

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 22 JUNIO 2025

EDITORIALES

Nuevas tecnologías de aprendizaje transformadoras en cuidados enfermeros en salud mental

Dra. Celia Martí-García

Optimización del abordaje de personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia

Dr. Manel Santià Vila

REVISIÓN

Impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio en adultos: una revisión sistemática

Pilar Ferreiro, Dr. Daniel Baldó

ARTÍCULOS ORIGINALES

Competencias en sostenibilidad ambiental de los profesionales de enfermería: conciencia y comportamiento ecológico

Xavier Vidal Pascual, Inés Begoña Hoyas Galán, Sergi Huertas Martínez, Aida González Zaragoza, Ferran Gil Guiñón

Prevención de la patología dual desde una perspectiva de género

Belén Santiago Lozano, Piedad Iratxe Jiménez Zambrano, Sara Caldera Torres, Alba Alcalá Asencio, Adrián López Gómez

Estigma internalizado en personas atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil

Andrea Moreta Cacicedo, Laura Cuesta Castañón, María Teresa Andrés Jaén

Efectividad de un programa de *mindfulness* para el abordaje de la ansiedad y depresión en usuarios de una unidad de salud mental

Ana Roig García, Raquel Marcos Garcés, Ingrid García Nebot

EN PRIMERA PERSONA

Carta de despedida a mi trastorno de la conducta alimentaria

Anónimo

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707

CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

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

Editor

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

Editora Asociada

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

COMITE EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 455, Local 14. 28047 Madrid

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

Tesorera

Esther Vivanco González

Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Ana Ventosa Ruiz

Dña. Rocío Pérez Campina

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. María González Cid

© AEESME, 2025

ISSN: 2530-6707

ÍNDICE

EDITORIALES

- 2 Nuevas tecnologías de aprendizaje transformadoras en cuidados enfermeros en salud mental**
Transformative learning technologies in mental health nursing
Dra. Celia Martí-García
- 5 Optimización del abordaje de personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia**
Optimizing the approach to individuals with schizophrenia spectrum disorders
Dr. Manel Santiñà Vila

REVISIÓN

- 7 Impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio en adultos: una revisión sistemática**
Impact of physical exercise on suicide risk in adults: a systematic review
Pilar Ferreiro, Dr. Daniel Baldó

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 15 Competencias en sostenibilidad ambiental de los profesionales de enfermería: conciencia y comportamiento ecológico**
Environmental sustainability competencies among nursing professionals: awareness and ecological behavior
Xavier Vidal Pascual, Inés Begoña Hoyas Galán, Sergi Huertas Martínez, Aida González Zaragoza, Ferran Gil Guiñón
- 25 Prevención de la patología dual desde una perspectiva de género**
Dual diagnosis prevention from a gender perspective
Belén Santiago Lozano, Piedad Iratxe Jiménez Zambrano, Sara Caldera Torres, Alba Alcalá Asencio, Adrián López Gómez
- 33 Estigma internalizado en personas atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil**
Internalized stigma in individuals attended at the Montevil Comprehensive Treatment Center
Andrea Moreta Cacicedo, Laura Cuesta Castañón, María Teresa Andrés Jaén
- 40 Efectividad de un programa de *mindfulness* para el abordaje de la ansiedad y depresión en usuarios de una unidad de salud mental**
Effectiveness of a mindfulness programme for tackling anxiety and depression in users of a mental health unit
Ana Roig García, Raquel Marcos Garcés, Ingrid García Nebot

EN PRIMERA PERSONA

- 51 Carta de despedida a mi trastorno de la conducta alimentaria**
Farewell letter to my eating disorder
Anónimo

Nuevas tecnologías de aprendizaje transformadoras en cuidados enfermeros en salud mental

Transformative learning technologies in mental health nursing

Dra. Celia Martí-García

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. Málaga, España

Contacto: celiamarti@uma.es

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2656-8473>

EDITORIAL

En la era digital actual, la integración de tecnologías de aprendizaje transformadoras en la educación en enfermería de salud mental no es solo una necesidad, sino una revolución en marcha. Este editorial explora cómo herramientas como la realidad aumentada, la realidad virtual y las plataformas de aprendizaje adaptativo están redefiniendo los paradigmas tradicionales de la formación en enfermería de salud mental, ofreciendo nuevas oportunidades para potenciar tanto las competencias clínicas como las interpersonales.

La evolución de la tecnología en la educación de enfermería ha sido notable, pasando de métodos tradicionales basados en el aula a la integración de tecnologías avanzadas. Esta transición ha incluido la incorporación de registros electrónicos de salud y la telemedicina, optimizando la gestión de datos y la interacción con los pacientes¹. Además, la educación a distancia ha ampliado el acceso a la formación², y la incorporación de sistemas digitales en la práctica enfermera ha optimizado los procesos clínicos y reducido errores³. Se espera que los desarrollos futuros aprovechen las tecnologías del internet de las cosas (IoT, por sus siglas en inglés: *internet of things*), transformando la práctica enfermera mediante la monitorización en tiempo real y la gestión avanzada de pacientes³.

Sobre esta base tecnológica, el ámbito de la educación en enfermería también ha experimentado avances significativos en el uso de tecnologías de simulación, que han contribuido a mejorar la formación mediante la creación de entornos inmersivos que favorecen el desarrollo de habilidades y competencias clínicas. La realidad virtual, la inteligencia artificial y las herramientas para la creación de escenarios permiten fomentar el pensamiento crítico y el razonamiento clínico en contextos realistas y sin riesgos⁴. Las simulaciones a distancia, especialmente útiles durante las restricciones de la pandemia de COVID-19, han demostrado mantener el compromiso del estudiantado⁵. Además, los procesos de retroalimentación mejorados mediante inteligencia artificial han mostrado un impacto positivo en la retención de conocimientos y habilidades⁶, mientras que herramientas como ChatGPT han simplificado la generación de escenarios clínicos complejos, permitiendo al personal docente centrarse más en la enseñanza⁷.

Algunas de estas herramientas tecnológicas más avanzadas, como los dispositivos de realidad mixta y los sistemas de retroalimentación mejorados con inteligencia artificial, ofrecen experiencias inmersivas e interactivas fundamentales para estimular el pensamiento crítico. Por ejemplo, los dispositivos de realidad mixta permiten representar escenarios clínicos realistas y complejos, lo que posibilita que el estudiantado de enfermería afronte retos asistenciales como la atención a pacientes con múltiples comorbilidades o en situaciones de emergencia, sin los riesgos que implicaría en un contexto real⁸. Concretamente, la realidad mixta, integra la inmersión propia de la realidad virtual con las posibilidades de superposición de información que ofrece la realidad aumentada. Esto permite visualizar e interactuar con elementos virtuales dentro de su entorno físico real, favoreciendo una experiencia más profunda y enriquecedora, lo que la posiciona como una herramienta idónea para actividades que requieren combinar ambos mundos⁸⁻¹¹.

Sobre la base de las experiencias inmersivas e interactivas que aportan las tecnologías de simulación en la educación enfermera, la Universidad de Málaga ha impulsado iniciativas específicas en el ámbito de la formación en salud mental. Un ejemplo destacado es el proyecto PIE 22-151, titulado “Abordaje del estigma hacia los trastornos mentales mediante el uso de realidad aumentada”, que emplea tecnología de realidad aumentada para potenciar la com-

preensión del estudiantado de Enfermería sobre los trastornos mentales. Esta iniciativa incorpora dispositivos de realidad aumentada que simulan experiencias sensoriales complejas, como alucinaciones auditivas y visuales, con el objetivo de ofrecer una percepción más realista de las alteraciones cognitivas presentes en diversos trastornos. A través de esta aplicación innovadora, el proyecto busca no solo mejorar la formación teórica y práctica, sino también fomentar una mayor empatía hacia las personas con problemas de salud mental, contribuyendo así a la reducción del estigma asociado a estas condiciones¹².

Además de perfeccionar habilidades clínicas fundamentales, las tecnologías de simulación han desempeñado un papel clave en el aumento de la confianza y la competencia del estudiantado de enfermería. En particular, las simulaciones con realidad virtual (VR) han demostrado ser eficaces para mejorar la autoeficacia y las capacidades comunicativas del alumnado, aspectos esenciales para desenvolverse en entornos de alta exigencia como los relacionados con la salud mental¹³. Este tipo de simulaciones ofrece un espacio seguro para interactuar con pacientes de forma simulada, favoreciendo el desarrollo de la resiliencia emocional y la seguridad necesarias para afrontar situaciones clínicas reales.

Asimismo, la aplicación de simulaciones de alta fidelidad, tanto en contextos educativos como en programas de desarrollo profesional, ha demostrado ser eficaz para mejorar las competencias profesionales de las enfermeras tituladas. Estas simulaciones están diseñadas para reproducir con gran precisión escenarios reales de atención sanitaria, lo que permite tanto al estudiantado como a profesionales con experiencia perfeccionar sus habilidades clínicas y ampliar sus conocimientos. La evidencia disponible indica que la participación en ejercicios de simulación, ya sean de alta fidelidad o virtuales, se asocia con mejoras cuantificables en conocimientos, destrezas y niveles de satisfacción general, reflejándose en puntuaciones más altas en evaluaciones posteriores y en pruebas clínicas estructuradas objetivas (OSCE)^{14,15}. En el ámbito de la salud mental, estos escenarios pueden alcanzar un alto grado de fidelización cuando se combina la posibilidad de contar con laboratorios de simulación y sistemas de *streaming* junto al *role playing* de pacientes estandarizados. Su uso en escenarios emocionalmente complejos, como el caso del abordaje del riesgo de conducta suicida, ayuda al estudiantado a mejorar la autoconfianza en el manejo de situaciones críticas, promoviendo una actitud más segura y empática ante contextos de alta carga emocional¹⁶.

En este contexto de transformación educativa, también resulta fundamental considerar el papel que desempeñan las redes sociales como parte de estas nuevas tecnologías de aprendizaje transformadoras. Su integración responde no solo a las necesidades de innovación pedagógica, sino también al perfil digital del estudiantado actual y al uso intensivo que hacen de sus dispositivos móviles. Estas plataformas permiten captar su atención y aprovechar su potencial para generar contenidos breves y visuales que sintetizan información clave. Además, promueven la implicación activa del alumnado en la alfabetización en salud mental, reforzando su rol como agentes de cambio social. De hecho, se ha observado que la alfabetización digital en salud y la autoeficacia en el uso de redes sociales influyen positivamente en la capacidad del estudiantado de Enfermería para comunicar información relacionada con la salud¹⁷. Asimismo, el uso problemático de redes sociales, combinado con una baja alfabetización en salud mental, se ha identificado como un factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en este colectivo¹⁸.

Conscientes de esta realidad y, de la importancia de desarrollar programas educativos específicos que mejoren la alfabetización digital en salud y la autoeficacia en redes sociales¹⁷ mediante el uso responsable de las mismas, desde la asignatura de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica de la Universidad de Málaga, se ha desarrollado un blog colaborativo: <https://enfermeriadesaludmentalypsiquiatrica.blogspot.com/> y una cuenta en la plataforma TikTok. Este espacio ofrece al estudiantado un entorno digital en el que reflexionar y compartir contenidos vinculados a la salud mental, al papel de la enfermera en su abordaje y a estrategias para combatir el estigma. A través de entradas breves, infografías y recursos visuales, se fomenta la elaboración de “píldoras informativas” por parte del estudiantado, que no solo refuerzan el aprendizaje, sino que también impulsan una divulgación responsable y transformadora en redes sociales.

En definitiva, la integración estratégica de tecnologías transformadoras –como la simulación clínica, la realidad aumentada y mixta, y las plataformas digitales– está cerrando la brecha entre teoría y práctica en la formación en enfermería. Estas herramientas no solo mejoran las competencias clínicas e interpersonales, sino que también prepa-

enfermería. Estas herramientas no solo mejoran las competencias clínicas e interpersonales, sino que también preparan al estudiantado para afrontar con mayor seguridad los retos de la salud mental.

No obstante, esta transformación también conlleva desafíos éticos relevantes, como la protección de datos, la representación adecuada de las experiencias simuladas y la equidad en el acceso a los recursos tecnológicos. Para que el cambio sea sostenible y justo, resulta imprescindible una evolución cultural en las instituciones educativas. Es necesario adoptar una visión abierta a la innovación, en la que la tecnología se utilice como medio para formar profesionales críticos, empáticos y éticamente comprometidos, capaces de responder a las demandas del cuidado en el siglo XXI.

Bibliografía

- McGrow K. Empowering Nurses with Technology. A Practical Guide to Nurse Informatics. Epub ahead of print 26 November 2024. <https://doi.org/10.4324/9781003439721>
- Li Y, Chen D, Zen Y. Development and Effect Evaluation of Distance Nursing Education Curriculum Based on Information Technology. *Journal of higher education research*, 2024; 5: 427. <https://doi.org/10.32629/jher.v5i5.3053>
- Wang B-Y, Shi X, Han X, et al. The digital transformation of nursing practice: an analysis of advanced IoT technologies and smart nursing systems. *Frontiers in Medicine*, 2024; 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1471527>.
- Mason ZA. Simulation learning: exploring its transformative influence on nursing practice. *RCN nursing standard*, 2024. <https://doi.org/10.7748/ns.2024.e12391>.
- Deol JK, Parsons J. Remote Simulation-Based Learning Using a Mixed Reality Device: Perspectives of Nursing Educators and Undergraduate Nursing Students. *Nursing praxis in Aotearoa New Zealand*, 2024; 40 (1) <https://doi.org/10.36951/001c.125508>.
- Benfatah M, Youlyouz-Marfak I, Saad E, et al. Impact of artificial intelligence-enhanced debriefing on clinical skills development in nursing students: A comparative study. *Teaching and Learning in Nursing*, 2024; 19 (3): e574-e579. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.04.007>.
- Reid JA. Building clinical simulations with ChatGPT in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 2024; 0(0):1-2. <https://doi.org/10.3928/01484834-20240424-05>
- Lisle, L., Davidson, K., Gitre, E. J., North, C., & Bowman, D. A. Different realities: a comparison of augmented and virtual reality for the sensemaking process. *Frontiers in Virtual Reality*, 2023; 4: 1177855. <https://doi.org/10.3389/frvir.2023.1177855>
- Cipresso, P., Giglioli, I. A. C., Raya, M. A., & Riva, G. The past, present, and future of virtual and augmented reality research: a network and cluster analysis of the literature. *Frontiers in psychology*, 2018; 9: 2086. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02086>
- Rokhsaritalemi, S., Sadeghi-Niaraki, A., & Choi, S. M. A review on mixed reality: Current trends, challenges and prospects. *Applied Sciences*, 2020; 10(2): 636. <https://doi.org/10.3390/app10020636>
- Aiersilan, A. Literature Review of Mixed Reality Research. 2023; arXiv:2312.02995. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.02995>
- Martí-García C, Quemada-González C, Aguilera-Serrano C, León-Campos Á, García-Mayor S, Gutiérrez-Rodríguez LdC, Conesa Martín-Aragón LM. Approach to Stigma Towards Mental Disorders Using Augmented Reality Málaga: Universidad de Málaga; [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://www.uma.es/gpie-iesenf/cms/menu/presentacion/>
- Kim GM, Lim JY, Kim EJ, et al. Impact of Virtual Reality Mental Health Nursing Simulation on Nursing Students' Competence. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2024; 17: 191-202. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S435986>
- Guerrero J, Attallah D, Gomma N, et al. Improvements in practising nurses' knowledge, skills, self-efficacy, confidence, and satisfaction after a simulated clinical experience of caring for a patient undergoing chemotherapy: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 2024; 23 (66). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01727-0>.
- García-Mayor, S., Quemada-González, C., León-Campos, Á., Kaknani-Uttumchandani, S., Gutiérrez-Rodríguez, L., del Mar Carmona-Segovia, A., & Martí-García, C. Nursing students' perceptions on the use of clinical simulation in psychiatric and mental health nursing by means of objective structured clinical examination (OSCE). *Nurse Education Today* 2021; 100: 104866. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104866>
- Quemada-González, C., Becerra-Martos, E. F., Blenkarn, M., Gutiérrez-Rodríguez, L., García-Mayor, S., León-Campos, Á., & Martí-García, C. Nursing students' experience of approaching risk for suicide behaviour through simulated environments: A content analysis study. *Archives of psychiatric nursing*, 2024; 50: 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.03.001>
- Sun, H., Qian, L., Xue, M., Zhou, T., Qu, J., Zhou, J., ... & Liu, Y. The relationship between eHealth literacy, social media self-efficacy and health communication intention among Chinese nursing undergraduates: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 2022; 10: 1030887. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1030887>
- Jiayuan, Z., Lina, M., & Yang, L. Problematic media use, mental health literacy, and their interaction in depression among nursing students. *BMC nursing*, 2025; 24(1): 199. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02827-1>

Optimización del abordaje de personas con Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia

Optimizing the approach to individuals with schizophrenia spectrum disorders

Dr. Manel Santiñà Vila

Anterior Presidente y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial
Contacto: msantina@recerca.clinic.cat

EDITORIAL

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE) engloban un conjunto de entidades clínicas, entre ellas, la esquizofrenia, consideradas un problema crónico y heterogéneo que tiene un impacto negativo en la vida de la persona que la padece y que requiere de tratamiento médico, sin el cual los pacientes pueden sufrir episodios recurrentes de la enfermedad.

La enfermedad también afecta al entorno inmediato del paciente, suponiendo una carga para las familias y los cuidadores, con un coste socioeconómico alto debido a costes indirectos de la misma, como el desempleo, la asistencia social y la hospitalización durante las crisis de la enfermedad.

La mejora de la calidad de la atención de los pacientes con algún TEE requiere actuar para solucionar las barreras que dificultan realizar una atención efectiva, como son:

- Los retrasos en el diagnóstico por insuficiente conocimiento de la enfermedad.
- Las insuficientes consultas especializadas.
- Los retrasos en las visitas de seguimiento.
- Las consultas protocolizadas, centradas en un paciente tipo y poco personalizadas.
- La formación de la familia/cuidadores para ayudar a las personas con TEE.
- La necesidad de mejorar la atención integral entre dispositivos asistenciales.
- La necesidad de mejorar la atención en los servicios de urgencias y ambulancias.
- Los riesgos de la transición de la etapa infantojuvenil a la etapa adulta.
- Los retrasos en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado
- La accesibilidad a los recursos necesarios.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) coordinó un proyecto en el que participaron representantes de la Asociación de Enfermería de Salud Mental (AEESME), la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), La Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC), la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) y la Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE), que tuvo el apoyo de la Alianza Otsuka-Lundbeck. El objetivo de este trabajo fue elaborar un conjunto de criterios de calidad diseñados para la atención a personas con TEE (esquizofrenia), consensuados por la comunidad científica y los pacientes afectados, aplicables a los diversos dispositivos asistenciales encargados de proporcionar cuidado y soporte a estos pacientes, pensados como un instrumento para asegurar una atención sanitaria con los más altos estándares de calidad y eficacia posibles, y basados en un consenso amplio y representativo.

El proyecto se desarrolló mediante metodología de investigación cualitativa. En una primera fase, se realizó una revisión bibliográfica para identificar los aspectos clave del abordaje del paciente con TEE (esquizofrenia). En una segunda fase, se realizaron dos grupos focales: uno con pacientes afectados, para determinar las barreras que encuentran en su recorrido por el sistema sanitario, que permitió identificar 16 barreras, y otro con un panel de representantes de las sociedades y asociaciones participantes, que permitió identificar 46 criterios de calidad. En la tercera fase,

se realizó un estudio Delphi de 2 olas, con la participación de 4 pacientes y 28 profesionales, representantes de diferentes especialidades, para priorizar los criterios de calidad más relevantes, identificados en cada barrera, que permitió consensuar 26 criterios de calidad.

