0.243	(22.81, 23.76)	23.58	0.255	(23.08, 24.08)	23.93	0.254	(23.43, 24.43)	1.700		0.183
Actividad física	18.91	0.302	(18.32, 19.51)	19.56	0.338	(18.89, 20.22)	19.20	0.348	(18.52, 19.88)	0.971		0.379
Relaciones interpersonales	28.48	0.240	(28.01, 28.95)	29.07	0.244	(28.59, 29.55)	28.47	0.258	(27.97, 28.98)	1.869		0.155
Manejo del estrés	18.21	0.191	(17.84, 18.59)	19.14	0.209	(18.72, 19.55)	18.85	0.243	(18.37, 19.33)		5.573	0.004

Siendo F = estadístico F de Snedecor ; w=estadístico Welch; p= nivel de significancia.

Tabla 7: Análisis por edad

Optimismo				p	Actividad física		P	
Gabriel	≤ 19 AÑOS	20-25 AÑOS	Gabriel	0.316	≤ 19 AÑOS	20-25 AÑOS	0.694	
		26-30 AÑOS			26-30 AÑOS	0.342		
		≥31 AÑOS			≥31 AÑOS	0.001		
	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS			1.000	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	0.645
		≥31 AÑOS			0.109	≥31 AÑOS	≥31 AÑOS	0.004
	26-30 AÑOS	≥31 AÑOS			0.629	26-30 AÑOS	≥31 AÑOS	0.947
Relaciones interpersonales				p				
Gabriel	≤ 19 AÑOS	20-25 AÑOS					0.430	
		26-30 AÑOS					0.038	

Tabla 8: Análisis comparaciones múltiples por edad

	1°			2°			3°			F	W	p
	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%	MEDIA	DE	IC 95%			
Optimismo	14.63	0.256	(14.12, 15.13)	14.88	0.270	(14.34, 15.41)	14.85	4.418	(14.34, 15.36)	0.289		0.749
EVS global	136.94	0.944	(135.08, 138.80)	140.52	1.027	(138.50, 142.55)	139.31	1.146	(137.06, 141.57)		3.440	0.033
Nutrición	23.29	0.243	(22.81, 23.76)	23.58	0.255	(23.08, 24.08)	23.93	0.254	(23.43, 24.43)	1.700		0.183
Actividad física	18.91	0.302	(18.32, 19.51)	19.56	0.338	(18.89, 20.22)	19.20	0.348	(18.52, 19.88)	0.971		0.379
Relaciones interpersonales	28.48	0.240	(28.01, 28.95)	29.07	0.244	(28.59, 29.55)	28.47	0.258	(27.97, 28.98)	1.869		0.155
Manejo del estrés	18.21	0.191	(17.84, 18.59)	19.14	0.209	(18.72, 19.55)	18.85	0.243	(18.37, 19.33)		5.573	0.004

Siendo F = estadístico F de Snedecor ; w=estadístico Welch; p= nivel de significancia.

Tabla 9: Análisis por curso

EVS global	p			Manejo del estrés	P		
	1°	2°	0.028		Games-Howell	1°	2°
Games-Howell		3°	0.248			3°	0.099
	2°	3°	0.711		2°	3°	0.650

Siendo p= nivel de significancia.

Tabla 10: Análisis comparaciones múltiples por curso

	Responsabilidad salud	Actividad física	Nutrición	Crecimiento espiritual	Relaciones interpersonales	Manejo del estrés
Responsabilidad salud	1					
Actividad física	0.330	1				
Nutrición	0.361	0.402	1			
Crecimiento espiritual	0.307	0.233	0.241	1		
Relaciones interpersonales	0.360	0.147	0.254	0.557	1	
Manejo del estrés	0.362	0.391	0.269	0.482	0.325	1

La correlación es significativa en todos los casos al nivel 0.01 (bilateral).