Destacar los aspectos positivos identificados por los pacientes en sus interacciones con el sistema de salud mental, entre los que cabe citar la incorporación de la enfermería de salud mental, que brinda un trato más cercano y accesible, el avance en el ámbito farmacológico, con mejoras en los efectos secundarios de los tratamientos, o las mejoras implementadas en las instalaciones para hospitalización y atención en hospital de día.

La mejora de la atención a las personas con TEE representan un desafío multifacético que requiere una intervención integral y coordinada de varios niveles de atención sanitaria. La meta es asegurar una atención integral que atienda las necesidades clínicas y psicosociales de las personas con TEE, facilitándoles una recuperación funcional más plena y una integración social más efectiva.

La propuesta de 26 criterios de calidad construye un instrumento para abordar las barreras críticas que dificultan la atención, conseguir mejorarla y, con ello, ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con TEE. En la web de la SECA¹ pueden ver los criterios y pueden comprobar si cumplen o no con lo que se propone, lo cual orienta en el camino a la mejora de la calidad de la atención a estas personas.

Notas al pie

1. <https://calidadasistencial.es/optimizacion-de-la-coordinacion-entre-dispositivos-asistenciales-en-el-abordaje-de-las-personas-con-trastorno-del-espectro-de-la-esquizofrenia/>

Impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio en adultos: una revisión sistemática

Impact of physical exercise on suicide risk in adults: a systematic review

Pilar Ferreiro, Dr. Daniel Baldó

Facultad de Enfermería de la Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid, España.

Contacto: Daniel Baldó, PhD. C/ Rodríguez San Pedro, 22, 1-A, 28015, Madrid (Madrid), España. email: d.baldo@drbaldo.com

Fecha de recepción: 29 de enero de 2025 / Fecha de aceptación: 28 de abril de 2025

Resumen

Introducción: El ejercicio físico ha cobrado interés en la prevención del suicidio por su capacidad para generar sentimientos de logro y sentido de propósito en quien lo practica.

Objetivo: Evaluar el impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio en adultos de 18 a 64 años.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática con 13 artículos hallados al realizar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar. Para ello, se hizo uso de los descriptores ejercicio físico, suicidio, intento de suicidio, prevención del suicidio, salud mental y actividad física. Los criterios de inclusión fueron: estudio de la relación entre la práctica de ejercicio físico y el riesgo de conducta suicida, edad de la población de estudio ≥ 18 años e inglés o español como idiomas de publicación. Se excluyeron aquellos estudios realizados con una población ≥ 65 años, publicados antes de 2015, duplicados o con una calidad metodológica deficiente.

Resultados: El 76.9 % de los estudios de investigación revisados concluye que el ejercicio físico podría ser eficaz en la prevención de la conducta suicida en adultos. Sin embargo, el 23.1 % de los estudios analizados no respalda la práctica de ejercicio físico como herramienta eficaz en la prevención del suicidio.

Discusión/Conclusiones: Se requieren nuevas investigaciones que aporten un mayor nivel de evidencia científica sobre la eficacia del ejercicio físico en la prevención del suicidio en adultos de 18 a 64 años.

Palabras clave: prevención del suicidio, suicidio, intento de suicidio, ejercicio físico, actividad física, salud mental.

Abstract

Introduction: Physical exercise could be interesting in suicide prevention because of its ability to generate feelings of accomplishment and sense of purpose in the athlete.

Objective: To assess the impact of physical exercise on suicide risk in adults aged 18-64 years.

Methods: A systematic review was carried out with 13 articles that were found through a bibliographic search in PubMed, Scopus and Google Scholar databases. We used the next descriptors: physical exercise, suicide, suicide attempt, suicide prevention, mental health, and physical activity. The inclusion criteria were to study the relationship between physical exercise and the risk of suicidal behavior, study population are ≥ 18 years old and Spanish or English as languages of publication. The exclusion criteria were the following: study population are 65 years old; publication date is prior to 2015; the article is duplicated; and the methodological quality is not enough.

Results: 76.9 % of the reviewed scientific studies conclude that physical exercise could be effective for the prevention of suicidal behavior in adults. However, 23.1 % of the reviewed studies do not support physical exercise as an effective tool in suicide prevention.

Discussion and conclusions: Further research is needed to provide a higher level of scientific evidence to support the use of physical exercise in the prevention of suicidal behavior in adults that are 18-64 years old.

Keywords: suicide prevention, suicide, suicide attempt, physical exercise, physical activity, mental health.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se quitan la vida alrededor de 800 000 personas en el mundo o, lo que es lo mismo, se consume 1 suicidio cada 40 segundos. En España, en el año 2020, se registraron 4116 casos de suicidio (11.3 suicidios al día), siendo así la primera causa de muerte no natural en la población general¹⁻⁴.

El suicidio constituye un acto consciente y deliberado por el que el sujeto se causa la muerte^{1,2}. En este sentido, tradicionalmente, se ha identificado la comorbilidad mental (depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno bipolar, trastorno maniaco-depresivo, trastornos relacionales, trastorno límite de la personalidad, entre otros) como el factor de riesgo que más influye sobre la decisión de suicidarse. Sin embargo, existen otros factores no patológicos que pueden influir sobre el riesgo de suicidio: la genética, la personalidad, la biografía, la edad, el entorno sociocultural, la situación socioeconómica, la etapa vital, la religión y el estado de salud general¹⁻⁵. Respecto a ello, se sabe que las personas con mayor tendencia a suicidarse son los hombres, los adultos mayores de 40 años, las personas con alguna enfermedad mental y quienes pertenecen a colectivos estigmatizados como, por ejemplo, las personas racializadas o la comunidad LGTBIQ+. A estos se suman quienes están más expuestos a los conflictos, la violencia, los abusos y la discriminación. Las situaciones de crisis, duelo y dolor también son importantes factores de riesgo⁴.

Recientemente, el ejercicio físico ha cobrado interés en la prevención del suicidio por su capacidad para generar sentimientos de logro y sentido de propósito en quien lo practica, ambos habitualmente inexistentes en la persona que planea suicidarse. Además, el ejercicio físico ha demostrado tener un impacto positivo sobre la salud mental, siendo capaz de mejorar el estado de ánimo, reducir la tendencia a la rumiación, disminuir el estrés, favorecer las relaciones interpersonales saludables e incrementar la autorrealización, la autoconfianza y la autoestima. Sin embargo, su eficacia en la prevención y manejo del suicidio no se conoce con certeza, fundamentalmente por la escasez de estudios derivada de la persistencia de estas dos creencias: las personas con enfermedad mental no son capaces de adherirse a ningún programa de ejercicio físico y las personas sanas no se suicidan⁵.

Dado el incremento exponencial de las tasas de suicidio en el mundo y de los potenciales beneficios que aporta la práctica regular de ejercicio físico sobre la salud mental, la presente investigación se cuestiona la eficacia del ejercicio físico para reducir el riesgo de conducta suicida en adultos bajo las siguientes premisas⁶:

- Existe evidencia científica que equipara el ejercicio físico con los antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión, que es una de las principales causas de suicidio.
- La evidencia científica sobre el impacto del ejercicio físico en la prevención y manejo del suicidio es escasa. No obstante, existen estudios que ponen de manifiesto la capacidad del ejercicio físico para reducir los intentos de suicidio, aunque su impacto sobre la reducción de los pensamientos y la ideación suicida es confuso.
- Un estudio llevado a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa ha concluido que las personas con enfermedad mental son capaces de seguir con éxito un régimen de ejercicio físico, independientemente de que, al menos inicialmente, mantengan la ideación suicida.
- La edad adulta es la franja de edad en la que se registran mayores tasas de suicidio. Sin embargo, las personas adultas han sido una de las poblaciones menos estudiadas en lo que al riesgo de suicidio se refiere.

El objetivo de la presente revisión sistemática es evaluar el impacto de la práctica de ejercicio físico sobre el desarrollo de conductas suicidas en adultos. Para alcanzarlo, se han planteado como objetivos específicos:

- Revisar la evidencia científica disponible sobre el impacto del ejercicio físico en el riesgo de conducta suicida en adultos.
- Analizar y sintetizar la evidencia científica sobre la capacidad del ejercicio físico para influir sobre el riesgo de conducta suicida en adultos.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática con 13 artículos extraídos de las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, entre los meses de enero y junio de 2024. Véase la tabla 1.

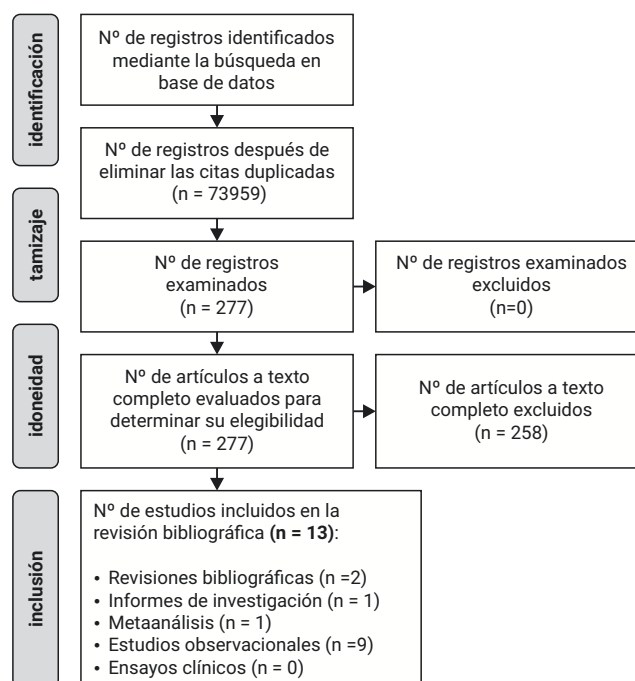


Tabla 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica

Inicialmente, tras una lectura crítica de título y resumen, se seleccionaron todos los artículos publicados en inglés o español que habían estudiado la relación entre la práctica de ejercicio físico y el riesgo de conducta suicida en personas de 18 o más años. Posteriormente, se excluyeron aquellos que estaban duplicados, se habían llevado a cabo con una población diana de 65 o más años, fueron publicados antes del año 2015 o tenían una mala calidad metodológica (diseño metodológico inadecuado, tamaño muestral pequeño, presencia de sesgos o errores estadísticos). Por último, se llevó a cabo una lectura crítica del texto completo de los 13 artículos seleccionados para confirmar que cumplían con los criterios de elegibilidad definidos. Tras ello, ninguno de los artículos seleccionados debió ser retirado.

En primer lugar, se utilizó la base de datos PubMed con las siguientes combinaciones de búsqueda en inglés y en español: “prevención del suicidio y ejercicio físico”, “ejercicio físico y suicidio”, “intento de suicidio y ejercicio físico”, “ejercicio físico y suicidio y salud mental”, y “salud mental y actividad física y suicidio”. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 3 artículos.

Seguidamente, se repitió la misma búsqueda en la base de datos Scopus. En este caso, dadas las características de la base de datos, solo se utilizaron los descriptores en inglés. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 7 artículos.

Por último, se repitió la búsqueda bibliográfica en la base de datos Google Scholar haciendo uso de las mismas combinaciones de búsqueda descritas anteriormente en inglés y en español. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 3 artículos de esta base de datos.

Resultados

El 76.9 % de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática concluye que la práctica regular de ejercicio físico es capaz de reducir el riesgo de conducta suicida en adultos, aunque el 60 % de estos (el 46.1 % del total) solo lo encuentra eficaz bajo circunstancias clínicas determinadas. En el lado opuesto, nos encontramos con el 23.1 % de los artículos analizados, los cuales no respaldan la práctica de ejercicio físico como herramienta eficaz en la prevención del suicidio. Véase la tabla 2.

AUTORES Y AÑO	PAÍS	TEMA PRINCIPAL	EDAD	ESTADO DE SALUD
Park, J.H., Prochnow y Amoce, (2023)	Corea del Sur	Relación entre el comportamiento suicida y la actividad física en adultos emparejados por edad, sexo e IMC	18 a 65 años	Sin diagnóstico de salud mental conocido
Juárez Castellán y Rojas Russell, (2019)	Varios	Impacto del ejercicio físico sobre la depresión	18 a 65 años	Sin diagnóstico de salud mental conocido
Grasdalsmoen et al. (2020)	Noruega	Incidencia de problemas de salud mental e intentos de suicidio	18 a 35 años	Con diagnóstico de salud mental
Mamun (2021)	Bangladesh	Evaluación del riesgo de conducta suicida durante la pandemia por COVID19.	18 a 65 años	Sin diagnóstico de salud mental conocido
Brailosuskiaa et al. (2022)	Alemania	Evaluación del riesgo de conducta suicida durante la pandemia por COVID-19	18 a 65 años	Con diagnóstico de depresión mayor
Yingying et al. (2021)	China	Evaluación de la salud mental y la ideación suicida durante la pandemia por Covid19.	Estudiantes universitarios	Con diagnóstico de salud mental conocido
Sánchez Álvarez (2022)	España	Impacto del ejercicio en personas con ideación suicida durante la pandemia por Covid19.	18 a 65 años	Sin diagnóstico de salud mental conocido
Fabiano et al. (2024)	Varios	Relación entre ejercicio físico, ideación suicida y muerte	18 a 65 años	Con diagnóstico de depresión, dolor crónico u otras afecciones médicas
Belete et al. (2021)	Etiopía	Análisis comparativo de la conducta suicida entre personas sanas y enfermas	18 a 65 años	Con y sin diagnóstico de salud mental
Huiming y Huijun J (2023)	China	Influencia del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio a través de su impacto en el insomnio	Estudiantes universitarios	Con y sin diagnóstico de insomnio
Farzana Mahzabin et al. (2023)	Bangladesh	Evaluación de la salud mental y la ideación suicida en el contexto de la pandemia por Covid19.	26.99 ± 8.17 años	Sin diagnóstico de salud mental
Siu Ala et al. (2023)	Varios	Discriminación social y salud mental en atletas transgénero	18 a 35 años	Población atleta transgénero sana
Rogers et al. (2019)	Varios	Evaluación de la relación entre la dependencia del ejercicio y la ideación suicida	18 a 65 años	Población con patología de dependencia al ejercicio físico e ideación suicida

Tabla 2. Resultados de la revisión bibliográfica

Grupo A. El ejercicio físico es eficaz en la prevención del suicidio

El 30.8 % de los artículos incluidos en la presente revisión sistemática encuentran que la práctica regular de ejercicio físico constituye una medida eficaz en la prevención de la conducta suicida en adultos.

En este sentido, Park, Prochnow y Amo, en el año 2023, al estudiar la asociación entre ejercicio físico y conducta suicida en 99 personas, concluyeron que la práctica regular de ejercicio físico es eficaz para prevenir conductas suicidas en adultos⁷. En la misma línea, Juárez y Rojas, en el año 2019, al realizar una revisión sistemática basada en 12 estudios, encontraron que la práctica semanal de más de 150 minutos de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada-vigorosa es capaz de reducir el riesgo de conducta suicida en adultos⁸. Por su parte, Grasdalsmoen *et al.*, en el año 2020, al evaluar la relación entre los intentos de suicidio y el ejercicio físico en 50 054 estudiantes universitarios noruegos de 18 a 35 años, hallaron que los participantes que realizaban ejercicio físico tenían una menor tendencia suicida⁹. Por último, Huiming y Huijun, en el año 2023, tras estudiar la influencia del ejercicio físico sobre el riesgo de suicidio en 8095 estudiantes universitarios de Changsha, encontró que el ejercicio físico es capaz de prevenir la conducta suicida en adultos en tanto que es capaz de mejorar el patrón de sueño, siendo que el insomnio es un importante factor de riesgo de suicidio¹⁰.

Grupo B. El ejercicio físico es capaz de reducir el riesgo de conducta suicida en situaciones clínicas concretas

El 46.1 % de los artículos de investigación incluidos en la presente revisión bibliográfica encuentran que el ejercicio físico es eficaz en la prevención de la conducta suicida al estudiar a poblaciones con características clínicas concretas y, por tanto, no extrapolables a la población general.

En este sentido, Mamun, en el año 2021, en su estudio sobre el riesgo de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en Bangladesh, concluyó que la falta de ejercicio físico incrementa el riesgo de pensamientos e ideación suicida¹¹. A esta misma conclusión llegaron Brailosuskiaa *et al.* en el año 2022 al analizar los predictores longitudinales de ideación suicida en 406 participantes alemanes durante la pandemia por

COVID-19¹². Por su parte, Yingying *et al.*, en el año 2021, en su estudio con 11 254 estudiantes universitarios de Wuhan durante la pandemia por COVID-19, encontraron que los síntomas vinculados a conducta suicida disminuían al incrementar la práctica de ejercicio físico¹³. En la misma línea, Sánchez, en el año 2022, al estudiar el impacto emocional del confinamiento en 765 personas durante la pandemia por COVID-19 en España, concluyó que la práctica diaria de ejercicio físico es un potenciador del estado de ánimo y que, por tanto, es capaz de reducir la sintomatología depresiva y la ideación suicida¹⁴.

Por otro lado, Fabiano *et al.*, en el año 2024, al realizar una revisión sistemática con 116 estudios observacionales en los que se evaluó el riesgo de conducta suicida en personas con trastorno mental o de otra índole, relacionaron el ejercicio físico con una menor frecuencia de intentos de suicidio¹⁵. En la misma línea, Belete, Misgan y Belete, en el año 2021, tras realizar un estudio comparativo entre personas sin conducta suicida conocida y pacientes con antecedentes de conducta suicida, concluyeron que la práctica regular de ejercicio físico constituye un factor protector frente al suicidio¹⁶.

Grupo C. El ejercicio físico no tiene impacto sobre el riesgo de conducta suicida

El 23.1 % de los estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica no respaldan la eficacia del ejercicio físico como herramienta para la prevención del suicidio:

- Auny, Akter, Guo y Mamun, en el año 2023, al realizar un estudio transversal con 324 personas, encontraron que el ejercicio físico no tiene ningún impacto sobre las afecciones de salud mental ni sobre las tendencias suicidas¹⁷.
- Siu *et al.*, en el año 2023, en su metaanálisis sobre la discriminación social y la salud mental de atletas transgénero, concluyeron que la población estudiada tenía un mayor riesgo de suicidio como consecuencia de la mayor discriminación social que sufrían y de las desigualdades que experimentaban durante la práctica del deporte¹⁸.
- Rogers *et al.*, en el 2019, al evaluar el riesgo de conducta suicida en 540 personas activas, encontraron que el riesgo de conducta suicida se incrementaba cuando se establecía una relación de dependencia patológica con el ejercicio físico¹⁹.

Discusión

El 76.9 % de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática concluye que la práctica regular de ejercicio físico es capaz de reducir el riesgo de conducta suicida en adultos⁷⁻¹⁶. La eficacia del ejercicio físico para reducir el riesgo de conducta suicida se explicaría por su capacidad para mejorar el funcionamiento cognitivo e incrementar los sentimientos de autoconfianza y el sentido de propósito. Además, es capaz de liberar hormonas como la oxitocina y la serotonina, ambas capaces de incrementar la sensación de bienestar^{15, 16}.

Cabe matizar que el 69 % de los estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica que apoyan la eficacia del ejercicio físico en la prevención del suicidio son revisiones sistemáticas. La dificultad para hallar estudios de mayor calidad metodológica que relacionen directamente las variables ejercicio físico y suicidio pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones que estudien la eficacia del ejercicio físico como herramienta para la prevención del suicidio a través de diseños metodológicos de mayor calidad y con tamaños muestrales representativos.

Por otro lado, es preciso apuntar que, dado que la declaración de emergencia sanitaria a nivel mundial por la COVID-19 es relativamente reciente, gran parte de la evidencia científica que apoya la idea del ejercicio físico como herramienta eficaz en la prevención del suicidio (el 30.8 % de los estudios incluidos) se ha realizado en un contexto de confinamiento y, por tanto, los resultados podrían no ser extrapolables a la población general^{11-14, 17, 20}. Al mismo tiempo, el 15.4 % de los estudios fueron llevados a cabo en población con trastorno mental, por lo que sus hallazgos podrían no aplicar al resto de la población^{15, 16}. De nuevo, dada la escasez de estudios no vinculados al confinamiento que apoyen la eficacia del ejercicio físico en la prevención del suicidio, se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones que analicen el impacto del ejercicio físico sobre el riesgo de conducta suicida en adultos sanos en su contexto habitual.