Tabla 11: Correlación (según coeficiente R de Pearson) de las dimensiones de EVS

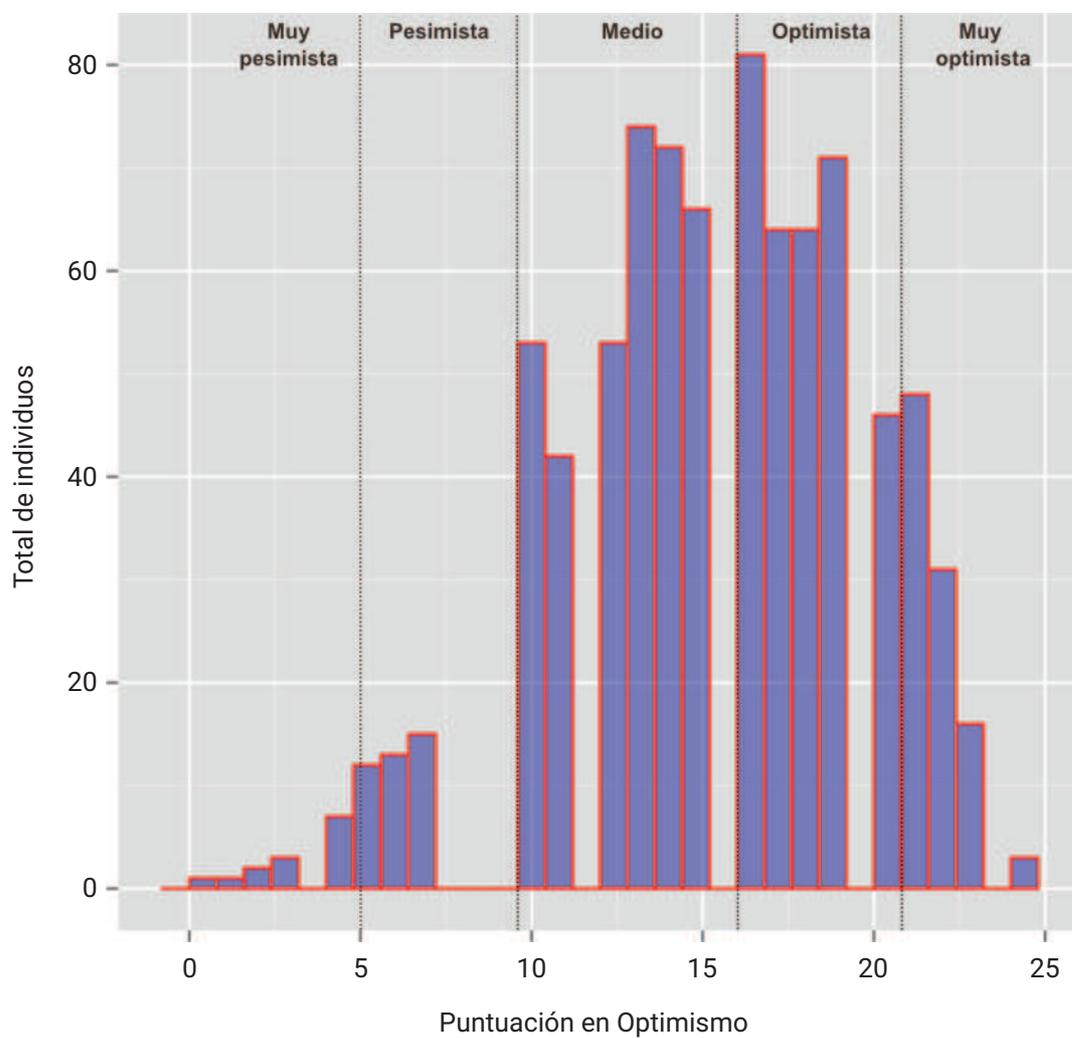


Gráfico 1: histograma de las respuestas al cuestionario LOT-R

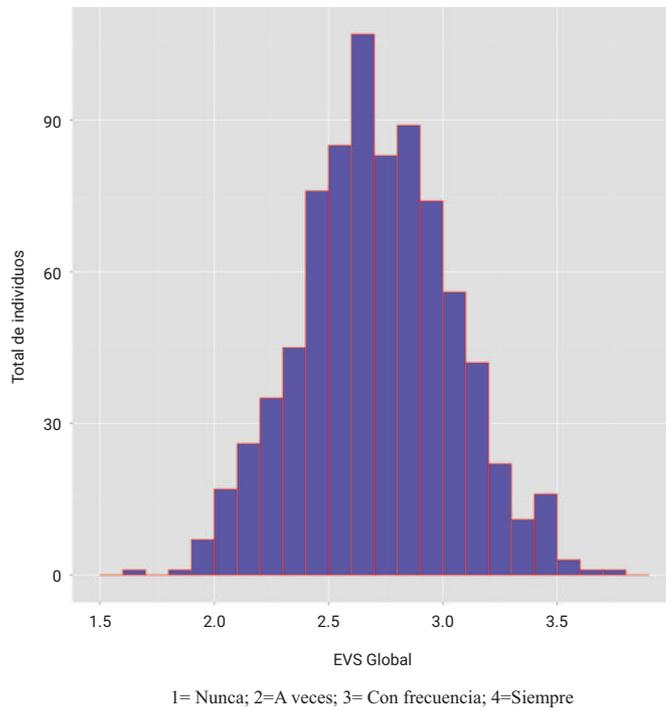


Gráfico 2: histograma de las respuestas al cuestionario HPLP II (global)

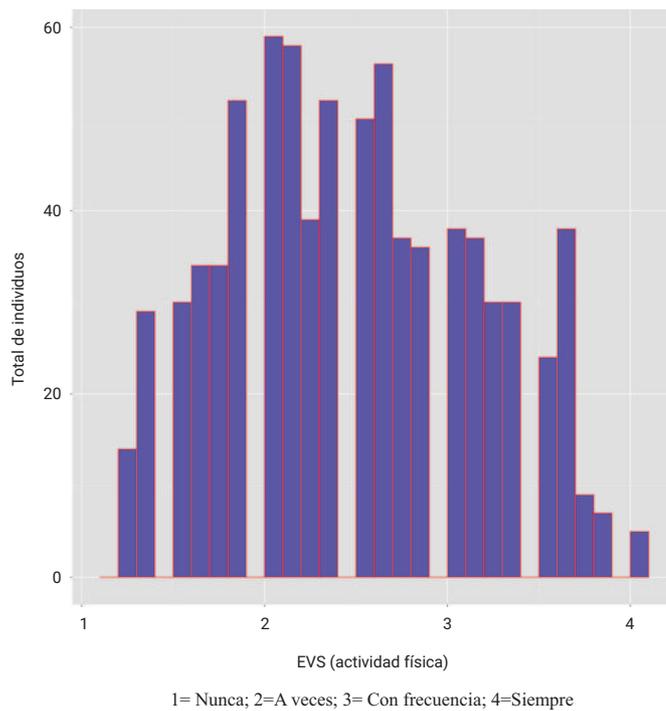


Gráfico 3: histograma de las respuestas al cuestionario HPLP II (subescala "actividad física")



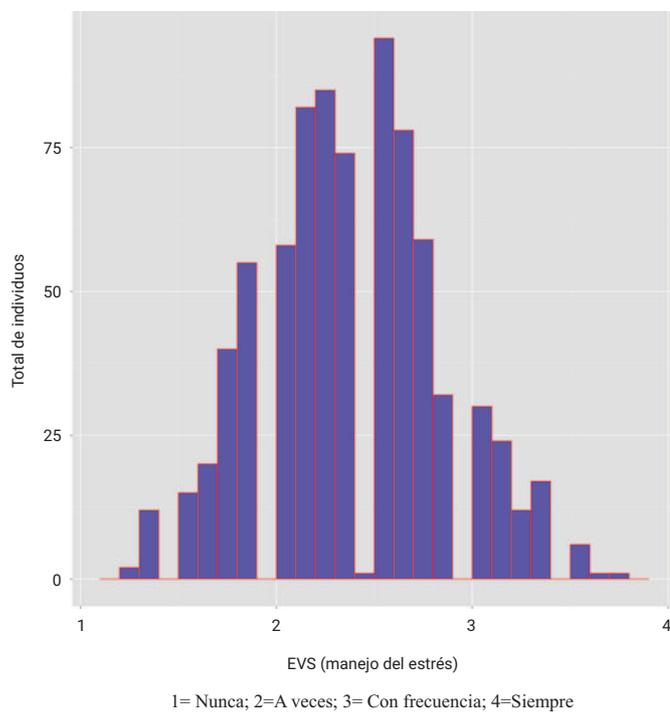


Gráfico 6: histograma de las respuestas al cuestionario HPLP II (subescala "manejo del estrés")

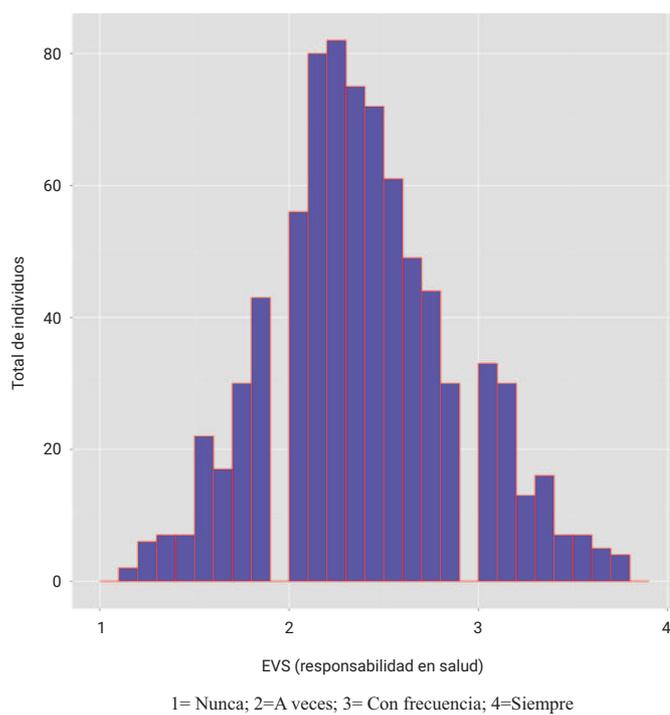


Gráfico 7: histograma de las respuestas al cuestionario HPLP II (subescala "responsabilidad en salud")

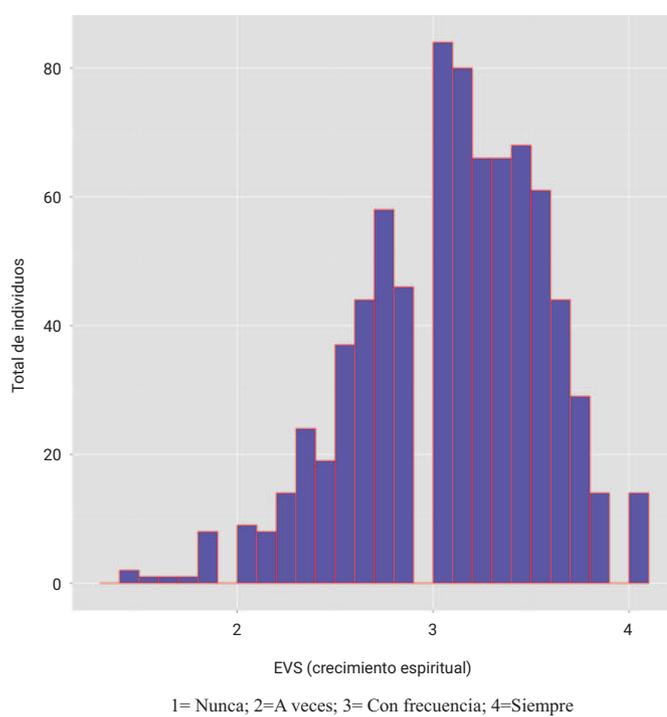


Gráfico 8: histograma de las respuestas al cuestionario HPLP II (subescala "crecimiento espiritual")

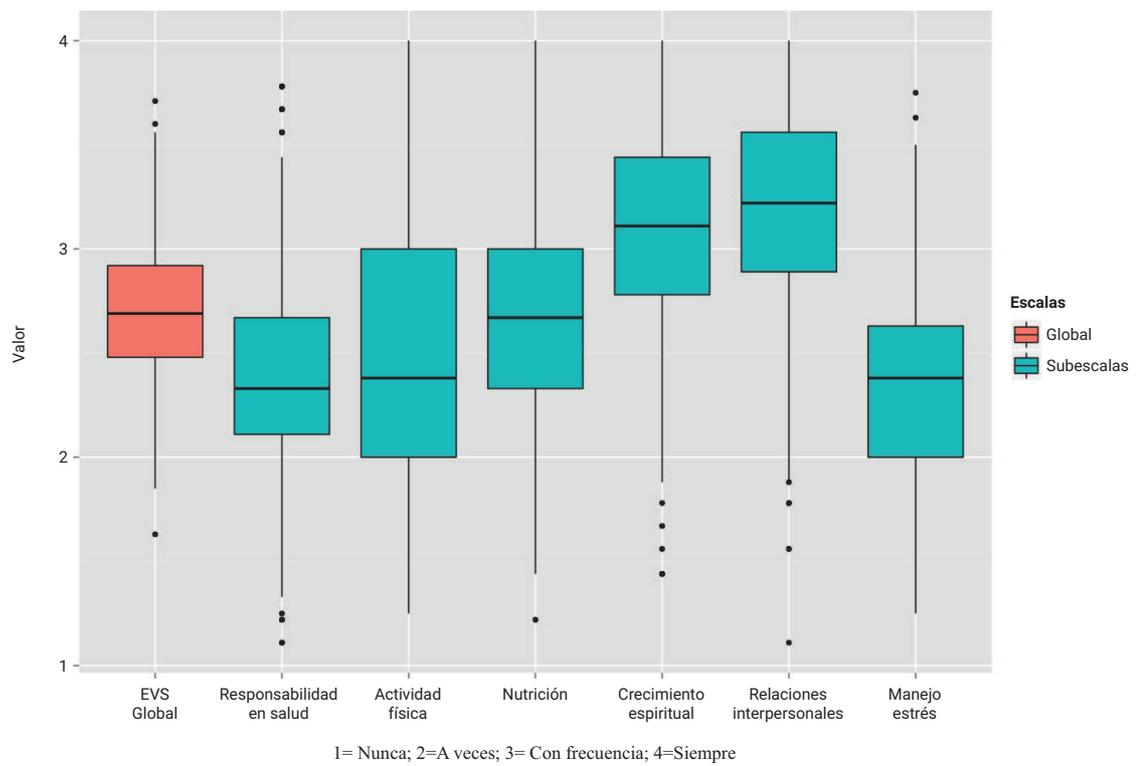


Gráfico 9: boxplot de distribución de los valores de EVS Global y sus subescalas

# Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Departamento de Salud de Gandía

Epidemiological Characteristics of the Patient Admitted to the Psychiatric Hospitalization Unit of the Gandía Health Department

Pilar Palomares Díaz, Mercedes Rodríguez Martí, Carlos Vercher Félix

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Francesc de Borja de Gandía. Gandía, España.

Contacto: pipadiaz@gmail.com

Fecha de recepción: 8 de abril de 2017 / Fecha de aceptación: 25 de junio de 2017

## Resumen

**Introducción:** Se analiza el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que acuden a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Francesc de Borja de Gandía.

**Objetivos:** Analizar variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que fueron ingresados en la UHP desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresan en la UHP con un número total de participantes de n=210 en 2011, n=206 en 2012 y n=247 en 2013, según los datos extraídos del CMBD de dicho hospital.