Por último, el 23.1 % de los estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica no respaldan la eficacia del ejercicio físico como herramienta para la prevención del suicidio¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, hay que tener en cuenta que solo uno de los tres estudios que

encuentran que el ejercicio físico no es beneficioso en la prevención de la conducta suicida se refiere a la población general y analiza una práctica saludable de ejercicio físico. Este estudio se lleva a cabo con un número reducido de sujetos durante la pandemia por COVID-19, hecho que nos hace cuestionar sus conclusiones¹⁷.

Otra de las investigaciones que no apoyan el ejercicio físico como herramienta eficaz en la prevención del suicidio se ha llevado a cabo exclusivamente con personas trans. Así, el vínculo que establecen los autores entre ejercicio físico y un mayor riesgo de suicidio podría deberse a la discriminación que reciben estas personas en el contexto deportivo y social, y no a la práctica de ejercicio en sí misma¹⁸. Si el contexto social fuese menos estigmatizante, la práctica de ejercicio físico podría resultar especialmente interesante en esta población por su especial vulnerabilidad frente a la patología mental, ya que el ejercicio físico ha demostrado ser capaz de influir favorablemente sobre diferentes aspectos clave de la salud mental. Entre ellos, el estado de ánimo y el abuso de sustancias tóxicas²¹⁻³⁰.

El tercero de los estudios que no relaciona el ejercicio físico con un menor riesgo de conducta suicida solo se refiere a la práctica compulsiva de ejercicio físico y, por tanto, su vinculación con un mayor riesgo de suicidio no puede extrapolarse a la práctica de ejercicio físico en general¹⁹. Además, sería conveniente investigar si la práctica compulsiva de ejercicio físico es el síntoma de una peor salud mental o si es la propia práctica patológica de ejercicio físico la que predispone a la conducta suicida.

Debe considerarse que la presente revisión bibliográfica está conformada, fundamentalmente, por revisiones bibliográficas y estudios observacionales, no habiéndose hallado ningún ensayo clínico válido que estudie la relación entre la práctica de ejercicio físico y el riesgo de conducta suicida en adultos. Además, no queda claro qué características debería cumplir la práctica de ejercicio físico (periodicidad, tipo, intensidad, carga) para poder ser eficaz en la prevención del suicidio. Esto pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios sobre la relación entre el ejercicio físico y el riesgo de conducta suicida que garanticen una evidencia científica de mayor calidad, así como un mayor nivel de detalle sobre las características idóneas del ejercicio físico para garantizar su capacidad para reducir el riesgo de conducta suicida.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, parece que la práctica de ejercicio físico podría constituir una herramienta eficaz para la prevención del suicidio en adultos de 18 a 64 años. Sin embargo, se requieren nuevas investigaciones que aporten un mayor nivel de evidencia sobre la eficacia del ejercicio físico en la prevención del suicidio, así como de sus características para lograrlo. En este sentido, sería conveniente llevar a cabo ensayos clínicos con un tamaño muestral representativo de la población de referencia. De confirmarse la hipótesis, el ejercicio físico debería posicionarse, difundirse e incorporarse como herramienta preventivo-terapéutica dentro de las estrategias de prevención del suicidio dirigidas a la población adulta.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del suicidio en España 2023 [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2023 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2023/>
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. Madrid: INE; 2023 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- National Institutes of Health. Glosario de directrices de la OMS sobre la actividad física y comportamientos sedentarios [Internet]. Bethesda: NIH; 2021 [citado 2025 abr 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581974/>
- Park JH, Seo MW, Jung HC, Lee JM. Let's live healthier: The relationship between suicidal behavior and physical activity in an age-, gender-, and body mass index-matched adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 20];17(22):1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33187377/>
- Juárez Castellán MA, Rojas Russell ME. Efecto de la actividad física sobre el riesgo de depresión. *Rev Esp Cienc Salud* [Internet]. 2016 [citado 2025 abr 20];19(1):5-12. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338491010_Efecto_de_la_actividad_fisica_sobre_el_riesgo_de_depresion_Una_revision_narrativa
- Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lonning KJ, Sivertsen B. Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 20];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32299418/>
- Xu H, Jiang H. Research on the influence of physical exercise on insomnia and suicide of college students. *Biotechnol Genet Eng Rev* [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 20];40(1):299-309. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36856531/>
- Mamun MA. Suicide and suicidal behaviors in the context of COVID-19 pandemic in Bangladesh: A systematic review. *Psychol Res Behav Manag* [Internet]. 2021 [citado 2025 abr 20];14:695-704. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34113185/>
- Brailoskusia J, Truskauskaitė-Kuneviciene I, Kazlauskas E, Gelezelyte O, Teiesmann T, Margraf J. Physical activity, mental and physical health during the COVID-19 outbreak: Longitudinal predictors of suicide ideation in Germany. *Z Gesundh Wiss* [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 20];25:1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35369671/>
- Xu Y, Zhang S, Zhang L, Pang X, Zhang D, Lin J, et al. Prevalence and risk factors of mental health symptoms and suicidal behavior among university students in Wuhan, China during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 2025 abr 20];12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34326787/>
- Sánchez Álvarez N. Salud mental durante el confinamiento impuesto en España: efectos de hacer ejercicio y sacar a pasear al perro sobre estado de ánimo, sintomatología depresiva e ideación suicida. *Rev Int Psicol Ter Psicol* [Internet]. 2022 [citado 2025 abr 20];14(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092021000200004&script=sci_arttext
- Fabiano N, Shiotsuki HM, Pereira V, Polido W, Bartholomeu D, Silva M, et al. Physical activity, suicidal ideation, suicide attempt and death among individuals with mental or other medical disorders: A systematic review of observational studies. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 20];158:105547. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38246231/>
- Belete H, Misgan E, Belete T. Prevalence and associated factors of suicidal behavior among patients and residents in Northwest Ethiopia. *Front Psychiatry*. 2021;12:560886. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646166/>
- Auny FM, Akter T, Guo T, Mamun MA. How has the COVID-19 pandemic changed BMI status and physical activity – its associations with mental health conditions, suicidality: an exploratory study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2023;14:2527-2536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34177279/>
- Chan ASW, et al. Societal discrimination and mental health among transgender athletes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol*. 2024;12(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38229114/>
- Rogers ML, Duffy ME, Buchman-Schmitt JM, Datoc AE, Joiner TE. Exercise dependence: associations with capability for suicide and past suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 2019;75(1):165-177. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22696>
- Hamed R, et al. Exercise and coping mechanisms in graduate occupational therapy students during the COVID-19 pandemic and civil unrest period: a descriptive study. *Int J Educ Reform*. 2023;32(2). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10567879231169709>
- Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Blanch Andreu J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
- Stuart GW, Laraia MT. Enfermería psiquiátrica: principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
- Reis DJ, Gaddy MA, Chen GJ. Exercise to reduce posttraumatic stress disorder symptoms in veterans. *Fed Pract*. 2022;39(4):158-166. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35756827/>

24. Wang Z, et al. Relationship between physical activity and individual mental health after traumatic events: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2205667. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37134018/>
25. Mamun MA, Hossain S, Griffiths M. Mental health problems and associated predictors among Bangladeshi students. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20:657-671. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-019-00144-8>
26. Erol S, et al. Risk factors affecting the mental health of first-year university students on a health sciences campus and related factors. *J Ment Health Train*. 2023;18(12). Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/jmhpt-03-2022-0015/full/html>
27. Cusme Torres AC. Efectos de la actividad física sobre la depresión en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *GADE*. 2023;3(2). Disponible en: <https://revista.redgade.com/index.php/Gade/article/view/212>
28. Cuesta Mosquera EL, Picón Rodríguez JP, Pineida Parra PM. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *J Am Health*. 2022;5(1). Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
29. Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI. Transexualidad e intersexualidad en el deporte: consecuencias del marco legal español en la práctica deportiva. Ministerio de Igualdad de España; 2023. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Transexualidad-e-intersexualidad-en-el-deporte.pdf>
30. López Cañada E, Devís Devís J, Pérez Samaniego V. La participación de las personas trans en la actividad física y el deporte: barreras y facilitadores. *Arxius Ciènc Soc*. 2022;46:51-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=8959122>

Competencias en sostenibilidad ambiental de los profesionales de enfermería: conciencia y comportamiento ecológico

Environmental sustainability competencies among nursing professionals: awareness and ecological behavior

Xavier Vidal Pascual, Inés Begoña Hoyas Galán, Sergi Huertas Martínez, Aida González Zaragoza, Ferran Gil Guiñón

Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers (Barcelona) de Fundación Hospitalarias Sant Boi. Barcelona, España.

Contacto: Xavier Vidal Pascual, xavier.vidal@fundacionhospitalarias.org

Fecha de recepción: 12 de mayo de 2025 / Fecha de aceptación: 25 de mayo de 2025

Resumen

Introducción: Las amenazas antropogénicas hacia la salud, como la contaminación, la generación masiva de residuos o la crisis climática, suponen nuevos desafíos para quienes trabajan en el ámbito sanitario. Los profesionales de enfermería se posicionan como el agente de salud idóneo para liderar actividades de mitigación y adaptación en este contexto, con un enfoque centrado en la educación, la promoción de la salud y la gestión medioambiental.

Objetivo: Explorar el nivel de conciencia medioambiental y los comportamientos ecológicos del personal de enfermería vinculados a Fundación Hospitalarias Sant Boi.

Método: Estudio con diseño transversal descriptivo. Se utilizó la escala *Nurses Environmental Awareness Tool*, validada al español, para medir el grado de conciencia y comportamientos ecológicos.

Resultados: Participaron en el estudio 44 profesionales de enfermería, de los cuales el 79.5 % eran mujeres. El 50 % de la muestra fueron graduados en Enfermería y el 43.2 % técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. El 40.9 % tenía más de veinte años de trayectoria profesional. El 52.3 % desarrollaba su actividad en el entorno hospitalario, y el 25 % en servicios comunitarios de la red de salud mental y adicciones. Se observó un nivel bajo de conciencia medioambiental, con una puntuación media de 2.30 sobre 5 (DE 0.93), donde 0 indicaba un desconocimiento total y 5 un conocimiento excelente. Los comportamientos ecológicos mostraron puntuaciones de 3.04 (DE 0.79) en el ámbito profesional y de 3.12 (DE 0.86) en el ámbito personal, siendo 0 un comportamiento sin conciencia ecológica y 5 un comportamiento ejemplar.

Conclusión: Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de impulsar el conocimiento y la sensibilización ambiental en los programas formativos dirigidos a enfermeras y técnicos de enfermería, con el objetivo de fomentar prácticas más sostenibles, promover la conciencia medioambiental y facilitar la adopción de conductas ecológicas en el ámbito laboral. Futuras investigaciones podrían profundizar en la relación entre la formación específica en medioambiente, los comportamientos ecológicos de los profesionales de enfermería y la gestión ambiental en los centros sanitarios.

Futuras investigaciones podrían profundizar en la relación entre la formación específica en medioambiente, los comportamientos ecológicos del personal sanitario y la gestión ambiental en los centros sanitarios. También sería oportuno ampliar y diversificar la muestra, en el estudio de la conciencia medioambiental, para incluir profesionales de distintos ámbitos y especialidades. Asimismo, el empleo de metodologías mixtas (cuantitativas y cualitativas) permitiría obtener una comprensión más completa y detallada de los fenómenos analizados, así como de los factores que influyen en un mayor conocimiento y en la adopción de comportamientos ecológicos entre los profesionales sanitarios.

Palabras clave: enfermería, sostenibilidad, ecología, conciencia medioambiental.

Abstract

Introduction: Anthropogenic threats to health, such as pollution, mass waste generation, and the climate crisis, pose new challenges for healthcare professionals. Nurses are uniquely positioned to lead mitigation and adaptation efforts in this context, through a focus on education, health promotion, and environmental management.

Objective: To explore the level of environmental awareness and ecological behaviors among nursing staff affiliated with Fundación Hospitalarias Sant Boi.

Method: A descriptive cross-sectional study design was employed. The Spanish-validated *Nurses Environmental Awareness Tool* was used to assess levels of environmental awareness and ecological behaviors.

Results: A total of 44 nursing professionals participated in the study, 79.5 % of whom were women. Of the sample, 50 % held a degree in nursing, and 43.2 % were certified as nursing care technicians. A total of 40.9 % had more than twenty years of professional experience. Regarding work settings, 52.3 % were employed in hospital environments, while 25 % worked in community-based mental health and addiction services. The study revealed a low level of environmental awareness, with a mean score of 2.30 out of 5 (SD 0.93), where 0 indicated no awareness and 5 indicated excellent knowledge. Ecological behavior scores averaged 3.04 (SD 0.79) in professional settings and 3.12 (SD 0.86) in personal contexts, with 0 indicating no ecological awareness and 5 indicating exemplary behavior.

Conclusion: The findings highlight the need to strengthen environmental knowledge and awareness in nursing education programs to foster more sustainable practices, promote environmental consciousness, and encourage the adoption of eco-friendly behaviors in the workplace. Future research should further explore the relationship between specific environmental training, ecological behaviors in nursing, and environmental management within healthcare facilities.

Keywords: nursing, sustainability, ecology, environmental awareness.

Introducción

Los profesionales sanitarios se enfrentan a nuevas amenazas para la salud, surgidas en la actual era del antropoceno¹. La contaminación, la pérdida de biodiversidad, la acidificación de los océanos, el calentamiento global, la exposición a metales pesados y a sustancias químicas como los disruptores endocrinos y los microplásticos, los cambios en los usos del suelo y el agotamiento de los recursos naturales para futuras generaciones² son algunos de los principales retos de la salud planetaria¹, que impactan directa e indirectamente en la salud global.

El desarrollo industrial ha traído avances tecnológicos y mayor aprovechamiento de los recursos naturales, pero también efectos colaterales negativos en los ecosistemas. La intensificación agrícola y ganadera agota el uso del suelo, las sequías y productos químicos como pesticidas ponen en riesgo los actuales sistemas de producción alimentaria para satisfacer las necesidades globales^{3,4}. La crisis climática provoca que los fenómenos atmosféricos sean cada vez más intensos y menos predecibles, lo que conlleva catástrofes naturales, que suponen fallecimientos, enfermedades y migraciones^{5,6}. La pérdida de biodiversidad, por la extinción de especies o disminución de la variabilidad genética, facilita la propagación de enfermedades infecciosas^{7,8}. Las enfermedades respiratorias se relacionan con la contaminación atmosférica^{9,10}, cánceres relacionados con metales pesados o sustancias químicas tóxicas¹¹, o afecciones fetales por el traspaso

de la barrera placentaria de sustancias tóxicas. Todos ellos son ejemplos de la interrelación del estado medioambiental con la salud de las personas, afectando a su salud física y elevando la incidencia de episodios de ansiedad y depresión como consecuencia¹².

El deterioro medioambiental no es causado únicamente por las actividades industriales. La propia actividad sanitaria implica un elevado consumo de recursos y la generación de grandes cantidades de residuos de diversa índole. Esta realidad plantea una paradoja, ya que, si bien la práctica clínica contribuye a la mejora de la salud, también puede perjudicarla de forma indirecta. Las consecuencias en la salud de esta degradación ambiental son conceptos abordados en un marco más amplio: el paradigma de la salud planetaria¹³. Entre los objetivos de este modelo destacan el uso responsable y equitativo de los recursos, la reducción de residuos y la regeneración de los sistemas naturales y fuentes de energía, en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

En la actualidad, y especialmente desde la cumbre de París de 2015, los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la aprobación de los objetivos de desarrollo sostenible para la agenda 2030, han adoptado un conjunto de metas ambiciosas e inclusivas para la mejora global a nivel económico, social y ambiental¹⁴. Dentro de este marco conceptual de la salud planetaria, las enfermeras tienen un papel relevante: por un lado, al hacer uso de recursos contaminantes que agotan los siste-

mas naturales y generan residuos y, a su vez, como profesionales que deben prevenir los riesgos para la salud que suponen todos estos fenómenos y cuidar a las personas afectadas por ellos¹⁵.

Las enfermeras ocupan una posición privilegiada para abordar el impacto del cambio climático sobre la salud, a través de enfoques de salud comunitaria orientados a la educación y promoción de la gestión ambiental¹⁶. La propia disciplina enfermera se fundamenta en la interrelación de cuatro metaparadigmas: persona, entorno/ambiente, salud y enfermería. Además, esta responsabilidad se reconoce como un compromiso ético en el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras, el cual establece que las enfermeras tienen la obligación de participar y apoyar las acciones de mitigación y adaptación al cambio climático para proteger la salud humana¹⁷.

Debido a la estrecha relación entre la pérdida de biodiversidad, la contaminación global, la crisis climática y su impacto en la salud humana, y al papel clave que desempeñan las enfermeras tanto en la mitigación como en la adaptación a estos fenómenos¹⁸, los estudios de grado en Enfermería dedican parte de sus créditos formativos a los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU y abordan la interrelación entre práctica enfermera y medioambiente. No obstante, existen diversas iniciativas que promueven una formación específica en sostenibilidad y cambio climático, entre las cuales destaca el proyecto europeo NurSus Toolkit¹⁹.

Resulta de gran interés conocer el nivel de conciencia ambiental de las enfermeras y explorar las oportunidades de fortalecer su capacitación para afrontar, en colaboración con otras disciplinas, los grandes retos de la salud planetaria. Algunas investigaciones sugieren que las enfermeras podrían no ser plenamente conscientes de su potencial para impulsar acciones positivas en mitigación y adaptación ambiental¹⁷. Se ha observado que aquellas con mayores niveles de conciencia ambiental tienen más probabilidades de adoptar comportamientos sostenibles, como la reducción de desechos, la conservación de energía y la toma de decisiones de compras más respetuosas con el medio ambiente²⁰.

Objetivo

Explorar el nivel de conciencia medioambiental y los comportamientos ecológicos de los profesionales de

enfermería vinculados a Fundación Hospitalarias Sant Boi.

Metodología

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo, transversal.

Población y muestra: La población diana fueron profesionales del equipo de enfermería con vinculación a los distintos servicios hospitalarios y comunitarios de Fundación Hospitalarias Sant Boi (denominado Hospital Benito Menni hasta diciembre de 2024): Enfermeras, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Técnicos Especialistas Sanitarios (TES), Estudiantes del grado en enfermería en periodo de prácticas y residentes de la especialidad de enfermería en salud mental. No se definieron criterios de exclusión. Se pudo acceder a la población diana en su totalidad mediante la difusión digital del instrumento de recogida de datos, a través del correo electrónico institucional.

Instrumentos de medida: Para la obtención de la información relativa a las variables de estudio, se emplearon:

- Un formulario *ad hoc* para los datos sociodemográficos: edad (en años), género (mujer, hombre, no binario), nivel de estudios (grado medio, grado superior, estudios universitarios, estudios posuniversitarios, especialidad o doctorado), profesión (TCAE, TES, enfermera, estudiante o residente en enfermería; para el posterior análisis estadístico codificamos los grupos profesionales en graduados –enfermeras y residentes de enfermería– y técnicos –TCAES y TES–), años de experiencia profesional (por franjas: menos de 5 años, de 5 a 10, de 11 a 20 y más de 20 años), turno de trabajo (mañana, tarde, noche o rotatorio) y tipo de centro sanitario en el que trabaja (hospital general, hospital monográfico, hospitalización parcial, centro de día, centro de salud mental ambulatorio de adultos (CSMA), o centro de atención y seguimiento a drogodependencias (CASD)).
- El cuestionario *Nurses Environmental Awareness Tool*, en su versión validada al castellano (NEAT-es)^{21,22}, un formulario autoadministrado para la evaluación del nivel de conciencia y comportamiento medioambiental de las enfermeras. Contiene afirmaciones relacionadas con los ámbitos de la energía, recursos y tratamiento de residuos tóxicos.

Está diseñado con 3 escalas que puntúan de 0 a 5, según la escala Likert:

1. Escala de conciencia ecológica del personal de enfermería (NAS). Contiene 11 afirmaciones y se divide en dos preguntas: ¿Ha oído hablar antes de esta información? ¿Cómo cree que esto impacta sobre la salud?
2. Escala de comportamientos ecológicos profesionales del personal de enfermería (NPEB). Contiene 9 afirmaciones y se divide en dos preguntas: ¿Con qué frecuencia lo hace? ¿Cómo de difícil o de fácil le resulta hacerlo?
3. Escala de comportamientos ecológicos personales (PEB). Contiene 11 afirmaciones y se divide en dos preguntas: ¿Con qué frecuencia lo hace? ¿Cómo de difícil o de fácil le resulta hacerlo?

Procedimiento: Se hizo una difusión masiva por correo electrónico, en junio del 2023, a todos los individuos incluidos en la muestra, identificando el motivo del estudio y adjuntando la encuesta creada ad-hoc y el cuestionario NEAT-es unidos en un formulario digital. Se pidió su consentimiento para la custodia y análisis de datos al inicio del cuestionario, anunciando que quedaba implícito al contestar.

Análisis estadísticos: Se llevó a cabo un análisis descriptivo de todas las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (mediana y desviación estándar) y medidas de dispersión (rango). Seguidamente se analizaron los valores descriptivos de la NEAT-es y por factores, y las relaciones con las variables socio-demográficas. Se usó el paquete Jamovi, versión 2.3.28.0.

Consideraciones éticas: Se solicitó el consentimiento para poder gestionar la información proporcionada de forma anónima y exclusivamente para la finalidad del estudio. No existió ningún conflicto de intereses por parte de los autores.

Resultados

La muestra se compuso por 44 profesionales de enfermería, de los cuales el 79.5 % eran mujeres, con una edad promedio de 44.3 años (DE 11.4). El 40.9 % tenía más de veinte años de experiencia laboral y el 29.6 % tenía menos de diez años. El 50 % eran graduadas en Enfermería (un 29.5 % de estas con estudios de posgrado), el 43.2 % eran TCAE y el 4.5 % TES. El 2.3 % eran residentes de enfermería. El 52.3 % traba-

jaban en un hospital monográfico de salud mental, el 25 % en servicios comunitarios de la red de salud mental y adicciones (CSMA o CASD), el 15.9 % en hospitalización parcial o centros de día, y el 6.8 % restante trabajaba integrado en un hospital general.

La conciencia medioambiental en la escala NAS puntuó de media 2.30 sobre 5 (DE 0.92), donde 0 representa un desconocimiento total y 5 un conocimiento excelente (ver tabla 1), con una percepción de impacto sobre la salud de 3.87 sobre 5 (DE 0.96)

Un 59.1 % de los participantes manifestó desconocer el elevado consumo energético asociado a la atención sanitaria y el 29.5 % lo percibió como un factor de alto impacto en la salud. El 34.1 % de los encuestados declaró no haber oído nunca que la mayor parte de la energía consumida en España, incluida la del sector sanitario, proviene de fuentes no renovables, y el 40.9 % consideró que este hecho impacta de manera significativa en la salud. En relación al transporte, el 43.2 % no tenía conocimiento de que cerca del 80 % de la población española se desplaza en vehículo privado, y de que la energía utilizada puede igualar o superar la requerida para el funcionamiento de un edificio de oficinas, incluidos los hospitales. El 41.9 % valoró este dato como altamente impactante para la salud. El 9.1 % de los participantes manifestó conocer plenamente la presencia de disruptores endocrinos en algunos plásticos, como los utilizados en tubos de analíticas, y el 56.8 % reconoció su importante impacto sobre la salud.

Los comportamientos ecológicos en el ámbito profesional obtenidos en la escala NPEB puntuaron de media un 3.04 sobre 5 (DE 0.78), siendo 0 un comportamiento sin conciencia ecológica alguna y 5 comportamiento ejemplar (ver tabla 2), con una percepción de dificultad de 2.95 sobre 5 (DE 0.89).

El 70.5 % de los participantes apaga las luces cuando no se usan y el 52.3 % apagan los monitores del ordenador cuando no se usan, resultando fácil hacerlo en un 63.6 % y un 52.3 %, respectivamente. En el trabajo reciclan un 63.6 %, con una facilidad del 56.8 %. Un 63.6 % no realiza nunca búsquedas en la literatura o en la web sobre agentes químicos tóxicos utilizados en la asistencia sanitaria. El 30.2 % no suele educar a los pacientes sobre riesgos de exposiciones ambientales tales como los productos químicos tóxicos o la contaminación.

Afirmaciones (puntúan del 0 a 5, donde 0 es desconocimiento total y 5 conocimiento excelente)		¿Ha oído hablar antes de esta información?		¿Cómo cree que esto impacta sobre la salud?	
		Media	DE	Media	DE
A1	De acuerdo con el Ministerio de Energía, la atención sanitaria se sitúa como el cuarto mayor consumidor de la energía dentro del sector servicios.	1.89	1.26	3.52	1.36
A2	Los hospitales y centros de salud usan un 2% del consumo energético total, lo que supone un 30% respecto al sector de los edificios.	1.68	1.12	3.11	1.3
A3	La mayor parte de la energía consumida en España, incluida la del sector sanitario, se basa en fuentes no renovables.	2.75	1.5	3.89	1.24
A4	Cerca del 80% de los españoles se desplaza en vehículo privado (coche o moto). La energía utilizada puede igualar o exceder la energía requerida para el funcionamiento de un edificio de oficinas (incluyendo un hospital).	2.36	1.46	3.77	1.38
A5	La energía utilizada en el transporte de productos médicos, alimentos y suministros representa una parte significativa de la energía total utilizada en la asistencia sanitaria.	2.36	1.43	3.59	1.28
A6	Los hospitales españoles y centros de salud producen más de 700 toneladas de residuos al día.	3.02	1.59	4.3	1.19
A7	Los productos químicos tóxicos usados en la asistencia sanitaria han contribuido a la acumulación de Mercurio. Dioxinas y Ftalatos en nuestro medio ambiente.	2.48	1.36	4.3	1.23
A8	En las analíticas de sangre y orina, el personal enfermero puede mostrar niveles de algún agente químico tóxico.	2.41	1.3	4	1.35
A9	Algunos plastificantes que ablandan los plásticos para facilitar su uso (por ejemplo, en tubos para muestras sangre) son disruptores hormonales.	2.11	1.35	4.16	1.16
A10	El Triclosán, una sustancia antibacteriana presente, por ejemplo, en jabones, está siendo objeto de estudio por su posible alteración hormonal.	1.66	1.12	3.93	1.28
A11	La comida servida de manera convencional en hospitales puede contener restos de pesticidas y herbicidas.	2.57	1.5	4.05	1.29

Tabla 1. Cuestionario NEAT-es, Subescala NAS Conciencia ecológica

Afirmaciones (puntúan del 0 a 5, donde 0 es comportamiento sin conciencia ecológica alguna y 5 comportamiento ejemplar)		¿Con qué frecuencia lo hace?		¿Cómo de difícil o de fácil le resulta hacerlo?	
		Media	DE	Media	DE
B1	En el trabajo apago las luces conscientemente cuando no están en uso.	4.57	0.759	4.36	1.01
B2	En el trabajo apago los monitores del ordenador cuando no están en uso.	3.82	1.54	3.91	1.54
B3	En el trabajo reciclo.	4.41	0.948	4	1.43
B4	En el trabajo motivo a mis compañeros/as para reciclar.	3.7	1.42	3.36	1.51
B5	Trabajo para reducir el uso de los agentes químicos tóxicos en el hospital (tales como el Mercurio, DEHP o Triclosán).	2.66	1.52	2.52	1.5
B6	Hago búsquedas en la literatura o en la web sobre agentes químicos tóxicos utilizados en la asistencia sanitaria.	1.61	0.97	1.98	1.28
B7	En el trabajo, informo a otros miembros del personal sobre agentes químicos tóxicos.	2.07	1.25	2.14	1.39
B8	En el trabajo educo a los/as pacientes sobre riesgos de exposiciones ambientales tales como los productos químicos tóxicos o la contaminación.	2.82	1.53	2.75	1.59
B9	En el trabajo animo al servicio de hostelería a servir alimentos locales.	1.73	1.25	1.55	1.09

Tabla 2. Cuestionario NEAT-es, Subescala NPEB Comportamiento ecológico profesional

Afirmaciones (puntúan del 0 a 5, donde 0 es comportamiento sin conciencia ecológica alguna y 5 comportamiento ejemplar)		¿Con qué frecuencia lo hace?		¿Cómo de difícil o de fácil le resulta hacerlo?	
		Media	DE	Media	DE
C1	En casa calculo cuántos kWh de electricidad consumo.	2.55	1.52	2.55	1.45
C2	Periódicamente realizo el mantenimiento de mis tuberías para comprobar las fugas de agua y hago las reparaciones necesarias.	2.91	1.68	2.98	1.69
C3	En casa compro productos reciclados.	3.41	1.17	3.27	1.25
C4	En casa tomo decisiones en las compras teniendo en cuenta evitar la producción de residuos.	3.68	1.22	3.11	1.37
C5	En casa no uso pesticidas ni herbicidas.	3.43	1.61	3.98	1.32
C6	En casa compro productos ecológicos.	3.14	1.11	2.91	1.25
C7	En casa evito el uso de productos de cuidado personal que contengan productos químicos.	3.48	1.36	3.25	1.43
C8	En casa uso productos de limpieza respetuosos con el medioambiente.	3.5	1.17	3.27	1.34
C9	Leo sobre temas relacionados con el medio ambiente y salud en los medios de comunicación.	3.16	1.4	3.14	1.42
C10	Soy voluntario/a en acciones para apoyar un medio ambiente saludable (participo en Asociaciones, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), etc.).	1.89	1.3	1.89	1.22
C11	Como enfermera/o, debato cuestiones sobre medio ambiente y salud con mis amistades y familiares.	3.18	1.37	2.93	1.42

Tabla 3. Cuestionario NEAT-es, Subescala PEB Comportamiento ecológico personal

Los comportamientos ecológicos en el ámbito personal obtenidos en la escala PEB puntuaron de media un 3.12 sobre 5 (DE 0.85), siendo 0 un comportamiento sin conciencia ecológica alguna y 5 un comportamiento ejemplar (ver tabla 3), con una percepción de dificultad de 3 sobre 5 (DE 0.90).

El 36.4 % no calcula cuántos kWh consume en casa. El 31.8 % toma decisiones en las compras teniendo en cuenta evitar la producción de residuos siempre, con una dificultad media de 3 sobre 5 del 31.8 %. Un 39.5 % no usa pesticidas ni herbicidas nunca. Un 38.6 % compra productos ecológicos con una frecuencia media de 3 sobre 5.

Dado que las variables de las subescalas NAS (total e impacto sobre la salud) no siguen una distribución normal ($p < 0.05$), y considerando que todas las variables son producto de escalas tipo Likert, se optó por utilizar exclusivamente pruebas no paramétricas (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, y correlaciones de Spearman) para todos los análisis comparativos y asociativos, manteniendo coherencia metodológica.

Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones en las subescalas del NEAT-es entre mujeres y hombres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones analizadas: conciencia ambiental ($U = 106$, $p = 0.137$), comportamiento personal ($U = 156$, $p = 0.977$), comportamiento profesional ($U = 142$, $p = 0.651$), percepción del impacto ambiental sobre la salud ($U = 124$, $p = 0.328$), ni en la dificultad percibida en comportamientos personales ($U = 143$, $p = 0.683$) o profesionales ($U = 147$, $p = 0.771$).

Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales técnicos y graduados en enfermería en ninguna de las dimensiones analizadas, incluyendo conciencia ambiental ($U = 177$, $p = 0.129$), comportamientos personales ($U = 211$, $p = 0.480$) y profesionales ($U = 210$, $p = 0.458$), percepción del impacto ambiental sobre la salud ($U = 240$, $p = 0.981$), ni en la dificultad percibida para dichas conductas ($U = 221$, $p = 0.630$ y $U = 159$, $p = 0.053$). Esta última mostró una tendencia cercana a la significación, que podría resultar de interés para futuros análisis.

Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para analizar diferencias en los niveles de conciencia y comportamiento medioambiental entre grupos de edad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas: conciencia ambiental ($\chi^2(3) = 4.2$, $p = 0.200$), comportamiento personal ($\chi^2(3) = 1.5$, $p = 0.700$), comportamiento profesional ($\chi^2(3) = 2.4$, $p = 0.500$), dificultad percibida en comportamiento personal ($\chi^2(3) = 0.43$, $p = 0.900$), dificultad percibida en comportamiento profesional ($\chi^2(3) = 5.1$, $p = 0.200$), ni percepción del impacto ambiental sobre la salud ($\chi^2(3) = 0.76$, $p = 0.900$).

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas según los años de experiencia profesional en ninguna de las subescalas: conciencia ambiental ($\chi^2(3) = 3.4$, $p = 0.3$), comportamiento personal ($\chi^2(3) = 5.9$, $p = 0.1$), comportamiento profesional ($\chi^2(3) = 4.5$, $p = 0.2$), ni en las subescalas de dificultad percibida o percepción del impacto ambiental sobre la salud.

Se realizaron correlaciones de Spearman entre las subescalas del NEAT-es. Se observaron correlaciones positivas moderadas y estadísticamente significativas entre conciencia ambiental y comportamientos personales ($\rho = 0.565$, $p < .001$) y profesionales ($\rho = 0.572$, $p < .001$). Igualmente, los comportamientos personales y profesionales estuvieron fuertemente relacionados entre sí ($\rho = 0.574$, $p < .001$). La percepción de dificultad se correlacionó significativamente con sus respectivas conductas: profesional ($\rho = 0.531$, $p < .001$) y personal ($\rho = 0.373$, $p = 0.013$). Se detectó una correlación débil pero significativa entre comportamiento personal y percepción del impacto ambiental sobre la salud ($\rho = 0.303$, $p = 0.046$). No se observaron asociaciones significativas entre conciencia ambiental y la percepción del impacto sobre la salud.

Discusión y limitaciones

Los resultados obtenidos difieren con el estudio de Luque de 2024²⁰, en que la mayoría de las enfermeras españolas encuestadas mostraron una conciencia ambiental moderada (70.4 %), pero su comportamiento y actividades ambientales en el lugar de trabajo fueron limitados. Las enfermeras con mayor conciencia ambiental eran más propensas a adoptar comportamientos sostenibles, como la reducción de residuos, el ahorro energético y las decisiones de compra respetuosas con el medio ambiente.

A pesar de los bajos niveles de conocimiento medioambiental sobre consumos energéticos, recursos y tratamiento de residuos, se consideró elevado su impacto en la salud, y además se identificaron prácticas sostenibles relativamente frecuentes entre los participantes.

Los resultados obtenidos también difieren de los hallazgos de estudios previos, como el de Anaker 2015¹⁸, que revela una incongruencia entre la conciencia climática y la práctica diaria de las enfermeras suecas, sugiriendo la existencia de una brecha entre la conciencia medioambiental declarada y las prácticas ecológicas reales en el entorno sanitario.

El comportamiento ecológico es elevado, a nivel profesional y personal, en los ámbitos de energía y recursos. En el ámbito de tratamiento de residuos tóxicos resultó bajo, pudiendo relacionarse con que un hospital de salud mental no trate con este tipo de productos.

No obstante, estos hallazgos deben interpretarse considerando varias limitaciones del estudio. Entre ellas destacan el tamaño reducido de la muestra, el contexto específico de actuación de los profesionales participantes (centros de salud mental) y que no se evaluaron factores contextuales importantes como la existencia (o no) de protocolos o políticas institucionales en sostenibilidad ambiental o la formación previa en esta área.

Conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de impulsar el conocimiento y la sensibilización ambiental en programas formativos dirigidos a los distintos perfiles profesionales que integran el equipo de enfermería (enfermeras, TCAE y TES), con el objetivo de fomentar prácticas más sostenibles, promover la conciencia ambiental y facilitar la adopción de conductas ecológicas en el ámbito laboral, tanto desde las instituciones sanitarias como los centros educativos, instaurando planes formativos que incluyan la salud planetaria.

Futuras investigaciones podrían profundizar en la relación entre la formación específica en medioambiente, los comportamientos ecológicos del personal sanitario y la gestión ambiental en los centros sanitarios. También sería oportuno ampliar y diversificar la muestra en el estudio de la conciencia medioambien-

tal, para incluir profesionales de distintos ámbitos y especialidades. Asimismo, el empleo de metodologías mixtas (cuantitativas y cualitativas) permitiría obtener una comprensión más completa y detallada de los fenómenos analizados, así como de los factores que influyen en un mayor conocimiento y en la adopción de comportamientos ecológicos entre los profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Haines A, Frumkin H. Planetary health: Safeguarding human health and the environment in the Anthropocene. Cambridge University Press; [Internet]. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/9781108698054>
2. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, Adeyi O, Arnold R, Basu NN, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet* [Internet]. 2018;391(10119):462–512. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0)
3. UN. Hambre y seguridad alimentaria - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2024 Nov 28]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
4. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*. 2019 Feb 2;393(10170):447–92. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31788-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31788-4/abstract)
5. Steffen W, Richardson K, Rockström J, Cornell SE, Fetzer I, Bennett EM, et al. Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science* (1979). 2015 Feb 13;347(6223). Disponible en: <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.1259855>
6. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *The Lancet*. 2021 Jan 9;397(10269):129–70. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S014067362032290X/fulltext>
7. Gallo-Cajiao E, Lieberman S, Dolšák N, Prakash A, Labonté R, Biggs D, et al. Global governance for pandemic prevention and the wildlife trade. *Lancet Planet Health*. 2023 Apr 1;7(4):e336–45. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(23\)00029-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(23)00029-3/fulltext)
8. Mahon MB, Sack A, Aleuy OA, Barbera C, Brown E, Buelow H, et al. A meta-analysis on global change drivers and the risk of infectious disease. *Nature* 2024 629:8013 [Internet]. 2024 May 8;629(8013):830–6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-024-07380-6>
9. Lim YH, Bilsteen JF, Mortensen LH, Lanzky LRM, Zhang J, Tuffier S, et al. Lifetime exposure to air pollution and academic achievement: A nationwide cohort study in Denmark. *Environ Int*. 2024 Mar 1;185:108500. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412024000862>
10. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health*. 2022 Jun 1;6(6):e535–47. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(22\)00090-0/fulltext?ref=drilledpodcast.com](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(22)00090-0/fulltext?ref=drilledpodcast.com)
11. Evlampidou I, Font-Ribera L, Rojas-Rueda D, Gracia-Lavedan E, Costet N, Pearce N, et al. Trihalomethanes in Drinking Water and Bladder Cancer Burden in the European Union. *Environ Health Perspect*. 2020;128(1):17001–17001. Disponible en:

- <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/full/10.1289/EHP4495>
12. Kameg BN. Climate Change and Mental Health: Implications for Nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2020 Sep 1;58(9):25–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609857/>
 13. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *Lancet* [Internet]. 2015;386(10007):1973–2028. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26188744/>
 14. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. Nueva York; [Internet]. 2019. Disponible en: https://unstats.un.org/DEGs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf.
 15. Chung SJ, Jang SJ, Lee H. Validation of the Sustainability Attitudes in Nursing Survey-2 for nurses: A cross-sectional study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2024;75(103898):103898. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103898>
 16. Gürgen Şimşek H, Erkin Ö. Sustainable development awareness and related factors in nursing students: A correlational descriptive study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2022;64(103420):103420. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2022.103420>
 17. Akore Yeboah E, Adegboye ARA, Kneafsey R. Perceptions, attitudes, awareness and perspectives towards sustainability practices and climate change among nurses: a systematic review protocol. *BMJ Open*. [Internet]. 2023;13(10):e071965. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/10/e071965>
 18. Anåker A, Nilsson M, Holmner Å, Elf M. Nurses' perceptions of climate and environmental issues: a qualitative study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015;71(8):1883–91. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/JAN.12655>
 19. Informe provisional. Agosto 2015 Resultado O4: Contenido estratégico de materiales de enseñanza y aprendizaje que apoyen la alfabetización y competencias sobre sostenibilidad en Enfermería [Internet]. *Nursus.eu*. Disponible en: <http://nursus.eu/informe-provisional-agosto-2015-resultado-o4-contenido-estrategico-de-materiales-de-ensenanza-y-aprendizaje-que-apoyen-la-alfabetizacion-y-competencias-sobre-sostenibilidad-en-enfermeria/>
 20. Luque-Alcaraz OM, Aparicio-Martínez P, Gomera A, Vaquero-Abellán M. The environmental awareness of nurses as environmentally sustainable health care leaders: a mixed method analysis. *BMC Nurs* [Internet]. 2024;23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01895-z>
 21. Schenk E, Butterfield P, Postma J, Barbosa-Leiker C, Corbett C. Creating the nurses' Environmental Awareness Tool (NEAT). *Workplace Health Saf* [Internet]. 2015;63(9):381–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26215976/>
 22. Luque-Alcaraz OM, Gomera A, Ruiz A, Aparicio-Martínez P, Vaquero-Abellán M. Validation of the Spanish Version of the Questionnaire on Environmental Awareness in Nursing (NEAT). *Healthcare*. 2022;10(8):1420–0. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36011077/>

Prevención de la patología dual desde una perspectiva de género

Dual diagnosis prevention from a gender perspective

Belén Santiago Lozano, Piedad Iratxe Jiménez Zambrano, Sara Caldera Torres, Alba Alcalá Asencio, Adrián López Gómez

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

Contacto: Belén Santiago Lozano, bsantiagolozano@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de diciembre de 2024 / Fecha de aceptación: 16 de abril de 2025

Resumen

La coordinación entre profesionales de enfermería de la red de adicciones y de salud mental es crucial para beneficiar a pacientes con trastorno mental y trastorno de adicciones, lo que se denomina patología dual. Este proyecto busca aumentar la conciencia sobre ambas condiciones y promover el autocuidado y estrategias de afrontamiento en mujeres afectadas. Se propone crear un grupo coordinado por enfermeras del Centro de Adicción Integral de Drogodependencias (CAID) y Centro de Salud Mental (CSM) que aborde temáticas relevantes para empoderar a las participantes. Se espera mejorar la integración entre estas redes y generar un espacio de apoyo y confianza donde las mujeres puedan discutir abiertamente sobre adicciones y trastornos mentales, reduciendo el estigma asociado.