**Resultados:** En el año 2011, el perfil del paciente ingresado fue: hombre (55,71 %), de entre 41 y 50 años (29,05 %), cuyo motivo de ingreso es descompensación psicótica (36,67 %) y con diagnóstico principal esquizofrenia (24,76 %) que permanece en la unidad entre 8 y 14 días (26,19 %). Por otro lado, en el año 2012, el perfil quedaría de la siguiente forma: hombre (50,97 %), de entre 41 y 50 años (31,55 %), cuyo motivo de ingreso es descompensación psicótica (45,15 %) y con diagnóstico principal de trastorno bipolar (23,30 %) que permanece en la unidad de 8 a 14 días (24,76 %). En cuanto al 2013, observamos que el perfil sigue la misma línea del año anterior siendo en este año: hombre (52,63 %), de 31 a 40 años (27,53 %), cuyo motivo de ingreso es descompensación psicótica (37,65 %) y con diagnóstico principal de trastorno bipolar (27,13 %) que permanece en la unidad de 8 a 14 días (23,48 %).

**Conclusiones:** Tras el análisis de los datos, apreciamos que el perfil del paciente que ingresa en nuestra unidad no difiere del resto de estudios publicados: varón (apenas se aprecia variación en cuanto a sexo), de edad media, con diagnóstico trastorno psicótico y una estancia aproximada de 15-30 días<sup>1-4</sup>.

**Palabras clave:** perfil sociodemográfico, Unidad de Hospitalización psiquiátrica, departamento de Gandía.

## Abstract

**Introduction:** The sociodemographic and clinical profile of the patients who come to the Psychiatric Hospitalization Unit of the Francesc de Borja Hospital in Gandia is analyzed.

**Objectives:** To analyze sociodemographic and clinical variables of the patients who were admitted to the UHP from January 1, 2011 to December 31, 2013.

**Methodology:** Retrospective descriptive study of patients admitted to the UHP with a total number of participants of n=210 in 2011, n=206 in 2012 and n=247 in 2013, according to the data extracted from the CMBD of said hospital.

**Results:** In 2011, the profile of the admitted patient was: male (55.71%), between 41 and 50 years old (29.05%), whose reason for admission is psychotic decompensation (36.67%) and with main diagnosis schizophrenia (24.76%) that remains in the unit between 8 and 14 days (26.19%). On the other hand, in 2012 the profile would be as follows: man (50.97%), between 41 and 50 years (31.55%), whose reason for admission is psychotic decompensation (45.15%) and with a main diagnosis of bipolar disorder (23.30%) that remains in the unit for 8 to 14 days (24.76%). As for 2013, we observe that the profile follows the same line of the previous year being this year: male (52.63%), from 31 to 40 years old (27.53%), whose reason for admission is psychotic decompensation (37, 65%) and with a main diagnosis of bipolar disorder (27.13%) that remains in the unit for 8 to 14 days (23.48%).

*Conclusions:* After the analysis of the data, we can see that the profile of the patient admitted to our unit does not differ from the rest of the published studies: male (little variation in sex), average age, with a psychotic disorder diagnosis and an approximate stay 15-30 days<sup>1-4</sup>.

*Keywords:* sociodemographic profile, psychiatric hospitalization unit, department of Gandía.

## Introducción

Los trastornos mentales constituyen una patología que se presenta en todas las culturas, apareciendo a cualquier edad. En términos absolutos, se estima que cada año 450 millones de personas en el mundo van a sufrir algún problema que podría catalogarse de trastorno mental o de conducta; constituyen, por tanto, una serie de procesos patológicos que requieren asistencia sanitaria especializada<sup>1-5</sup>. Este departamento cuenta con distintos recursos para la atención psiquiátrica: Unidad de Salud Mental, Hospital de día, Hospitalización domiciliaria específica de Salud Mental, Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Centros de Rehabilitación (CRIS y Centro de Día), pisos tutelados, Col·lectiu Obertament.

Los pacientes con enfermedad mental grave presentan una gran disparidad en su evolución siendo común el mayor o menor deterioro en distintos aspectos de su personalidad determinando en la mayoría una dificultad más o menos importante para ejercer su propia autonomía. Toda esta situación va a repercutir sobre las familias, quienes deben verse cada vez más involucradas en los distintos tratamientos, y a la vez, sobre la sociedad debiendo ser ésta depositaria de mensajes para poder aceptar mejor al enfermo (estigmatización).

A pesar de todos los recursos existentes en el departamento, dada la evolución en ocasiones tórpida de la enfermedad, es necesario el ingreso en la unidad de agudos, entendida ésta como un elemento más dentro del plan de cuidados general del enfermo; su mayor preparación y colaboración en este plan de cuidados va a ser determinante para ocupar un papel relevante dentro de los recursos mencionados.

Por todo lo anterior, se considera fundamental que la UHP conozca las características de la población a la que atiende con el fin de planificar la atención, docencia e investigación adecuadas. El estudio de las características sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes que requieren ingreso en la UHP del Hospital Comarcal Francesc de Borja de Gandía puede permitir

detectar factores que influyan en la evolución de los pacientes, así como mejorar la calidad asistencial de esta unidad. Es por ello que el objetivo general del estudio es describir el perfil del paciente que ingresa en la UHP del Departamento de Salud de Gandía en los años arriba mencionados. Por este motivo, los objetivos específicos se centran en: estudiar el perfil demográfico por sexo, edad y diagnóstico; describir los diagnósticos según la frecuencia de ingreso en la UHP; estimar la estancia media de ingreso; relacionar la estancia media de ingreso por patologías; exponer la evolución temporal anual de los ingresos.

## Metodología

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de los pacientes que han precisado ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Francesc de Borja de Gandía durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2013.

*Sujeto a estudio.* Forman parte de este estudio todos aquellos pacientes que han ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del hospital Francesc de Borja de Gandía durante los años 2011, 2012, 2013.

*Zona de estudio.* Este estudio se centra en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Francesc de Borja, hospital de referencia del departamento de Gandía, que presta asistencia a más de 188 000 habitantes de las 31 poblaciones de la comarca de la Safor y de diez municipios de La Vall d'Albaida.

Se trata de una unidad que dispone de 9 camas para ingreso de pacientes con patología psiquiátrica. La característica principal de la sala es que se trata de una unidad abierta donde también se encuentran pacientes de medicina interna. Otra de las características de esta sala es que comparte ubicación con el Hospital de día de enfermos de salud mental; y aunque no comparten personal sanitario, sí comparte alguna de sus instalaciones. En cuanto al personal que atiende a la unidad, la componen una psiquiatra, 13 enfermeros y 9 auxiliares

de enfermería. Tanto enfermería como auxiliares rotan periódicamente entre los dos servicios, de manera que la atención de dicho personal a este servicio UHP constará de una enfermera y una auxiliar por turno (mañana, tarde y noche).