Keywords: diagnóstico dual (psiquiatría), salud mental, mujeres, trastornos relacionados con sustancias, enfermería.

Abstract

The coordination between nursing professionals in the addiction and mental health networks is crucial to benefit patients with both a mental disorder and a substance use disorder, a condition known as dual diagnosis. This project aims to raise awareness about both conditions and promote self-care and coping strategies among affected women. It proposes creating a group coordinated by nurses from CAID and CSM that addresses relevant themes to empower participants. The expectation is to improve integration between these networks and generate a supportive and trusting space where women can openly discuss addictions and mental disorders, reducing the associated stigma.

Keywords: dual diagnosis (psychiatry), mental health, women, substance-related disorders, nursing.

Introducción

La patología dual implica la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias (TUS), lo que afecta negativamente la salud, redes sociales y resultados clínicos, incrementando el riesgo de suicidio. Se requiere un enfoque multidimensional y centrado en el paciente, integrando ambos problemas¹. Dada su alta prevalencia y gravedad, identificar y tratar a personas con patología dual se ha convertido en un desafío para los profesionales en el ámbito de las adicciones. Es crucial establecer sistemas de detección efectivos y utilizar herramientas validadas, además de asegurar la formación adecuada de los profesionales, debido a la falta de conciencia sobre estas comorbilidades¹.

El consumo de drogas causa graves problemas de salud, como infecciones, complicaciones cardiovasculares y trastornos mentales. Las personas con trastornos mentales previos son más propensas a desarrollar adicciones o comportamientos compulsivos al entrar en contacto con las drogas. En muchos casos, el consumo compulsivo y los síntomas psicopatológicos pueden ser vistos como manifestaciones de una única enfermedad mental. Pero también se considera que estas condiciones pueden ser provocadas por el consumo de drogas o los síntomas de abstinencia. Debido a esta complejidad, se han desarrollado teorías para abordar el consumo de drogas y sus comorbilidades²:

- Hipótesis de la automedicación: Las drogas alivian síntomas psiquiátricos y efectos secundarios de tratamientos, aunque no explican casos donde el consumo precede al trastorno^{2,3}.
- Hipótesis de la sintomatología primaria de la adicción: Trastornos mentales y adicciones derivan de alteraciones en el neurodesarrollo que afectan el refuerzo cerebral.
- Modelo de diátesis estrés: El consumo de drogas desencadena enfermedades mentales en individuos vulnerables, apoyado por evidencia genética en animales^{2,3}.
- Hipótesis de acumulación de riesgos: Factores como habilidades cognitivas reducidas y desventajas socioeconómicas aumentan la vulnerabilidad, aunque carece de suficiente respaldo científico^{2,3}.

La patología dual se asocia con desempleo, exclusión social, estrés, más uso de servicios de urgencia y menor éxito en tratamientos, con recaídas frecuentes. Estas personas suelen ser identificadas por uno solo de los trastornos, limitando la intervención integral³.

Además, las personas con patología dual tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio, con un 40 % reportando ideas suicidas. Se incrementa en aquellos con condiciones como psicosis crónica, trastornos depresivos mayores y trastornos de personalidad con impulsividad.

Para dar respuesta a la patología dual, se han creado diferentes modelos de intervención³:

- Modelo secuencial: Se comienza a intervenir en un recurso, ya sea de la red de adicciones o de salud mental y posteriormente continúa en el otro.
- Modelo paralelo: Intervención simultánea en el tiempo, en el que se asiste a dos recursos para trabajar por un lado las adicciones y por otro, la salud mental.
- Modelo integrado: Recomendado por realizar una intervención unificada por un mismo equipo, quién combina los elementos terapéuticos de ambas redes, planteando una atención integral, estructurada y prolongada en el tiempo.

Antecedentes y situación actual

La patología dual es altamente prevalente, con altos índices de trastornos mentales en personas con adicciones y un mayor consumo de sustancias en quienes tienen trastornos psiquiátricos².

Estudios como el Epidemiological Catchment Area (ECA) en EE. UU. (1980-1984) y el National Comorbidity Survey (NCS) (1990-1992) mostraron que más del 50 % de los pacientes con abuso de sustancias también cumplían criterios para otro trastorno mental. Estudios posteriores, como el NCS-R (2001-2003), confirmaron que ciertos trastornos mentales son factores de riesgo para el inicio del consumo de sustancias^{2,4}. Con resultados similares también se desarrolló la National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES), llevada a cabo entre 1991 y 1992, seguido por la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) de 2001-2002, y la NESARC-II en 2004². En Europa, los estudios son escasos. Destaca el National European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), entre 2001 y 2003, que evaluó la depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo en seis países europeos. A nivel nacional, se han realizado la British Psychiatric Morbidity Survey (BPMS) en 1993-1994, la Mental Health in General Population Survey (MHGP) en Francia entre 1999 y 2003, y la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza bianualmente desde 1995, siendo la última en 2022². Recientemente, en 2015, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) reportó una prevalencia de comorbilidad del 50 %, aunque se debe tener cuidado con esta cifra, debido a la variabilidad y posibles sesgos en los estudios revisados⁴.

A pesar de las diferencias metodológicas y la variabilidad de las cifras de comorbilidad disponibles, los estudios coinciden en la alta prevalencia de la patología dual en población general y entre pacientes, así como en la relación entre los TUS y otros trastornos mentales^{2,4}.

En 2020, España llevó a cabo una Encuesta Nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de TUS y otros trastornos mentales. Se observó que predominan los hombres y los jóvenes en la red de adicciones, y que los pacientes en tratamiento son más activos laboralmente⁴. El 68.9 % de pacientes de la red de salud mental tienen diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (59 % excluyendo el tabaco), siendo el consumo de tabaco (89.1 %), alcohol (24.8 %) y cannabinoides (12.7 %) los más frecuentes. En la red de adicciones, el 71 % presenta otros trastornos mentales, con predominio de trastornos afectivos (32.3 %) y de personalidad (26.6 %)⁴.

Las asociaciones entre sustancias y trastornos mentales son relevantes, destacando el alcohol con trastornos afectivos, opioides con trastornos de personalidad, y cannabinoides con trastornos psicóticos y de ansiedad.

Perspectiva de género

Los estudios sobre género y patología dual son limitados, considerando el género como un factor relevante que afecta la expresión de trastornos mentales. Las mujeres presentan menos diagnósticos de TUS, y experimentan mayores tasas de trastornos afectivos, de ansiedad y del sueño, viéndose incrementado a partir de los 19 años⁴. Además, presentan mayores niveles de severidad y frecuencia de ingresos involuntarios. Sin embargo, hay escasos datos específicos sobre mujeres con patología dual, destacándose un mayor estigma, penalizaciones sociales y barreras al acceso al tratamiento en este grupo^{1,5}.

Las diferencias biológicas entre géneros afectan la salud, tratamiento y respuesta en adicciones y *craving*. Aunque estudios en animales muestran patrones distintos, la mayoría se enfoca en hombres, dejando de lado las necesidades y características femeninas. Es importante distinguir sexo y género, investigar el papel de las hormonas y considerar factores socioculturales, especialmente en mujeres embarazadas y recaídas⁵.

Factores como normas sociales, roles de género, sobrecarga, brecha salarial, pobreza, discriminación y violencia de género aumentan el riesgo de mala salud mental en mujeres, siendo la violencia de género un factor clave en trastornos mentales y adicciones. El estigma asociado al uso de sustancias, la falta de habilidades de afrontamiento y el deseo de aliviar malestar emocional llevan a una mayor automedicación en mujeres, con un uso más frecuente de analgésicos y ansiolíticos, lo que dificulta que busquen ayuda^{5,6}.

Se requiere una perspectiva de género en los estudios y tratamientos de la patología dual, incluyendo factores como el rol cuidador y diseñando recursos específicos para mujeres. Los profesionales de la salud deben reevaluar sus prejuicios y formarse en esta perspectiva, mientras que las administraciones deberían contribuir a una transformación social que reduzca el riesgo de violencia de género^{5,6}. Esta perspectiva de género además constituye un mandato en

la planificación sanitaria, reconocido por la OMS y políticas españolas como La Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres⁶.

Justificación

Las personas con trastornos mentales, incluidas las adicciones, deben tener acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y/o coordine la red de salud mental y la de adicciones. Actualmente, la existencia de dos puertas de entrada, adicciones y salud mental, para una única persona conduce al “síndrome de la puerta equivocada”. Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y a recibir una asistencia integral en patología dual, basada en evidencia científica. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de patología dual y por tanto sin acceso a un tratamiento integral⁷.

Por ello, la coordinación y el trabajo en colaboración desde los profesionales de enfermería de ambas redes podría resultar beneficioso como alternativa a la desvinculación y lejanía de la red de adicciones y de salud mental.

Objetivos

- Facilitar la integración de la red de adicciones y red de salud mental a través de los profesionales de enfermería.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y la identificación de ambas problemáticas en mujeres con patología dual participantes de un grupo psicoeducativo dirigido por enfermeras de CSM y CAID.
- Aumentar las actividades de autocuidado y estrategias de afrontamiento en las mujeres participantes del grupo psicoeducativo planteado.

Metodología

Estudio cuantitativo, cuasiexperimental de antes y después, longitudinal y prospectivo. Se realizarán dos mediciones: previa a la intervención y otra posterior.

Lugar de estudio: CSM y CAID del mismo área.

Población diana: Mujeres usuarias tanto de la red de adicciones con patología mental como usuarias del CSM con algún trastorno del uso de sustancias.

Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres vinculadas al CSM con un consumo activo de riesgo que no estén asistiendo al CAID.
- Pacientes mujeres del CAID diagnosticadas de algún otro trastorno mental que no estén vinculadas al CSM.

Criterios de exclusión

- Pacientes mujeres con ideación autolítica presente.
- Pacientes mujeres con inestabilidad psicopatológica actual.
- Pacientes mujeres con mala adherencia terapéutica.
- Pacientes mujeres que no muestren voluntad ni consentimiento de acudir al programa de prevención.

Nº de participantes: Mínimo 5 y máximo 10.

Periodicidad: Grupo cerrado con sesiones de 90 minutos, quincenal, durante 4 meses.

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre patología dual.

Otras variables: Nacionalidad, edad, estado civil, composición familiar, convivencia, nivel educativo, ocupación, estado laboral, personas a su cargo.

Instrumentos de medida

- Ficha de datos sociodemográficos.
- Cuestionario pre y post grupo sobre creencias, actitudes y percepciones relacionadas con el tema, utilizado en un estudio perteneciente al curso de Oportunidades de mejora terapéutica en adicciones y patología dual dentro del Programa ActualizaT 2022⁸.
- Encuesta de satisfacción.

Aspectos éticos y de confidencialidad

Este proyecto se desarrollará bajo el cumplimiento estricto de las normativas éticas y legales vigentes, asegurando siempre el respeto a los derechos de las participantes. Antes de iniciar, el protocolo será revisado y aprobado por el Comité de Ética siguiendo las disposiciones de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y los principios de la Declaración de Helsinki.

Todas las participantes serán informadas detalladamente sobre los objetivos del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo, los posibles benefi-

cios y riesgos, y la forma en que se protegerá su información personal. Se les entregará un documento de consentimiento informado que deberán firmar de manera voluntaria, dejando claro que su participación es opcional y que pueden retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto afecte su atención sanitaria.

En cuanto al manejo de datos, se cumplirá con el Reglamento UE 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) y la legislación española correspondiente: Ley 41/2002 básica reguladora de autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizando la confidencialidad y el anonimato. Los datos serán protegidos mediante sistemas seguros de almacenamiento, y solo serán accesibles para el equipo investigador directamente involucrado en el proyecto.

Desarrollo

Para empezar, la enfermera referente de patología dual una vez formada y con el programa establecido, realizaría una presentación con la enfermera del CAID tanto al CSM como al CAID. El objetivo será informar a los equipos de la propuesta y que puedan derivar al grupo a las mujeres que cumplirían criterios de inclusión.

La derivación de las pacientes será realizada por los clínicos al personal de enfermería referente (CAID o CSM) en función de la red en la que esté vinculada la paciente. Se realizará una primera cita de evaluación consistente en una entrevista inicial a través de una valoración con los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y una valoración focalizada en los problemas de salud mental y consumo. En una segunda cita, el personal de enfermería trabajará el vínculo, explorará la fase de cambio de la paciente (entrevista motivacional) e incluirá los beneficios del tratamiento grupal, fomentando la derivación al grupo y la adherencia.

Una vez formado el grupo de mujeres, los profesionales de enfermería del CSM y del CAID realizarán una coordinación para presentar los casos de las pacientes. El grupo será dirigido por la enfermera del CAID y la referente de patología dual del CSM.

ACTIVIDADES		MES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Acercamiento y preparación	Hipótesis conceptual o desarrollo de la idea												
	Búsqueda bibliográfica												
	Elaboración del marco teórico												
	Diseño de la metodología												
	Elección de cuestionario inicial y final												
	Consulta a Comité Ético												
	Coordinación enfermera de CAID y de CSM												
	Presentación del proyecto a los equipos de CAID y CSM												
	Selección y reclutamiento de participantes												
Aplicación de sesiones grupales	Sesión 1: Bienvenida y cuestionario inicial												
	Sesión 2: Introducción a la patología dual												
	Sesión 3: Motivos del consumo												
	Sesión 4: Salud mental												
	Sesión 5: Autocuidado												
	Sesión 6: Alternativas al consumo												
	Sesión 7: Perspectiva de género												
	Sesión 8: Despedida, cuestionario post y encuesta de satisfacción												
Análisis y verificación	Transcripción y análisis de contenido de sesiones												
	Comparación de cuestionarios inicial y final												
	Presentación de resultados preliminares al equipo												
Elaboración y difusión de resultados	Redacción de informe final												
	Publicación en revistas y eventos												

Figura 1: Cronograma (elaboración propia)

Cada sesión se iniciará con un breve repaso o recordatorio de la sesión anterior (5 minutos), seguido de un espacio abierto para compartir reflexiones, dificultades o cambios relacionados con la patología dual y el tema tratado (15 minutos). En los 70 minutos restantes, se introducirá el tema de la sesión, con momentos psicoeducativos más guiados (información, fichas, presentaciones, artículos, textos) y espacios abiertos para compartir experiencias.

A continuación, se describirá brevemente el contenido y los objetivos de cada sesión grupal:

Sesión 1. Bienvenida al grupo

Esta sesión estará dedicada al encuadre grupal, presentación del grupo y de las participantes. Cada participante tendrá la oportunidad de presentarse brevemente y explicar los motivos por los cuales ha ingresado al grupo. Se hablará de las normas básicas, tales como respeto, confidencialidad, puntualidad y escucha. Se explorarán las expectativas del grupo y se ajustarán, guiando a las participantes para encontrar los objetivos del grupo y explicar las dinámicas que se seguirán en las sesiones. Además, se pasará un cuestionario sobre la patología dual para evaluar el nivel de conocimiento previo de las participantes.

Sesión 2. Introducción a la patología dual

En este apartado se explicará qué es la patología dual, qué constituye una adicción y qué es un trastorno mental. Se trabajará en la identificación de los aspectos que las participantes reconocen en sí mismas y el nivel de conciencia que tienen sobre su enfermedad. Se abordarán los estigmas, mitos y creencias relacionadas tanto con las adicciones como con los trastornos mentales.

Sesión 3. Por qué consumimos, centradas en la adicción

Esta sesión estaría enfocada a mencionar los motivos que llevan a consumir, qué pasa para pensar en el consumo, qué beneficios buscan, qué resultados tiene el consumo a corto plazo, cuál es el patrón, qué significado atribuyen al consumo... Para ir integrando la teoría de los diferentes modelos explicativos del consumo en la patología dual y abrir debate sobre qué opinan sobre esas teorías.

Sesión 4. Hablemos de la salud mental

Se animará a hablar sobre sus trastornos de salud mental, etiqueta diagnóstica, sintomatología, trata-

miento, adherencia o dificultades del tratamiento, limitaciones del día a día, estrategias de afrontamiento, recursos y apoyos. Se explorará la relación entre los trastornos mentales y el consumo de sustancias, y cómo este puede aliviar o perjudicar ciertos aspectos, además de los riesgos del consumo durante el tratamiento farmacológico y como factor potencial desestabilizador.

Sesión 5. ¿Y qué del autocuidado?

Se realizará un repaso sobre diferentes áreas de la salud y el autocuidado, enfocándose en alimentación, actividad física, sueño, rutinas y horarios. Se utilizarán dinámicas grupales como "verdadero o falso", "foto-palabra", "quién sí y quién no", debates o la aplicación Kahoot. Estas dinámicas ayudarán a desarrollar conciencia sobre la salud, el autocuidado y la motivación para el cambio. Al final, cada participante escribirá un propósito realista de autocuidado que pueda comenzar a implementar inmediatamente.

Sesión 6. Alternativas al consumo

Se hablará sobre la importancia del área ocupacional de las participantes: formación, trabajo, actividades de ocio, intereses y contacto social. Se reflexionará sobre cómo la patología dual impacta estas áreas. Se discutirán estrategias alternativas al consumo, como la planificación de actividades agradables, disminuir el aislamiento y fomentar el apoyo en la red sociofamiliar y comunitaria. La sesión concluirá con técnicas de respiración y un ejercicio breve de introducción a la atención plena para manejar la ansiedad.

Sesión 7. Perspectiva de género

Se realizará un resumen de lo trabajado en las sesiones anteriores y se preguntará si se podrían observar diferencias entre hombres y mujeres: en el patrón del consumo y de la adicción, en los trastornos mentales y su presentación, en las dificultades y barreras, en el contexto social y cultural, sobrecargas familiares, creencias, prejuicios, etc. Psicoeducación sobre la patología dual desde la perspectiva de género. Animar a pensar en alternativas y en formas de protección a la mujer en estos casos.

Sesión 8. Despedida

Última sesión dedicada a la despedida de las participantes; se realizará un *feedback*, se revisarán los obje-

tivos, qué se ha podido conseguir y para qué ha servido el grupo. Se pasará el mismo cuestionario que en la primera sesión, siendo el cuestionario post, y una breve encuesta de satisfacción con sugerencias.

Una vez terminadas las sesiones, las mujeres continuarán con su seguimiento de origen, además de por el enfermero de la misma red para seguir trabajando y continuar con el seguimiento y tratamiento. Por otro lado, el equipo podrá realizar una valoración de los resultados (datos sociodemográficos, cuestionario pre y post, encuesta de satisfacción) y una revisión de los aspectos más destacables, dificultades grupales y maneras de abordaje para el siguiente grupo psicoeducativo.

Análisis de resultados

Se utilizará el programa SPSS. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para las variables cualitativas se calculará porcentaje y frecuencia. Para todas las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación media, varianza), y se compararán. Se realizará una distribución de las variables en percentiles para estudiar el grado de desviación sobre la normalidad. En todas las pruebas se considerarán estadísticamente significativos los valores de p inferiores a 0.05.

Recursos y análisis de ahorro

Los recursos materiales estarán disponibles tanto en el CSM como en el CAID, sin suponer un coste adicional; serían: una sala de reuniones, sillas, bolígrafos e impresiones de cuestionarios y documentos a cumplimentar por los pacientes.

El gasto principal sería el dedicado a recursos humanos, un profesional de enfermería procedente del CAID y otro procedente del CSM.

Si cada 4 meses se hiciera un nuevo grupo, contando con periodos vacacionales, se podría estimar que se completarían dos grupos al año. Esto conlleva unas 16 intervenciones dedicadas a un mínimo de 10 y un máximo de 20 mujeres al año. Cada una de estas personas se beneficiarían de 8 sesiones grupales. Por cada intervención, el coste humano supondría un total de 180 minutos (3 horas). Para el cálculo anual, tendremos en cuenta los 8 meses de grupos, precisando

de 6 horas mensuales. La implicación a nivel personal de este proyecto supondría unas 48 horas anuales de cada profesional al año:

- 30 minutos de traslado.
- 30 minutos de preparación de grupo.
- 90 minutos de grupo.
- 30 minutos de posgrupo para los profesionales.

Para estimar el beneficio económico, se puede comparar con una intervención individual, además de duplicada, recibiendo cada mujer atención tanto por parte de enfermería del CAID y del CSM. Podríamos multiplicar esas 48 h anuales por los dos profesionales y por 10 o 20 pacientes participantes, resultando en 960-1920 horas anuales.

A pesar de que resulte un cálculo de difícil estimación, puesto que el ahorro también depende de la eficacia de la intervención (aumento de conocimiento, creación de conciencia, cambios generados en las pacientes, etc.), los estudios científicos tradicionalmente avalan la rentabilidad económica de la prevención y el encuadre grupal.

Limitaciones

La implementación requiere una colaboración efectiva entre CSM y CAID, lo cual puede ser complejo por cuestiones de agenda, comunicación y diferencias en protocolos.

Un grupo de 5 a 10 participantes podría limitar la generalización de los resultados y reducir la potencia estadística del análisis.

Dificultad para encontrar un grupo de mujeres que se ajuste a los criterios de inclusión sin que cumpla ningún criterio de exclusión.

Algunas participantes podrían tener dificultades a la hora de mantener la adherencia a las sesiones a pesar de su deseo de asistir por problemas de carácter social, económico, personal o de salud.

Se usan cuestionarios para valorar conocimientos y actitudes, pero esto puede verse afectado por deseabilidad social, comprensión limitada o falta de sinceridad en las respuestas, especialmente en contextos grupales.

Futuras líneas de investigación

Este espacio grupal podría ofrecer a las mujeres participantes la oportunidad de sentar las bases del apoyo peer to peer en mujeres con patología dual. Se considera esta propuesta otra posible línea de investigación para la creación de un espacio adecuado de referencia, de apoyo, de compartir experiencias y estrategias, libre de estigma.

Como alternativa se podría considerar la modalidad online o las redes sociales como una opción más factible, accesible y adaptada al contexto actual de las mujeres.

Conclusiones

A nivel institucional y profesional, se espera la consecución de una mayor integración entre ambas redes, facilitando la coordinación y gestión de casos, acercando a los diferentes profesionales. Por otro lado, se espera aumentar la producción científica enfermera sobre patología dual.

En cuanto a las personas atendidas, esperamos conseguir el aumento de conciencia de enfermedad, la integración de ambas problemáticas y la incorporación de conciencia de autocuidado y estrategias de afrontamiento. Estas mejoras se podrán medir con el cuestionario pre y post.

Por último, mediante la encuesta de satisfacción podremos obtener las actitudes y las opiniones de las mujeres respecto a la utilidad de la intervención grupal y del contenido de las sesiones, siendo así capaces de reproducir un espacio donde, en lugar de estigma, encuentren apoyo y confianza, para poder hablar y entender las adicciones y los trastornos de salud mental.

Bibliografía

1. Lanzi R, Menculini G, Bachetti MC, Moretti P, Tortorella A. Differential gender severity expression of symptoms in patients with dual diagnosis: An in-patient observational study. *Psychiatr Danub.* 2020.; 32:S70-4.
2. Roncero C, Casas M. Patología dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos. 1ª ed. Barcelona: Marge Books;2016.
3. Apuntes sobre patología dual [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España; 2020 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
4. Fernández Miranda JJ, Fontoba Díaz J, Díaz Fernández S, Pascual Pastor F. Encuesta Nacional Sobre La Prevalencia Y

- Tratamiento De La Concurrencia De Trastorno Por Uso De Sustancias Y De Otro Trastorno Mental [Internet]. Valencia: Socidrogalcohol; 2020 [revisado el 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2021/04/EncuestaConcurrenciaTUSyOTM.pdf>
5. Torrens-Melich M, Orengo T, Rodríguez de Fonseca F, Almodóvar I, Baquero A, Benito A. Gender perspective in dual diagnosis. *Brain Sci.* 2021.;11(8):6–9.
 6. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022.2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad;2022 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
 7. Szreman N, Martínez-Raga J, Baler R, Roncero C, Vega p, Basurte I et al. Declaración conjunta sobre patología dual: la adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual; 2017 [revisado el 27 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf
 8. Fundadeps. Manual de dinámicas de intervención 2022. Programa ActualizaT 2022. Curso de oportunidades de mejora terapéutica en adicciones y patología dual. FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS). 2022

Estigma internalizado en personas atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil

Internalized stigma in individuals attended at the Montevil Comprehensive Treatment Center

Andrea Moreta Cacicedo, Laura Cuesta Castañón, María Teresa Andrés Jaén

Centro de Tratamiento Integral de Montevil, Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área V, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Gijón, Asturias, España.
Contacto: Andrea Moreta Cacicedo, andrea.moreta@scsalud.es
Fecha de recepción: 26 de octubre de 2024 / Fecha de aceptación: 14 de abril de 2025

Resumen

El presente estudio pretende conocer el grado de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave que acuden a seguimiento en el Centro de Tratamiento Integral Montevil en el Servicio de Salud del Principado de Asturias y establecer posibles relaciones con determinadas variables sociodemográficas y clínicas.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. El instrumento fundamental utilizado para la recogida de datos ha sido la *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, validada al castellano y compuesta a su vez por cinco subescalas. Además, se elaboró un registro con otros datos sociodemográficos mediante un cuestionario. La muestra fue conformada por un total de 73 participantes escogidos a través de un muestreo por conveniencia de los cuales el 54,8 % eran hombres, con edades comprendidas entre los 22 y los 74 años y con una media de 21.8 años a seguimiento en los servicios de salud mental.

La puntuación media de la escala fue de 60.18, siendo la media en mujeres mayor que en hombres. El 48 % (IC 95 %: 36 %-60 %) de los participantes obtuvieron puntuaciones que corresponden con un mínimo estigma internalizado y el 37 % (IC95 %: 25 %-49 %) con estigma internalizado leve, no encontrándose relaciones significativas entre las distintas variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.

En conclusión, según nuestros resultados, el grado de estigma internalizado en la población estudiada parece escaso, puesto que prácticamente la mitad de la muestra obtuvo valores que corresponden con un estigma internalizado mínimo.

Palabras clave: estigma internalizado, trastorno mental grave, escala ISMI, adultos, hospital de día, estigma social, autoestigma, enfermería salud mental.

Abstract

The aim of the present study is to determine the degree of internalized stigma in patients with Severe Mental Disorders who receive follow-up at the Montevil Comprehensive Treatment Center within the Health Service of the Principality of Asturias and to establish possible relationships with certain sociodemographic and clinical variables.

To this end, a descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted. The primary instrument used for data collection was the *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, validated in Spanish, which consists of five subscales.

Additionally, a record was created to collect other sociodemographic data through a questionnaire. The sample consisted of 73 patients selected through convenience sampling, of which 54.8 % were men, ranging in age from 22 to 74 years, with an average of 21.8 years of follow-up in mental health services.

The mean score on the scale was 60.18, with women scoring higher on average than men. Forty-eight percent (95 % CI: 36 %-60 %) of participants obtained scores corresponding to a minimum level of internalized stigma, and 37 % (95 % CI: 25 %-49 %) presented mild internalized stigma, with no significant relationships found between the different sociodemographic and clinical variables studied.

In conclusion, according to our results, the degree of internalized stigma in the studied population appears to be low, as nearly half of the sample scored at levels corresponding to minimum internalized stigma.

Keywords: internalized stigma, severe mental illness, ISMI scale, adults, day hospital, social stigma, self-stigma, mental health nursing.

Introducción

Las personas que padecen un trastorno mental grave (TMG) acuden a los servicios de salud debido al deterioro que provocan los síntomas en todas las esferas de su vida, pero también por lo que supone tener un diagnóstico de este tipo a nivel social¹. La sociedad aún tiende a asociar los trastornos mentales con características negativas, lo que influye directamente en la conducta hacia quienes los padecen². Esas características negativas que se atribuyen se denominan prejuicios y son muy diferentes dependiendo de la cultura en la que nos encontremos. Al ser estos prejuicios el elemento clave en el proceso de estigmatización, el estigma y su internalización también son diferentes dentro de cada cultura^{3,4}.

Dentro del propio concepto de estigma se diferencian cinco tipos, entre los que se encuentra el estigma internalizado (autoestigma), que corresponde a la aceptación de las ideas negativas como propias. Esta aceptación provoca que la identidad de la persona se transforme hacia una idea más devaluada de sí mismo, que encaja con los prejuicios sociales^{2,4}.

El estigma internalizado es frecuente entre personas con TMG, con diferencias significativas entre países^{4,5} siendo un problema grave en todas las fases de la enfermedad, incluidas las etapas de riesgo^{4,6}. En las investigaciones se intenta dilucidar cuáles son las variables que se relacionan e influyen con el estigma internalizado, tanto las que pueden generar un mayor estigma como las que se relacionan con su disminución. A pesar del esfuerzo por identificar variables asociadas a su aparición o disminución, los resultados aún no son concluyentes, e incluso contradictorios. Lo que sí es claro es que un alto grado de autoestigma se asocia con depresión, desesperanza, baja autoestima, menor adherencia al tratamiento, escasa búsqueda de ayuda y menor empoderamiento^{1,4}.

Estos hallazgos nos llevan a considerar el estigma como una forma de violencia que ejerce la sociedad de manera estructural a las personas con problemas de salud mental⁷, y el hecho de asumirlo como propio tiene unas consecuencias casi irreparables en la vida de estas personas.

El objetivo principal de este estudio es determinar el grado de estigma personal, internalizado o autoestigma en personas con trastorno mental grave a trata-

miento en el Centro de Tratamiento Integral (CTI) del Área de Gestión Clínica Salud Mental V del SESPA.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con componente analítico.

Población y muestra

La población diana de este estudio son personas de 18 o más años con trastorno mental grave que están a seguimiento en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil (CTI).

No se realizó un cálculo del tamaño de muestra, ya que se incluyó la totalidad de los casos disponibles durante el periodo de estudio en la población objetivo. Por lo tanto, se trató de una muestra por conveniencia. La recogida de datos de llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de septiembre a noviembre de 2023. Los criterios de inclusión de la investigación son: tener 18 o más años y pertenecer al programa de trastornos mentales graves. Se consideraron criterios de exclusión la agudización de la patología de base, presentar un déficit cognitivo o físico que les impida rellenar el cuestionario, no saber castellano, no saber leer y la negación a participar en el estudio.

Los cuestionarios y la escala fueron completados de manera autoadministrada por las personas participantes delante de las propias investigadoras.

Mediciones

La variable principal a estudio fue el estigma internalizado, que medimos a través de la escala de autoestigma de la enfermedad mental (*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, ISMI) elaborada en el año 2003⁸ y validada posteriormente al castellano⁹. Se trata de una escala autoadministrada y consta de 29 ítems. Dentro de la escala se incluyen 5 subescalas que miden alienación, asunción del estereotipo o autoestigma, discriminación percibida o experiencia de discriminación, aislamiento social y resistencia al estigma¹⁰.

El resto de las variables fueron recogidas en una hoja de datos que fue elaborada por las investigadoras. Las variables sociodemográficas incluidas fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, nivel educati-

vo, situación laboral, ingresos económicos y apoyo social/familiar.

Análisis de datos

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo cifrada elaborada en Excel para su posterior análisis en el programa estadístico PASW SPSS 18 y EPIDAT 4.0. Primero se realizó un análisis univariante. Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95 %. Para las cuantitativas se presentó su media y su desviación estándar. En el análisis bivalente se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 . Se analizó el comportamiento de las variables cuantitativas mediante el test de la *t* de Student y se estudió la correlación entre puntuación ISMI y años en tratamiento mediante la ρ de Spearman.

Consideraciones éticas

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación del Principado de

Asturias, cuya autorización se solicitó previa a la realización del estudio (Código CEImPA 2023.305). Todos los participantes fueron informados de las características y fines del estudio antes de su realización, accediendo a participar de forma voluntaria y firmando el consentimiento informado, de acuerdo con la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Resultados

De las 102 personas a las que se invitó a participar, 29 rechazaron su participación (17 hombres y 12 mujeres). Las razones para no participar se resumen en que les parecía largo el cuestionario a rellenar y/o que no querían formar parte de un estudio de investigación. Finalmente, la muestra del estudio fue de 73 personas.

En cuanto a los resultados de las variables sociodemográficas (tabla 1), en relación con la variable sexo

Variables	n	Porcentaje válido
Género		
Hombres	40	54.80 %
Mujeres	33	45.20 %
Estado civil		
Soltero	64	87.70 %
Casado o con pareja estable	8	11.0 %
Viudo	1	1.4 %
Nivel educativo		
Sin estudios	3	4.20 %
Estudios primarios	24	33.80 %
Estudios secundarios	20	28.20 %
Formación profesional básica	15	21.10 %
Estudios universitarios	9	12.70 %
Ingresos económicos		
Sin ingresos	5	6.80 %
< 500 €	24	32.90 %
500-1000 €	34	46.60 %
1001-1500 €	9	12.30 %
> 1500 €	1	1.40 %
Situación laboral		
Empleado	3	4.10 %
Desempleado	19	26.0 %
Incapacidad laboral transitoria	1	1.4 %
Incapacidad parcial o total	50	68.5 %
Apoyo social/familiar		
Nunca	6	8.20 %
Casi nunca	13	17.80 %
Casi siempre	23	31.50 %
Siempre	31	42.50 %

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de los participantes del estudio (n=73)

el 54.8 % de los participantes son hombres. La media de edad de la muestra es de 50 años y la mediana, de 48 años, siendo la edad mínima de 22 y la máxima, de 74 años. En cuanto al estado civil, un 87.7 % se encuentran solteros/as. Respecto al nivel educativo, un 49.3 % tienen estudios secundarios y/o formación profesional básica. Sobre los ingresos mensuales, un 46.4 % cobran entre 500-1000 euros y el 68.5 % se encuentran en una situación de incapacidad parcial o

total. En cuanto a la situación laboral, el 68.5 % presentaba incapacidad parcial o total para trabajar. Respecto a las variables clínicas, la edad media de inicio de tratamiento es de 27.8 ± 3.4 años con una media de 21.8 ± 2.8 años a seguimiento. Las variables relacionadas con la adherencia al tratamiento (tabla 2), como son tomar la medicación y acudir a consultas, el 94.5 % y el 98.6 % de los participantes respectivamente, respondieron que siempre lo hacían.

Variables	n	Porcentaje válido	Intervalos de confianza (95 %)
Toma de medicación			
Siempre	69	94.5 %	86.56-98.49
Nunca	3	4.1 %	0.856-11.54
A veces	1	1.4 %	0.035-7.40
Acude a consultas			
Siempre	72	98.6 %	92.60-99.97
Nunca	1	1.4 %	0.035-7.40
A veces	0	0.0 %	0.00 - 4.93

Tabla 2. Variables Clínicas de los participantes

Sobre la variable principal del estudio, el estigma internalizado, la puntuación media obtenida en la escala ISMI es de 60.18 ± 3.38 . El 48 % (IC 95 %: 36 %-60 %) de los participantes obtuvieron puntuaciones que corresponden con un mínimo estigma internalizado, es decir con puntuaciones entre 1 y 2; el 37 % (IC95 %: 25 %-49 %) con estigma internalizado leve, que coincide con las puntuaciones entre 2.1 y 2.5; un 11 % (IC95 %: 3 %-19 %) de la muestra alcanza puntuaciones de entre 2.6 y 3, que es un estigma internalizado moderado; y por último un 4 %

(IC95 %: 1 %-11 %) tiene valores entre 3.1 y 4, que corresponden con estigma internalizado severo.

Al desglosar los resultados en cada subescala de la ISMI (tabla 3), un 67.1 % no presenta *alienación*; en la subescala *asunción del estereotipo*, un 89 % corresponde con valores negativos; tanto en la *discriminación percibida* como en el *aislamiento social*, un 76.7 % no las presenta; y por último un 65.8 % no presentan *resistencia al estigma*.

Subescalas	n	Porcentaje	Intervalos de confianza (95 %)
Alienación			
NO	49	67.1 %	55.66-78.58
SÍ	24	32.9 %	21.42-44.34
Asunción del estereotipo			
NO	65	89.0 %	81.19-96.82
SÍ	8	11.0 %	3.11-18.81
Discriminación percibida			
NO	56	76.7 %	66.33-87.09
SÍ	17	23.3 %	12.91-33.67
Aislamiento social			
NO	56	76.7 %	66.33-87.09
SÍ	17	23.3 %	12.91-33.67
Resistencia al estigma			
NO	48	65.8 %	54.18-77.32
SÍ	25	34.2 %	22.68-45.82

Tabla 3. Resultados de las Subescalas de la Escala ISMI

Al comparar la variable sexo en las subescalas (tabla 4), las mujeres presentan resultados positivos más elevados que los hombres: *alienación* (42.4 % frente a 25 %), *asunción del estereotipo* (12.1 % frente a 10 %), *discriminación percibida* (33.3 % frente a 15 %) y *aislamiento social* (27.3 % frente a 20 %).