*Variables.* En cuanto a las variables, se van a utilizar aquellas que nos proporciona el programa CMBD de hospitalización que nos aporta el servicio de admisión del Hospital Francesc de Borja. Las variables a estudiar van a ser: edad (en años); sexo: (hombre/mujer); número total de ingresos; motivo de ingreso; estancia media: obtenida de la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso que vendrá expresada en número de días; diagnóstico. Para respetar la protección de datos del paciente, el servicio de admisión del hospital Francesc de Borja de Gandía proporcionará los datos disociativos que no incluyen variables identificativas de los pacientes participantes en el estudio.

*Fuente y recogida de datos.* Los datos que se van a utilizar en este estudio los proporciona la base de datos de admisión del hospital Francesc de Borja (CMBD de hospitalización). De ésta podemos recopilar los siguientes datos: fecha de nacimiento y sexo.

En cuanto a los datos de identificación del episodio que se incorpora al CMBD a través del registro de hospitalización así como los registros de la UCSI (unidad de admisión) tanto en el momento del ingreso como al alta hospitalaria. Los datos a utilizar de este punto van a ser el número de ingresos o asistencia, que los proporciona automáticamente el programa, la fecha de ingreso, el servicio de ingreso de procedencia de éste, el tipo de ingresos (programado, de urgencia, de otro servicio hospitalario, programado de consultas externas del departamento, mediante derivación de otro centro hospitalario), la fecha de alta de todos los pacientes, así como circunstancias que concurren al alta y el servicio que proporciona esta.

En cuanto a los datos clínicos estos se obtienen del análisis del informe de alta. De los datos clínicos, los más relevantes serán: diagnóstico principal y secundario.

*Plan de análisis.* La base de datos proporcionada por la CMBD será analizada con Microsoft Excel y por el paquete estadístico SPSS 19. Se pretende agrupar las variables para poderlas estudiar entre ellas y compararlas por periodos de tiempo.

## Resultados

En lo que se refiere al perfil del paciente que ingresa en la unidad en cada año, basándonos en los datos analizados, podemos decir que:

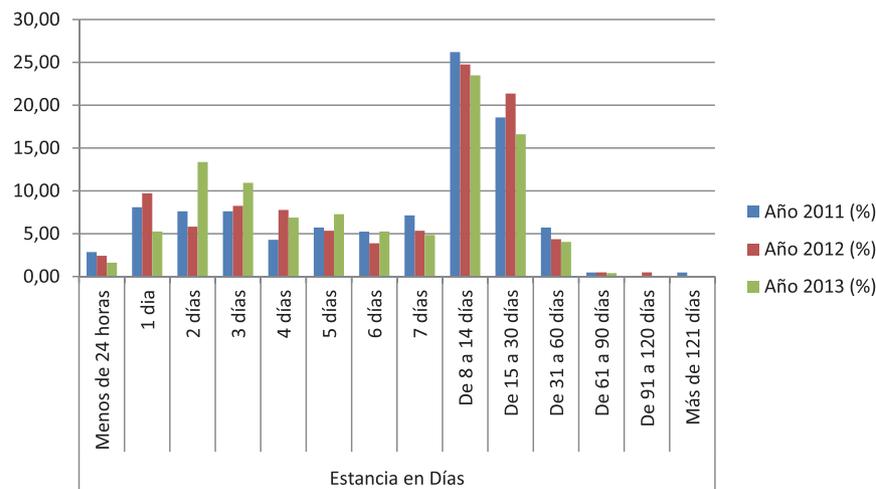
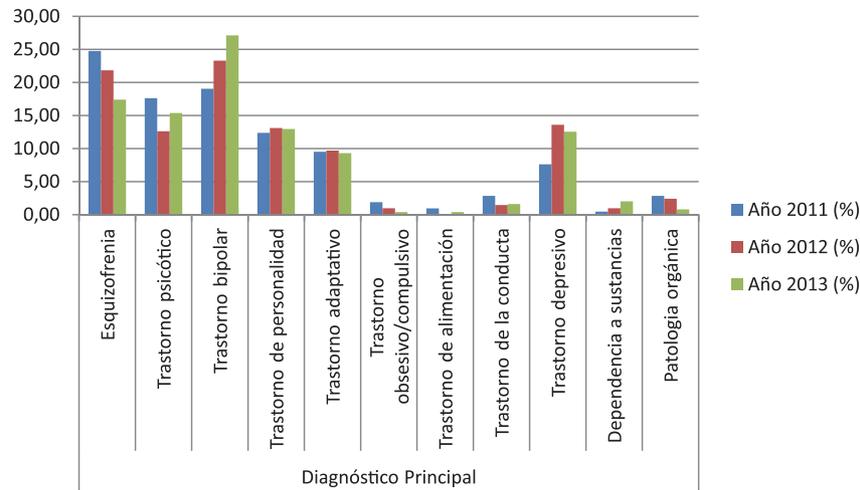
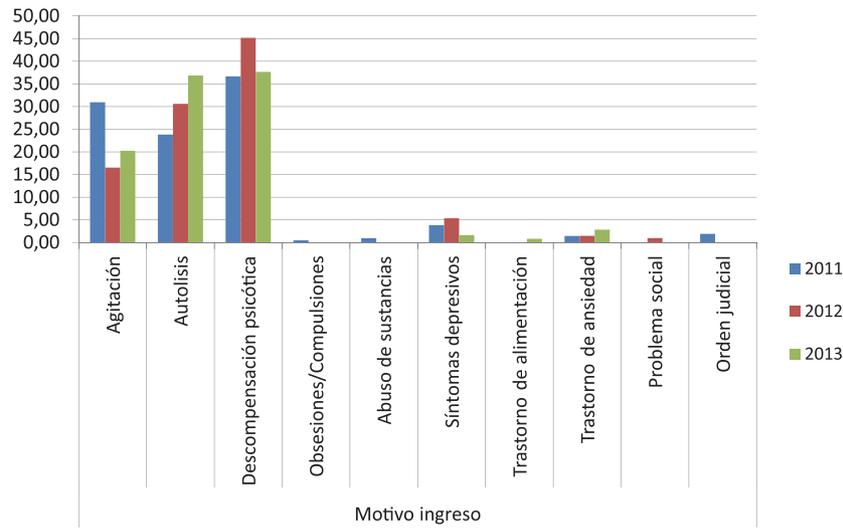
En el año 2011, el perfil del paciente ingresado fue: hombre (55,71%), de entre 41 y 50 años (29,05%), cuyo motivo de ingreso es descompensación psicótica (36,67%) y con diagnóstico principal esquizofrenia (24,76%) que permanece en la unidad entre 8 y 14 días (26,19%). Por otro lado, en el año 2012, el perfil quedaría de la siguiente forma: hombre (50,97%), de entre 41 y 50 años (31,55%), cuyo motivo de ingreso es descompensación Psicótica (45,15%) y con diagnóstico principal de trastorno bipolar (23,30%) que permanece en la unidad de 8 a 14 días (24,76%). En cuanto al 2013, observamos que el perfil sigue la misma línea del año anterior, siendo en este año: hombre (52,63%), de 31 a 40 años (27,53%), cuyo motivo de ingreso es descompensación psicótica (37,65%) y con diagnóstico principal de trastorno bipolar (27,13%) que permanece en la unidad de 8 a 14 días (23,48%). Siguiendo con el análisis de los datos extraídos, vamos ahora a detallar cada variable:

*Sexo.* Tal y como se observa en la tabla y gráfico siguiente es el sexo masculino el que predomina en los tres años del estudio, aunque podemos apreciar que con el paso de los años la diferencia entre ellos es cada vez menor.

*Grupos de edad.* En cuanto a la edad, la mayor parte de ingresos corresponden a pacientes con edades comprendidas entre 31 y 50 años en los tres periodos de tiempo estudiados.

*Motivo de ingreso.* Tal y como se observa en el gráfico (*página siguiente*), el motivo de ingreso principal corresponde en los tres años a descompensación psicótica. Aunque cabe destacar el incremento importante que existe con el motivo de ingreso autolisis que se ve aumentado en el último año con respecto a los dos anteriores.

*Diagnóstico principal.* En cuanto al diagnóstico principal, observamos que en 2011 prevalece la esquizofrenia, mientras que en los siguientes dos años 2012-2013 obtenemos como diagnóstico principal el trastorno bipolar. Observamos también un aumento progresivo del trastorno de la personalidad.



*Estancia en días.* En cuanto a los días que los enfermos permanecen ingresados en la unidad, se observa que el rango predominante durante todo el período del estudio es de entre 8 y 14 días, seguido de cerca por el rango de 15-30 días.

## Discusión

Tras varios años de trabajo en la UHP del Hospital Comarcal de Gandía, no tener constancia de ningún trabajo de investigación en donde se analice y determine el perfil del paciente que ingresa en dicha unidad, y debido a las características propias de la misma (se trata de una unidad abierta y combinada con Medicina Interna), vemos necesario la descripción del perfil de dicho paciente, para así poder adaptar mejor los objetivos de la unidad a las necesidades del paciente según sus características. Tras el análisis de las variables, podemos concluir que el perfil del paciente que ingresa en ésta unidad es el de un varón de entre 31 y 50 años cuyo motivo de ingreso es la descompensación psicótica, seguido en 2013 por la autolisis; con diagnóstico principal de esquizofrenia, seguido por trastorno bipolar en 2011, mientras que en el 2012 y 2013 predomina el trastorno bipolar seguido de la esquizofrenia; y con una estancia de entre 8 y 30 días de duración.

## Bibliografía

1. Características de los Usuarios de una Unidad de Agudos de Salud Mental: Determinantes Psicosociales y Clínicos, Ramos López, A; Díaz Palarea, M.D. (Vol. XXV, nº 96, Octubre/diciembre 2005, páginas 37-55; Revista de la AEN).
2. PO-382. Distribución por GRD de los ingresos en la Unidad de Hospitalización de agudos de psiquiatría del área sanitaria de Santiago de Compostela en el período 2009-2013. Diéguez Quinteiros, A.; Del Río Casanova, L; Brenlla González, J; Blanco Martínez, C; González Castroagudin, R; Pampín Alfonso, A; López De Abajo Rodríguez, B. (XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría 2015, Santiago de Compostela).
3. PO-579. Estudio Descriptivo de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Diagnóstico y Tratamiento. Vicente Alba, J. (XV Congreso Nacional de Psiquiatría).
4. PO-311. Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Rodríguez Jiménez, E; Chauca Chauca, G.M.; Ordovás González, M.P. (XVII Congreso Nacional de Psiquiatría).
5. World Health Organization, The World health report 2001: new understanding, new hope, Geneva, World Health Organization, 2001.
6. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona, Masson, 1995.
7. DSM-5, American Psychiatric Association, editorial medica Panamericana.

# El TDAH: ¿verdad o mito?

ADD: Truth or Myth?

**Manuela Blanco Presas**

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de A Coruña, Servizo Galego de Saúde. A Coruña, España.

Contacto: manuela.blanco.presas@sergas.es

Fecha de recepción: 17 de mayo de 2017 / Fecha de aceptación: 21 de julio de 2017

*Texto leído en la "I Jornada Gallega de Enfermería de Salud Mental-AEESME" (Vigo, 25 de Mayo 2017).*

Comenzaré confesando que me uno a los profesionales que aplican el rigor científico cuando afirman que el TDAH no existe. No es un diagnóstico clínico porque no se establece sobre criterios objetivos que permitan diferenciar el comportamiento normal frente a conductas supuestamente patológicas ni existen pruebas de neuroimagen (TAC, RNM, PET, etc), ni neurofisiológicas (EEG, ERP), ni marcadores biológicos (niveles en sangre de neurotransmisores, glucemia, colesterolemia, etc), o test neuropsicológicos específicos de utilidad para establecer tal diagnóstico. No resultan creíbles, ni están avaladas por la evidencia, las supuestas diferencias cerebrales, ya que este órgano es muy plástico y puede variar su estructura y funcionamiento dependiendo del nivel de exigencias y condiciones de vida. Es decir, el cerebro es un órgano modulado por la mente, en el que se graban las huellas de nuestra afectividad.

En su libro *La invención de los trastornos mentales*, Marino Pérez Álvarez y Héctor González Pardo, dos investigadores y profesores universitarios, expertos en Psicofarmacología y Psicología clínica, proponen y justifican con todo rigor una provocativa, y seguramente polémica, teoría acerca de la invención de distintas categorías de trastornos mentales. La creación y propagación de éstas últimas tiene mucho que ver con los intereses comerciales de la industria farmacéutica y con la complacencia de profesionales y pacientes. Así pues, los propios laboratorios farmacéuticos que nos venden el remedio en formato píldoras, reconocen la inexistencia de tales biomarcadores, sosteniendo la existencia de un trastorno, como si de una enfermedad se tratase, para justificar el consumo de fármacos, que continúa creciendo de forma exponencial al mismo ritmo que crecen sus beneficios económicos (es sufi-

cientemente explicativo ver la variedad de precios y el aumento de las prescripciones...).