En cuanto al estado civil, los participantes casados o con pareja estable dan como resultado una media de 76.5, mientras que los solteros, una de 58.1. Con respecto al tiempo en tratamiento en los servicios de salud mental, los participantes con estigma mínimo llevaban en tratamiento una media de 16.6 años; aque-

Variable	Alienación		Asunción del estereotipo		Discriminación percibida		Aislamiento social		Resistencia al estigma	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
Género										
Hombres	75.0 %	25.0 %	90.0 %	10.0 %	85.0 %	15.0 %	80.0 %	20.0 %	62.5 %	37.5 %
Mujeres	57.6 %	42.4 %	87.9 %	12.1 %	66.7 %	33.3 %	72.7 %	27.2 %	69.7 %	30.3 %
Nivel educativo										
Sin estudios y primarios	63.0 %	37.0 %	77.8 %	22.2 %	81.5 %	18.5 %	66.7 %	33.3 %	63.0 %	37.0 %
Secundarios y formación profesional básica	74.3 %	25.7 %	97.1 %	2.9 %	77.1 %	22.9 %	80.0 %	20.0 %	68.6 %	31.4 %
Universitarios	55.6 %	44.4 %	88.9 %	11.1 %	66.7 %	33.3 %	88.9 %	11.1 %	55.6 %	44.4 %
Ingresos económicos										
< 500 €	79.3 %	20.7 %	86.2 %	13.8 %	93.1 %	6.9 %	79.3 %	20.7 %	62.1 %	37.9 %
500-1000 €	58.8 %	41.2 %	91.2 %	8.8 %	61.8 %	38.2 %	73.5 %	26.5 %	67.6 %	32.4 %
> 1000 €	60.0 %	40.0 %	90.0 %	10.0 %	80.0 %	20.0 %	80.0 %	20.0 %	70.0 %	30.0 %

Tabla 4. Resultados de las Subescalas de la Escala ISMI relacionadas con variables sociodemográficas

llos con estigma leve, 25.95 años; con estigma moderado, 18.86 años; y con estigma severo, 28.67 años.

Discusión

Según los datos del *Informe anual del Sistema Nacional de Salud* del año 2022, la prevalencia de trastornos mentales tanto en España como en Asturias es más elevada en mujeres que en hombres (425 frente a 340 aproximadamente en esta comunidad autónoma). Al revisar estudios previos, podemos encontrar algunos que encajan con esta realidad en la población general de este país¹¹⁻¹³. Sin embargo, otros tienen una muestra con más predominio de hombres que de mujeres^{1,14} al igual que nuestro estudio, aunque esta prevalencia no debe equipararse directamente debido a la composición de la muestra.

En primer lugar, según nuestros resultados, el grado de estigma internalizado en la población estudiada parece escaso, puesto que el 48 % presenta valores que corresponden con un mínimo autoestigma, prácticamente la mitad de la muestra, y el 37 % presenta niveles leves. Estudios realizados recientemente, muestran resultados similares, con porcentajes elevados en mínimo estigma o estigma leve^{1,11,15}. Esto contrasta con resultados obtenidos en el de una revi-

sión sistemática que incluye múltiples estudios, y cuyos resultados muestran que aproximadamente un tercio de las personas participantes informan de un elevado estigma y destacan que la frecuencia del estigma internalizado es consistentemente alta en todos los continentes⁴.

Al analizar los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de forma individual, encontramos que la *asunción del estereotipo*, *discriminación percibida* y *aislamiento social* presentan resultados mínimos en nuestra población a estudio, lo que sugiere que la mayoría de los participantes no se identifican con estas formas de estigma. Sin embargo, en las subescalas *alienación* y *resistencia al estigma*, se observa una mayor variabilidad de respuesta. Esta situación es algo que se repite en otros estudios, en los que se observan puntuaciones bajas en discriminación percibida y elevadas en la alienación¹⁶. Del mismo modo, podemos ver que se repite esta misma dinámica con resultados similares en estudios realizados con muestras de adolescentes con problemas de salud mental¹.

En lo relativo a las variables sociodemográficas, hay que destacar que en nuestro estudio, al comparar las medias de la puntuación total de la escala ISMI en relación con algunas de las variables, los resultados

no presentan grandes diferencias en los valores, excepto la variable estado civil. La media entre los solteros y las personas casadas o con pareja estable se diferencian en casi 20 puntos. Sin embargo, no se identificaron diferencias destacables en el resto de los análisis de estas variables en nuestra población, como ocurre en la mayor parte de los estudios revisados^{4,14}. A pesar de no encontrar diferencias notables, muchos de ellos sí remarcan la influencia de estas variables en el desarrollo e interiorización del estigma y, en consecuencia, en los resultados obtenidos en las escalas de estigma internalizado¹⁴.

Dentro de esta investigación, se encuentran las subescalas como factores determinantes a la hora de medir los resultados totales de la escala ISMI. Cabe destacar que, al realizar el análisis bivalente de cada una de las subescalas con la variable sexo, se puede observar que las mujeres presentan mayores porcentajes, llegando incluso a duplicar los valores del porcentaje de los hombres en dos de ellas: *alienación* y *discriminación percibida*. En las subescalas de *asunción del estereotipo* y *aislamiento social*, también son mayores, pero en menor medida. Además, en la subescala *resistencia al estigma*, ellas presentan una menor resistencia. Por último, al analizar la puntuación total obtenida en la escala en función de esta variable, las mujeres también presentan valores totales más elevados que los hombres, con una media de 62 puntos frente a 58, respectivamente. Algunos estudios previos han encontrado resultados con esta misma tendencia de un mayor estigma internalizado en las mujeres que en los hombres¹⁶.

En cuanto a la variable *nivel de estudios* respecto a las subescalas, podemos observar que las personas con estudios universitarios presentan una mayor alienación, así como mayor puntuación en la discriminación percibida, pero a la vez también presentan una mayor resistencia al estigma con respecto al resto de categorías, lo que podría indicar una mayor conciencia crítica respecto al estigma social. A su vez, las personas sin estudios o estudios primarios tienen porcentajes más elevados en cuanto a la asunción del estereotipo y el aislamiento social.

En relación con la adherencia al tratamiento, algunos estudios afirman que puntuaciones más altas de estigma internalizado están asociadas a la falta de adherencia al tratamiento^{9,11}. Sin embargo, centrándonos en nuestros resultados, se observa que las puntuaciones más elevadas y, por tanto, con un mayor estig-

ma internalizado también presentan una buena adherencia al tratamiento (valorado con la variable acudir a consultas y con la toma de medicación). Esto puede deberse a un sesgo de selección de la muestra, ya que la mayoría de los participantes eran personas que acudían con regularidad al centro, lo que podría explicar su elevada adherencia.

Destacar que, aunque la correlación lineal entre la puntuación total de la escala y el tiempo a tratamiento es débil en los resultados de nuestra investigación, en otros estudios afirman que un mayor tiempo a tratamiento influye de forma significativa en un aumento de los niveles de estigma internalizado¹.

Conclusiones

El presente estudio ha permitido identificar que el grado de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil es, en general, bajo. Entre las subescalas analizadas, destaca la mayor variabilidad en las dimensiones de *alienación* y *resistencia al estigma*, lo que sugiere áreas potenciales de intervención a nivel clínico y psicosocial.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, el hecho de no encontrar una relación entre el grado de estigma internalizado con las características sociodemográficas ni con los años de seguimiento se puede explicar por el pequeño tamaño muestral. No se incluyó el diagnóstico como variable independiente por la limitación temporal a la hora de desarrollar el estudio por lo que no se puede tener en cuenta la influencia que estos podrían tener en los resultados del estigma internalizado.

Además, al ser una escala autoadministrada, puede haber problemas de entendimiento de las preguntas. Esto también influye en que puede aparecer el sesgo de no respuesta ya que no vamos a conocer las razones por las que los participantes no responden a ciertas preguntas de la escala o del cuestionario. Para disminuir la presencia de este sesgo, los cuestionarios siempre han sido entregados por las investigadoras y/o las enfermeras de referencia de cada paciente, por si pudieran aparecer problemas a la hora de rellenarlo. Sin embargo, con esta medida podría aparecer el sesgo de complacencia, ya que al estar presente la enfermera de referencia las respuestas de la persona pueden estar influenciadas por lo que cree que la enfermera espera de él.

Por último y como hemos adelantado anteriormente, en los resultados de las dos cuestiones referidas a la adherencia al tratamiento (asistencia a consultas y toma de tratamiento), nuestro estudio podría estar afectado por un sesgo de selección debido a que las personas a las que hemos tenido acceso para que completaran la escala y el cuestionario son las que acuden a tomar la medicación al centro, administrarse medicación intramuscular y/o a las consultas con sus terapeutas. Esto explicaría que casi el 100% de los participantes hayan afirmado que tienen una buena adherencia al tratamiento.

Con todo lo anteriormente mencionado, podemos deducir que el estigma y en concreto el estigma internalizado es un aspecto que continúa influyendo de forma negativa en las personas que padecen trastornos mentales graves, sobre todo en relación con la búsqueda de tratamiento y en la adherencia al mismo. Por esta razón, consideramos importante continuar con la investigación en este ámbito, pero mediante estudios con muestras más amplias y representativas, e incluyendo variables clínicas relevantes. Asimismo, utilizar una perspectiva cualitativa permitiría acercarnos a la realidad del estigma de una manera mucho más amplia, completando así la información que aporta la investigación cuantitativa sobre el tema. Pero también nos parece importante nombrar la necesidad de que se amplíe esta visibilidad hacia los trastornos mentales graves y no vuelvan a quedar relegados e incomprensidos a nivel social, para conseguir con ello reducir el estigma social y con él el estigma internalizado y sus consecuencias en la vida de las personas que los padecen.

Bibliografía

1. Barcenilla Barcenilla D, González González M, González Marugán EM, Martínez Menéndez N, Sumillera Diéguez CI. Autoestigma y apoyo social percibido en adolescentes atendidos en salud mental. Trabajo fin de residencia. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias; 2020.
2. Stefaniak I. I am what I am: a review of the assumptions of anti-self-stigma intervention. *Adv Psychiatry Neurol* [Internet]. 2021; 30(1):45–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082030/>
3. Schomerus G, Angermeyer MC. Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring what matters most in modern Western societies. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2021; 30(26):1–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729113/>
4. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophr Bull* [Internet]. 2021; 47(5):1261–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459793/>
5. Moraleda Á, Galán-Casado D, Cangas AJ. Reducing self-stigma in people with severe mental illness participating in a regular football league: an exploratory study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019; 16:1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31561438/>
6. Soroka E, Słotwiński M, Pawęzka J, Urbańska A. Between self-stigma and the will of recovery. Difficulties in accepting a psychiatric diagnosis - case study. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2022; 56(1):183–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35569157/>
7. Comité asesor para la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_d_e_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
8. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003; 121(1):31–49.
9. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018; 11(4):244–54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286/articulo-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367>
10. Del Valle Gallo V. Estigma y salud mental: evaluación del nivel de estigma en personas que consumen sustancias psicoactivas. Tesis de maestría en salud mental. Universidad Nacional de Córdoba; 2019: 24–6. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/14975/GALLO%20CC.pdf?seque nce=1>
11. Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder - A cross-sectional study in a tertiary care centre. *Explor Res Clin Soc Pharm* [Internet]. 2022; 7:1–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36161207/>
12. Díaz Hernández EL, Brito Brito PR, García Hernández AM. Cambios en la percepción del estigma en personas con trastorno mental grave. *Majorensis: Rev Electron Cienc Tecnol* [Internet]. 2021; 17:66–71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8070494&info=resumen&idioma=SPA>
13. Hernando-Merino E, Baca-García E, Barrigón ML. Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2022; 15:205–10. Disponible en: www.elsevier.es/saludmental
14. González Domínguez S. Estigma y salud mental: estigma internalizado. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/11074>
15. Sanz Domingo AI, Ferrer Aguilo L, Lorente Fernández D, Garrido Carrera A, Larraz Giganto S, Lario Marín NE. Estigmatización y adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática. *Rev Sanitaria Investig* [Internet]. 2023; 4(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estigmatizacion-y-adherencia-altratamiento-psicofarmacologico-en-pacientes-con-esquizofrenia-revisionsistematica/>
16. Del Cura Bilbao A, Sandín Vázquez M. Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gac Sanit* [Internet]. 2021; 35(5):473–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.004>

Efectividad de un programa de *mindfulness* para el abordaje de la ansiedad y depresión en usuarios de una unidad de salud mental

Effectiveness of a mindfulness programme for tackling anxiety and depression in users of a mental health unit

Ana Roig García¹, Raquel Marcos Garcés², Ingrid García Nebot²

1. Unidad de Hospitalización Breve, Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía, España.

2. Unidad de Salud Mental de Rafalafena. Castellón, España.

Contacto: Ana Roig García, anaroiggarcia@gmail.com

Fecha de recepción: 1 de abril de 2025 / Fecha de aceptación: 9 de mayo de 2025

Resumen

Introducción: El *mindfulness* y las prácticas basadas en la atención plena se asocian con menos síntomas de depresión y ansiedad.

Objetivo: Explorar los beneficios de un programa de *mindfulness* en los síntomas de ansiedad y depresión en una unidad de salud mental (USM).

Metodología: Estudio cuantitativo, cuasiexperimental, pre- y postintervención, sin grupo control, desarrollado en la USM de Rafalafena (Castellón). Inicialmente se asignó de forma no aleatorizada a 11 pacientes. La intervención grupal se desarrolló a lo largo de 2 meses y estuvo compuesta por 7 sesiones, de una sesión semanal, con una duración de 2 horas cada una. Se evaluaron pre- y postintervención las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida con los cuestionarios STAI, BDI-II y SF12v2. Asimismo, se evaluó el nivel de satisfacción postgrupo.

Resultados y discusión: Se mostraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad ($p = 0.002$) y depresión ($p = 0.008$), en consonancia con otros estudios. No obstante, en la calidad de vida no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ni para el componente sumario físico ($p = 0.182$) ni para el mental ($p = 0.125$), aunque sí se observó una ligera mejoría en el mental. En cuanto a la satisfacción postgrupo, valoraron con elevada puntuación dicha variable.

Conclusiones: Los resultados demuestran una relación entre los niveles de las variables ansiedad y depresión tras llevar a cabo un programa de *mindfulness*. Respecto a la calidad de vida, no se observan resultados estadísticamente significativos. Se obtiene una elevada puntuación en el cuestionario de satisfacción del programa implementado.

Palabras clave: *mindfulness*, atención plena, ansiedad, depresión, calidad de vida, satisfacción, salud mental, terapia grupal.

Abstract

Introduction: Mindfulness-based practices are associated with fewer symptoms of depression and anxiety.

Objective: To explore the benefits of a mindfulness programme on symptoms of anxiety and depression in a mental health unit (MHU).

Methodology: A quantitative study, quasi-experimental, pre and post-intervention, without a control group, developed at the MHU of Rafalafena (Castellón). Initially, 11 patients attending the unit consecutively, were allocated in a non-randomised distribution. The group intervention took place during 2 months and was composed of 7 sessions, one per week, each session lasting 2 hours. Anxiety, depression and life quality were evaluated pre and post-intervention through the STAI, BDI-II and SF12v2 questionnaires. Furthermore, the satisfaction level post-group was evaluated.

Results and discussion: Statistically significant differences were observed in anxiety ($p = 0.002$) and depression ($p = 0.008$), in line with other similar studies. Nonetheless, non-significant differences were observed in life quality, for either the physical ($p = 0.182$) or mental ($p = 0.125$) summary component, although a slight improvement was observed in the mental component. Regarding post-group satisfaction, the questionnaire was highly rated by the participants.

Conclusions: The results show a relationship between the levels of the variables anxiety and depression after carrying out a Mindfulness Programme. With regard to quality of life, no statistically significant results were observed. A high score was obtained in the satisfaction questionnaire of the programme implemented.

Keywords: *mindfulness, anxiety, depression, life quality, satisfaction, mental health, group therapy.*

Introducción

El *mindfulness* o la atención plena hace referencia a un proceso que conduce a un estado mental caracterizado por la conciencia sin prejuicios de la experiencia del momento presente, incluidas sensaciones, pensamientos, estados corporales, la conciencia y el entorno, al tiempo que fomenta la apertura, la curiosidad y la aceptación. Se trata tanto de una habilidad como de una práctica; la práctica de la atención plena genera la habilidad de permanecer atento¹.

El estudio de la atención plena y la salud mental ha florecido en la ciencia psicológica durante la última década. Según Kabat-Zinn², la atención plena se refiere a la conciencia que surge de prestar atención al momento presente sin juzgar y con propósito. Garland *et al.*³, postulan que la atención plena está asociada con el bienestar psicológico y el significado de la vida a través de una espiral de procesos, que incluyen reacciones habituales y de piloto automático reducidas al estrés, una mayor reevaluación cognitiva y un mayor sabor de las experiencias positivas.

La atención plena se ha extendido rápidamente en la investigación y la práctica debido al éxito de las intervenciones estandarizadas. Estas intervenciones son la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) y la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT)¹. Ambas se utilizan para ayudar a las personas a tomar conciencia de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales en el momento presente y, posteriormente, ayudarles a cambiar la forma en que se relacionan con estas experiencias⁴. La MBCT se diferencia de la MBSR en que combina el entrenamiento formal de atención plena con técnicas cognitivo-conductuales⁵.

El programa MBSR es un entrenamiento grupal, que fue desarrollado para personas con enfermedades crónicas y trastornos relacionados con el estrés, centrado en el entrenamiento sistemático en atención plena⁴. La MBCT es un entrenamiento grupal que combina técnicas de meditación de atención plena con elementos de la terapia cognitivo-conductual, y

enseña a los participantes a reconocer y desconectarse de patrones cognitivos automáticos desadaptativos y a desarrollar una actitud compasiva y sin prejuicios hacia sí mismos⁶.

Durante las últimas dos décadas, las terapias basadas en la atención plena (MBT) han tomado una mayor atención como intervenciones para la depresión, y los resultados de varios metanálisis respaldan su eficacia en adultos⁷⁻⁹. Las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) recomiendan MBCT para el tratamiento de la depresión recurrente. En los últimos años, varios estudios han demostrado que la MBI, incluida la MBCT, también puede reducir los síntomas agudos de ansiedad y depresión¹⁰. En esta línea, estudios recientes demuestran que las intervenciones basadas en *mindfulness* y las prácticas basadas en la atención plena son eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión¹¹. Un metanálisis demostró que la MBI tuvo efectos significativos en la reducción de los síntomas de ansiedad en personas con trastornos de ansiedad¹². Por tanto, las relaciones entre *mindfulness*, malestar psicológico y bienestar mental han quedado bien establecidas en la literatura¹³.

Por una parte, según la OMS, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial, y se estima que afecta alrededor de 280 millones de personas¹⁴. Afecta tanto al individuo deprimido como a su familia inmediata, y también tiene consecuencias para la sociedad en general¹⁵. Debido al deterioro del funcionamiento y la mortalidad temprana, la depresión es una carga económica en lo que respecta a trabajo reducido o perdido y a un mayor uso de los servicios médicos^{15,16}. Asimismo, la depresión contribuye sustancialmente a la discapacidad global, lo que confirma el grave impacto negativo que supone¹⁴.

En España, el trastorno depresivo aparece en el 4.1 % de la población (5.9 % en mujeres y 2.3 % en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad¹⁷. La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020 indica que la prevalencia autorreferida de depresión en la población de 15 años o más

años es del 5.28%, siendo más alta en mujeres (7.22 %) que en hombres (3.24 %) ¹⁸.