Frente al modelo rígido de "enfermedad mental", los autores proponen una visión más abierta de tipo contextual, centrada en las circunstancias personales, en la que se escucha a las personas en vez de a los fármacos. Ser diferente o tener pensamiento crítico se ha convertido en una suerte de conversión en oveja negra, frente a la tendencia a la uniformidad/conformidad. Este interés espurio no es patrimonio únicamente de la industria farmacéutica, sino que se sostiene con medidas políticas que alimentan el floreciente negocio, empezando por el *Libro Blanco sobre el TDAH* elaborado por el Parlamento Europeo, y finalizando por darle cobertura legal al incluirlo en la LOMCE (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa), otorgando así beneficios como ayudas, subvenciones e incluso rebajas para la adquisición de libros de texto y acceso a becas, sin olvidar las "ganancias sociales" de cierto tipo de "asociacionismo buenista", que desde cierto grado de irresponsabilidad contribuyen a construir estigma en lugar de explicar las diferencias y normalizarlas como algo aceptable e incluso ventajoso, olvidando que el pensamiento creativo es enriquecedor para el desarrollo como personas y como sociedad.

Como señala Marino Pérez, especialista en Psicología Clínica y Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención en la Universidad de Oviedo, los lobbies farmacéuticos se frotan las manos viendo como los políticos trabajan a su favor. El neoliberalismo favorece la "patologización" al no aceptar las diferencias individuales y pretender soluciones finales que pasan por "la pastilla de aprobar", en lugar de refuerzos educativos, metodología didáctica personalizada, adaptaciones curriculares..., en fin, soluciones de tipo educativo.

Aunque en otros países ya existen experiencias que deberían ayudarnos a volver a encontrar el norte, pareciera que renace el mito de la tortura de San Sebastián (equiparando metafóricamente a San Sebastián con la indefensión infantil) y olvidando que somos los adultos los responsables y garantes de las condiciones adecuadas para un desarrollo infantil saludable. Esta situación de sobreprescripción farmacológica ya se produjo con anterioridad en Canadá, en 1997, donde realizaron un estudio de seguimiento de diagnósticos durante los 14 años siguientes a la introducción del TDAH en medidas legislativas, comprobándose un aumento exponencial de niños medicados que no se encontró en otras enfermedades infantiles como el asma.

Si el TDAH no es más que un problema conductual en el que sobresale la impulsividad (que disminuye con la madurez), la solución más acertada siguiendo el principio *primum non nocere*, al que atendemos todos los profesionales sanitarios, no sería medicar con el riesgo de sufrir efectos adversos, sino educar entrenando en control de la impulsividad y mejora de la atención. Este objetivo podría conseguirse mediante psicoeducación y potenciando aprendizajes colaborativos (cuestión que cuando se legisla en materia educativa adorna mucho el discurso pero que *a posteriori* no se traduce en la práctica académica).

Sabemos que el juego es el mejor instrumento de aprendizaje en la infancia; juegos tipo Simón dice, donde uno tiene que esperar a responder cuando se le realiza una petición, ha logrado que los niños mejoren y controlen su impulsividad. Libros del tipo *Buscando a Wally*, además de reforzar el vínculo parental con nuestros hijos mediante el uso de tiempo compartido, son de utilidad para entrenar la concentración y reducir el impulso, además de trabajar la memoria visual. Otros juegos de mesa como el Scateregories, Scrabble o Intellect también nos muestran beneficios del aprendizaje colaborativo mediante el juego. Pero ¿hacia qué tipo de sociedad queremos dirigirnos cuando hemos olvidado o minimizado la importancia del juego como instrumento de aprendizaje en la infancia? En la actualidad, se da mayor importancia a la tecnología y al juego solitario, al “hazlo tú solo”... Por ello, ya no se comparten aquellos Juegos Reunidos (en alusión a aquellos juegos de mesa que la empresa valenciana Geyper lanzó al mercado allá por los años 50 y que tan útiles resultaron para jugar en familia a varias generaciones de niños y cuyo espíritu pervive tras el cierre de dicha empresa en 1987). Quizás la intención sea acabar

con la infancia, convirtiendo esta etapa en una suerte de “adulthood inmadura”..., agilizando la asunción de determinadas responsabilidades a edades cada vez más precoces. No deja de sorprender cierto mimetismo con los adultos en la estética de ciertos infantes (niños hipersexualizados, uso de tecnologías reservadas a adultos, etc.).

La crisis de la sociedad actual no supone únicamente una situación de inestabilidad económica, sino también de desequilibrio en los valores y creencias que han construido nuestro imaginario colectivo y que tiene su reflejo en la creciente despersonalización, limitando las unicidades en favor de una suerte de uniformidad social que comienza a edades muy tempranas, siendo las aulas de educación primaria donde se ven los primeros síntomas de una civilización enferma de neoliberalismo. No hay lugar para la diferencia individual, la atención personalizada ni el pensamiento creativo; son cualidades amenazantes en una sociedad que ha colocado su estabilidad en la concordancia del pensamiento único, que se ha visto potenciado por el debilitamiento de los servicios públicos como garantía de los derechos colectivos en favor de un “sálvese quien pueda...”

Desde hace unos años, y casi coincidiendo con la crisis económica, observamos un aumento en la demanda de consulta en salud mental infanto-juvenil para valoración y tratamiento (“si procede”) de posibles casos de TDAH. Alberto Lasa, psiquiatra infantil y redactor de una de las guías clínicas sobre TDAH, lo expresa con contundencia y claridad: “La hiperactividad aislada no es una enfermedad”. En realidad, bajo la nomenclatura de TDAH lo que se ocultan son diversas dificultades en el afrontamiento de una realidad más simple: docentes hastiados, alumnos con dificultades lectoescritoras desde el inicio de la enseñanza primaria que consecuentemente no alcanzan los objetivos de aprendizaje diseñados para su perfil, desmotivación en el aula (asociada al uso de metodologías didácticas poco creativas u obsoletas en muchos casos), falta de estímulos en el entorno familiar (estilo parental *laissez faire*).

Es necesario recordar la Declaración Universal de los Derechos del Niño para cuestionarse si la autoridad parental ha renunciado a la labor de supervisar el aprendizaje familiar sustentado en el juego en favor del “aprende por ti mismo”. Los regalos navideños más habituales son juegos electrónicos... Ya no son parchís, Trivial Pursuit, ni Scrabble... ¿Cómo pretender traba-

jar la frustración de que te coman la ficha, aprender estrategias de anticipación, trabajar la visión espacial? ¿Estamos entrenando el pensamiento creativo con tanto juguete precocinado... o resultaría más adecuado supervisar la adquisición de nuevos aprendizajes tanto en el entorno familiar como el escolar de forma más colaborativa? ¿Qué repercusiones tienen estos nuevos juguetes en el proceso de aprendizaje al olvidar o disminuir un aspecto fundamental como la comunicación, el trabajo en equipo y las actitudes con el grupo de iguales? ¿Han renunciado a su papel los orientadores psicopedagógicos en favor de un “sálvese quien pueda”, al obviar su función preventiva en favor de realizar labor asistencial cuando se han constatado dificultades de aprendizaje evidenciadas en forma de suspensiones?

La coyuntura social actual nos muestra no únicamente la adversidad económica planificada desde intereses financieros claramente espurios, sino una suerte de indefensión ética, de renuncia al cambio, de desesperanza a entender lo particularmente creativo, y así fue como aceptamos envenenar a la infancia que no cumple los objetivos académicos diseñados para su edad, obviando si estamos prestando el apoyo psicopedagógico adecuado (refuerzos, atención individualizada, entrenamiento en tareas, adaptación curricular...), utilizando anfetaminas cuyos efectos secundarios tras uso prolongado están por evidenciar mediante estudios de caso longitudinales que aporten conclusiones rigurosas. Resulta alarmante el hecho de que el 80 % de la demanda de consulta en nuestra USM Infanto-Juvenil siga siendo para “valoración y tratamiento si procede por posible TDAH”.

¿Y cómo nos posicionamos las enfermeras especialistas en salud mental frente a esta nueva forma de exclusión social y de estigmatización desde la más tierna infancia? Nuestro rol no puede ser otro que el de defensoras de nuestros pacientes desde un enfoque positivo: normalizando y entendiendo las diferencias individuales y posicionándonos contra la estigmatización. La angustia del estudiante por no conseguir el objetivo académico situado en el aprobado de la materia se ha convertido en un producto de mercado, fácil de comprar para padres apesurados en busca de soluciones externas, sobreprotectores y profesorado más proclive a la reivindicación sindical que a la atención a la diversidad, con la connivencia de instituciones que en lugar de resolver déficits estructurales practicando una especie de buenismo no hacen otra cosa que estigmatizar. Un ejemplo que ilustra esta situación es el

requisito de un diagnóstico clínico de los servicios sanitarios públicos en los supuestos de “alumnos afectados de TDAH” para justificar la necesidad específica de apoyo educativo y obtener la beca correspondiente (RD 293/2016 de 15 de Julio, publicado en BOE de 16 de Julio de 2016 por el que se convocan ayudas para alumnado con necesidad de apoyo educativo). Los suspensiones ya no son de los estudiantes sino de estudiantes enfermos.

Tales ayudas incluyen el apoyo psicológico fuera del circuito sanitario público, como atención en gabinetes de psicología y psicopedagogía privados, financiados desde las arcas públicas, que lejos de resolver los problemas de aprendizaje en los centros escolares, lo que hacen es contribuir a aumentar una patologización de situaciones cotidianas en la vida académica y que pretenden atribuir a una deficiente regulación de los neurotransmisores la falta de capacidad o de motivación. ¿Y cómo podemos contribuir las enfermeras especialistas en salud mental a despatologizar la infancia? Podríamos comenzar por el empoderamiento parental, lo que pasa por dar una información exhaustiva que permita elegir con libertad a padres y propios pacientes (cuando se trate de menores maduros), siguiendo por socializar acciones (estableciendo y facilitando una coordinación adecuada que facilite una atención integral, tanto en la esfera clínica como la académica y convirtiendo a la familia en la auténtica protagonista) y completando la cuadratura del círculo con la participación en la elaboración de políticas sanitarias en las que nuestro pensamiento crítico ayude a poner en valor los conceptos salud y prevención frente a patología y asistencia.

En la comunidad autónoma gallega, algunas enfermeras especialistas en salud mental hemos enviado iniciativas a los distintos grupos políticos del Parlamento gallego, alertando sobre esta patologización y sus consecuencias en la construcción del estigma en edades tempranas, además de estar presentes en diversas asociaciones multiprofesionales en las que se denuncia el deterioro de los cuidados debido a la precariedad y desregularización laboral (no contratación de especialistas y desamortización de la sanidad pública) que influyen ostensiblemente en el mantenimiento de este problema. Precisamos de forma urgente la dotación en los dispositivos de enfermeras especialistas, cumpliendo los ratios poblacionales adecuados, y un mayor esfuerzo en políticas preventivas, porque prevenir es siempre mejor que curar.

Quiero terminar con una frase de Menandro de Atenas: “Quien tiene la voluntad, tiene la fuerza”, para señalar que aunque los políticos no escuchen a los profesionales de enfermería en salud mental, nosotros seguimos teniendo la fuerza porque tenemos la voluntad de seguir mejorando la calidad asistencial.

## Bibliografía

1. Amador, J.A; Idiazabal, M.A y cols: Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 2002. Vol 14, nº 2, pp. 350-356.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
3. Chalifour, J: La relación de ayuda en los cuidados de Enfermería. Barcelona: SG Editores, 1994.
4. Gastaldo, D: ¿Es ética la sumisión de las Enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Conferencia presentada en el IV Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería de la AENTDE. A Coruña, 9-10 de Marzo de 2002.
5. García de Vinuesa, F; González Pardo, H y Pérez Álvarez, M: Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. Barcelona: Alianza Editorial, 2014.
6. González Pardo, H; Pérez Álvarez, M: La invención de los trastornos mentales. Barcelona: Alianza Editorial, 2007.
7. Gordon, M: Diagnóstico Enfermero, proceso y aplicación. Barcelona: Editorial Mosby, 1994.
8. Jhonson, M; Bulecheck, G: Diagnósticos enfermeros. Resultados e Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Editorial Mosby-Harcourt, 2002.
9. Lasa-Zulueta, A y cols: Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH. Barcelona: Editorial Octaedro, 2012.
10. Pérez Álvarez, M: Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Madrid: Editorial Universitas, 2003.
11. Polaino Lorente, A y col: Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión editorial, 1997.
12. Polaino Lorente, A: El estrés de los profesores: estrategias psicológicas de intervención para su manejo y control. *Revista Española de Pedagogía*, 40 (157), 1982.
13. Polaino Lorente, A; Soutullo, CA; Díez Suárez, A: Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
14. Riddle, M.A y cols: The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS) 6 year follow-up. *Journal of American Academy of child & adolescent psychiatry* ([www.jaacap.org](http://www.jaacap.org)).



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