Por otra parte, los trastornos de ansiedad son un problema de salud mental común ^{19,20}, que se caracterizan por una preocupación excesiva que es difícil de controlar y puede ir acompañada de síntomas físicos que incluyen inquietud, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad o alteraciones del sueño ^{21,22}. Además, se asocian con un menor rendimiento cognitivo ²³ y un alto riesgo de enfermedades somáticas como dolor o fatiga ²⁴. Asimismo, la ansiedad está relacionada con enfermedades crónicas como enfermedades gastrointestinales ^{25,26}, enfermedades cardíacas ²⁴, con una baja calidad de vida ²⁷ y muchas limitaciones en la vida diaria, como la restricción a nivel social ²⁸.

En España, los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental más frecuente, afectando al 6.7 % de la población, siendo más prevalentes en mujeres (8.8 %) que en hombres (4.5 %) ¹⁷. La Encuesta Nacional de Salud en España 2023 destaca

que los trastornos de ansiedad afectan al 10 % de la población española, con una incidencia mayor en mujeres (14 %) que en hombres (7 %) ²⁹.

Estos datos ponen de manifiesto la elevada prevalencia de la depresión y los trastornos de ansiedad, lo que resalta la necesidad de desarrollar e implementar programas eficaces de salud mental. La prevención y el tratamiento adecuados de estos trastornos son esenciales para mejorar el bienestar de las personas afectadas y mitigar sus repercusiones sociales y económicas.

Por este motivo, tras la lectura de otros estudios similares en los que se ha demostrado que resulta altamente eficiente la realización de este tipo de talleres, se ha decidido llevar a cabo este programa de formato grupal con el objetivo de explorar los beneficios derivados de este en los síntomas ansiosos y depresivos, tratando de fomentar un ambiente psicoterapéutico libre de contenidos narrativos personales, que servirá como complemento a la atención psicológica o psiquiátrica individual.

Variables	n	Porcentaje válido
Género		
Hombres	40	54.80 %
Mujeres	33	45.20 %
Estado civil		
Soltero	64	87.70 %
Casado o con pareja estable	8	11.0 %
Viudo	1	1.4 %
Nivel educativo		
Sin estudios	3	4.20 %
Estudios primarios	24	33.80 %
Estudios secundarios	20	28.20 %
Formación profesional básica	15	21.10 %
Estudios universitarios	9	12.70 %
Ingresos económicos		
Sin ingresos	5	6.80 %
< 500 €	24	32.90 %
500-1000 €	34	46.60 %
1001-1500 €	9	12.30 %
> 1500 €	1	1.40 %
Situación laboral		
Empleado	3	4.10 %
Desempleado	19	26.0 %
Incapacidad laboral transitoria	1	1.4 %
Incapacidad parcial o total	50	68.5 %
Apoyo social/familiar		
Nunca	6	8.20 %
Casi nunca	13	17.80 %
Casi siempre	23	31.50 %
Siempre	31	42.50 %

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de los participantes del estudio (n=73)

Objetivos

Explorar los beneficios de un programa de *mindfulness* en los síntomas de ansiedad y depresión en una USM.

Metodología

Diseño metodológico

Se trata de un estudio cuantitativo, cuasi-experimental, no aleatorizado, pre- y postintervención, sin grupo control. La recogida de datos pretest se llevó a cabo un mes antes de llevar a cabo la intervención y se realizó de nuevo una vez finalizada la intervención, para su posterior análisis.

Ámbito de estudio

El estudio fue desarrollado en la USM de Rafalafena (Castellón de la Plana, España).

Población diana

La población seleccionada fueron personas pertenecientes a nuestra USM, que cumplían criterios para un diagnóstico de ansiedad, trastorno adaptativo y/o depresión, teniendo en cuenta el cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Usuarios en seguimiento en USM Rafalafena, mayores de 16 años, que acepten voluntariamente participar en el grupo y que cumplan criterios para un trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo y/o depresión según DSM-5.

Criterios de exclusión: Padecer otro diagnóstico psiquiátrico grave, menores de 16 años, estar bajo los efectos de alguna sustancia adictiva, no aceptar participar en el grupo y padecer alguna enfermedad orgánica que lo desaconseje.

Selección de la muestra

Para elegir a los participantes del estudio, fueron seleccionados pacientes que de forma consecutiva acudían a la USM durante el periodo de estudio y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, el tamaño muestral se basó en limitaciones prácticas, ya que un grupo pequeño de participantes facilita un seguimiento detallado y asegura que los investigadores puedan asegurar y ajustar la intervención de manera específica. Además se puede realizar un análisis más detallado sobre los efectos de la intervención a nivel individual. De esta forma inicialmente la muestra estuvo formada por un grupo de 11 participantes, aunque posteriormente se redujo a 9, ya que fueron quienes cumplieron los criterios comentados con anterioridad, quedando al final del programa un total de 6 participantes (figura 1).

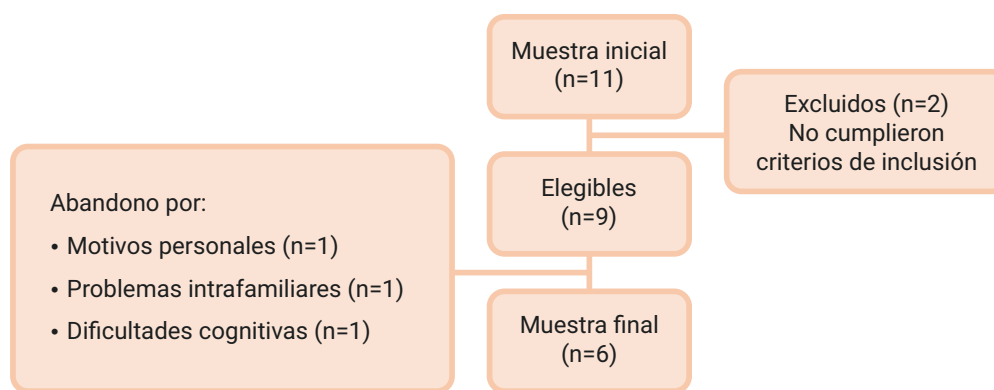


Figura 1. Diagrama de flujo de la evolución de la muestra

Variables e instrumentos de evaluación

Variable independiente: Intervención grupal en “Atención plena/*mindfulness*”.

Variables dependientes

Ansiedad. Esta variable fue medida mediante la versión española validada de State Trait Anxiety Inventory (STAI), la cual se trata de una escala heteroadministrada para valorar el grado de ansiedad. Este cuestionario mide ansiedad-rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y ansiedad-estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad). En este estudio sólo se midieron los valores del cuestionario de ansiedad-estado, que está compuesto por 20 ítems que describen cómo se siente la persona en ese momento. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos. En muestras de población española, se han encontrado niveles de consistencia interna entre 0.84 y 0.93³⁰. Esta escala se administró al inicio (medición basal) y al finalizar todas las sesiones del programa en formato papel.

Depresión. Esta variable fue medida mediante el test de depresión de Beck (BDI-II), que se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (*cambios en el patrón de sueño*) y 18 (*cambios en el apetito*) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La fiabilidad de consistencia interna del BDI-II es elevada, con un coeficiente alfa de 0.87³¹. Esta escala se administró a todos los usuarios del grupo al inicio (medición basal) y al finalizar todas las sesiones en formato papel.

Calidad de vida. Esta variable fue medida mediante el SF-12v2, que contiene 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 o 5 puntos. Resume 8 dimensiones, manteniendo el modelo conceptual del SF-36: *función física* (FF, 2 ítems), *rol físico* (RF, 2 ítems), *dolor corporal* (DC, 1 ítem), *salud general* (SG, 1 ítem), *vitalidad* (VT, 1 ítem), *función social*

(FS, 1 ítem), *rol emocional* (RE, 2 ítems) y *salud mental* (SM, 2 ítems). El *componente sumario físico* (CSF) y *mental* (CSM) se calculan a partir de estas dimensiones³².

Esta escala se administró a todos los pacientes del grupo al inicio y al finalizar todas las sesiones, en formato papel, para poder comparar la calidad de vida antes y después de la intervención.

Nivel de satisfacción postgrupo. Mediante cuestionario de satisfacción para los usuarios que realizaron el programa, en el que se les preguntó por 6 cuestiones para que señalizaran con un círculo al responder cada pregunta. Cinco de ellas fueron variables cuantitativas, a las cuales se atribuyó 0 a la mínima puntuación y 10 a la máxima, y una de ellas fue una variable cualitativa. Esta escala se administró a todos los usuarios del grupo al finalizar todas las sesiones en formato papel.

Variables sociodemográficas

Se recogieron a través de un cuestionario autoadministrado de datos sociodemográficos en la entrevista previa a la intervención, con el objetivo de contextualizar el estudio. Los ítems contenidos eran los siguientes: *edad* (años), *sexo* (hombre/mujer), *estado civil* (casado/a, soltero/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a), *convivientes en el domicilio* (incluyendo al usuario), *nivel de estudios* (elevado/medio/básico), *nivel socioeconómico* (bueno/regular/medio), *situación laboral* (estudiante, activo/a, desempleado/a, incapacitado/a, ILT, actividad en el hogar, jubilado/a).

Descripción de la intervención

Todos los participantes seleccionados, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron voluntariamente participar en el grupo, también aceptaron participar en el estudio, por lo que el estudio se aplicó al total de los participantes que integraron el grupo. Asimismo, firmaron un consentimiento informado tras la lectura previa de la hoja de información.

Este programa de *mindfulness* fue elaborado utilizando diversas fuentes clave y teóricas de tres libros fundamentales en el campo del *mindfulness*: *Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*³³, *Con rumbo propio*³⁴ y *Aprender a practicar mindfulness*³⁵. Los tres han sido utilizados en investigacio-

nes previas, proporcionan un enfoque global para reducir el estrés, la ansiedad y mejorar el bienestar emocional. Todos ellos proporcionan un marco teórico y metodológico fuerte que se adapta a los objetivos del presente estudio, especialmente en lo que respecta a las intervenciones del *mindfulness* y su empleo en la regulación emocional y el manejo del estrés.

La intervención grupal se desarrolló a lo largo de 2 meses y estuvo compuesta por 7 sesiones, que se organizaron de tal forma que se realizó una sesión a la semana, con una duración de 2 horas en cada una (tabla 1). Originariamente consistía en la realización de ocho sesiones, según el diseño estándar del programa basado en *mindfulness*. No obstante, debido a restricciones logísticas (como limitaciones de tiempo de los participantes o disponibilidad de recursos), fue necesario la reducción del programa a siete sesiones.

Esta modificación no afectó de manera trascendental a los objetivos del programa, ya que se adaptaron los contenidos esenciales para garantizar que los participantes pudieran experimentar los beneficios de la intervención en el tiempo disponible.

Fue impartido de forma grupal por una Psicóloga Clínica, una Enfermera Especialista en Salud Mental y una Residente de Enfermería de segundo año de la Especialidad de Salud Mental. Tanto las tareas para realizar en el domicilio como el material correspondiente de cada una de las sesiones se proporcionaban a los participantes al finalizar cada sesión. Al finalizar todas las sesiones, se pasaron las escalas post-intervención comentadas con anterioridad y asimismo, se les pasó un documento en el que registraron el nivel de satisfacción con el programa y aspectos que mejorarían, cambiarían o que incluso añadirían.

Semanas	Sesiones	Prácticas
S1	Despertando al piloto automático	Meditación de la uva pasa
S2	Entrando en <i>mindfulness</i> : respiración	Meditación de la respiración y el cuerpo
S3	Consciencia corporal: tener en mente al cuerpo	Escáner corporal Movimientos <i>mindfulness</i> Caminar <i>mindfulness</i>
S4	Pensamientos: metacognición	Ejercicio de escucha activa Meditación de sonidos y pensamientos
S5	Regulación emocional basada en <i>mindfulness</i>	Meditación de los 3 minutos Meditación de las dificultades Meditación amabilidad
S6	Estrés y autocuidado	Meditación de los 3 minutos ante situaciones de estrés
S7	Mantener viva la semilla del <i>mindfulness</i>	Meditación sentado

Tabla 1. Sesiones del programa de *mindfulness*

Análisis estadístico

Se calcularon estadísticos descriptivos como frecuencias, media y desviación típica para las variables sociodemográficas y las variables psicológicas y clínicas. Para estimar el impacto de la intervención en las distintas variables seleccionadas, se llevó a cabo la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, por tratarse de

una muestra menor a 50 sujetos. Tanto en el Inventario de Ansiedad-Estado como en el test de depresión BDI-II y el cuestionario de Salud SF-12v2, se realizó la prueba paramétrica *t* de Student para muestras emparejadas, por tratarse de una distribución normal. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics 25) a través de comparaciones pre- y postintervención.

Aspectos éticos

El estudio se desarrolló según las directrices de la Declaración de Helsinki y la Guía de Buena Práctica en la Investigación. Cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIM) con acta 11/2023, emitida con un informe favorable a fecha del 28 de diciembre de 2023. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos recogidos para el estudio fueron identificados mediante un código y sólo los investigadores principales/colaboradores pudieron relacionar dichos datos con el usuario y con su historia clínica. Si se publican los resultados del estudio, los datos personales de los pacientes no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Resultados

Se realizaron 7 intervenciones grupales, conformando la muestra elegible 9 sujetos, tras aplicar los criterios correspondientes. El porcentaje de pérdidas fue del 33.33 % ($n = 3$) al finalizar la intervención. La edad media de la muestra elegible de las participantes al inicio fue de 61.22 años, con una desviación típica de 9.1, aunque debido al porcentaje de pérdidas, finalmente la edad media fue de 63.00 años, con una desviación de 10.2. El total de la muestra fueron mujeres. Todas en su conjunto fueron derivadas por profesionales sanitarios (psicólogas, psiquiatras y enfermeras) de la USM de Rafalafena. Tal y como se muestra en la tabla 2, la mayoría fueron casadas o divorciadas, con un número de convivientes entre 1-4, un nivel de estudios medio-elevado, un buen nivel socioeconómico y cuatro de ellas se encontraban en situación laboral activa mientras que dos de ellas estaban jubiladas.

Estado civil	n	Porcentaje
Casada	2	33 %
Soltera	0	0 %
Viuda	1	17 %
Separada	1	17 %
Divorciada	2	33 %
Convivientes en el domicilio	n	%
1	2	33 %
2	2	33 %
3	0	0 %
4	2	33 %
Nivel de estudios	n	%
Elevado	4	67 %
Medio	2	33 %
Básico	0	0 %
Nivel socioeconómico	n	%
Bueno	6	100 %
Regular	0	0 %
Malo	0	0 %
Situación laboral	n	%
Estudiante	0	0 %
Activa	4	67 %
Desempleada	0	0 %
Incapacitada	0	0 %
ILT	0	0 %
Actividad hogar	0	0 %
Jubilada	2	33 %

Tabla 2. Datos sociodemográficos de la muestra

También se calcularon las medias y desviaciones típicas de las participantes del estudio en las variables que fueron analizadas pre y post intervención:

- Cuestionario ansiedad “STAI-estado”: la media fue de 21 y la desviación de 4.05 en la medición preintervención, frente a la media de 8.67 y la desviación de 4.54 en la medición postintervención.
- Cuestionario de depresión “BDI-II”: la media fue de 18.50 y la desviación de 8.40 en la medición preintervención, frente a la media de 10.33 y la desviación de 9.83 en la medición postintervención.
- Cuestionario de calidad de vida “SF12-v2 Componente Sumario Físico”: la media fue de 47.74 y la desviación de 7.20 en la medición preintervención, frente a la media de 46.23 y la desviación de 7.15 en la medición postintervención.
- Cuestionario de calidad de vida “SF12-v2 Componente Sumario Mental”:

la media fue de 51.32 y la desviación de 6.09 en la medición preintervención, frente a la media de 54.77 y la desviación de 6.90 en la medición postintervención.

Posteriormente, se analizaron las diferencias de puntuaciones antes y después de la intervención, con un intervalo de confianza del 95 %, para comprobar si el programa había conseguido mejorar las características que habían sido evaluadas (tabla 3). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas derivadas tanto del Inventario STAI Ansiedad-Estado ($p = 0.002$) como de los resultados del test de depresión BDI-II ($p = 0.008$). Sin embargo, en cuanto al Cuestionario de Salud SF-12v2, para valorar la calidad de vida, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ni para el componente sumario físico ($p = 0.182$) ni para el mental ($p = 0.125$), aunque sí se observó una ligera mejoría en el mental.

Comparación de escalas	Estadístico t	Significancia (bilateral)
Ansiedad	6.236	0.002
Depresión	4.328	0.008
Calidad de vida física	1.549	0.182
Calidad de vida mental	-1.843	0.125

Tabla 3. Detalles descriptivos de las comparaciones pre- y postintervención de las escalas estudiadas

Al finalizar el programa, también se evaluó el nivel de satisfacción postgrupo, teniendo en cuenta tanto variables cuantitativas (figura 2), como una variable cualitativa. Esta última mostraba la frecuencia de aplicación de las técnicas aprendidas, donde se obtuvo que el 67 % lo aplicaron a diario y que el 33 % lo realizaron de forma semanal, aunque no se apreciaron diferencias significativas entre la frecuencia de aplicación de las técnicas aprendidas y la mejora de la sintomatología.

Por tanto, se mostraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad ($p = 0.002$) y depresión ($p = 0.008$), en consonancia con otros estudios. No obstante, en la calidad de vida no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ni para el componente sumario físico ($p = 0.182$) ni para el mental ($p = 0.125$), aunque sí se observó una ligera mejoría en el mental. En cuanto a la satisfacción postgrupo, valoraron con elevada puntuación dicha variable.

Discusión

Volviendo la mirada al objetivo del estudio, se planteó explorar los beneficios de un programa de *mindfulness* en los síntomas de ansiedad y depresión en una USM, a partir del cual se obtuvieron resultados en la misma línea que los encontrados procedentes de otros estudios, donde se demostró una reducción significativa de estos síntomas³⁶⁻³⁸. En esta línea de investigación, encontramos a Strauss *et al.*, en cuyo metanálisis también se evidencia una disminución significativa de la sintomatología depresiva, aunque en éste las mejorías en cuanto a los síntomas de ansiedad son más discretas³⁹. Asimismo, según Miró *et al.*, el entrenamiento en atención plena (AP) se ha utilizado más en trastornos del estado de ánimo que con trastornos de ansiedad, y este hecho es probable que esté relacionado con el desarrollo del enfoque manualizado de la terapia cognitiva basada en AP, ofreciendo a los clínicos una guía detallada para implantar un

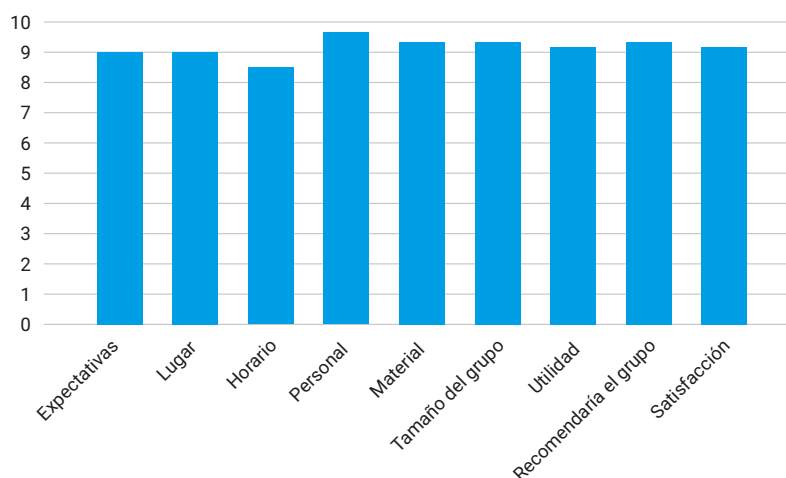


Figura 2. Resultados de las variables cuantitativas del cuestionario de satisfacción

tratamiento preventivo de la depresión, no disponiendo todavía de un planteamiento equivalente en el abordaje de la ansiedad generalizada⁴⁰.

El tamaño muestral original del estudio era de 11 participantes; sin embargo, debido a diversos factores de logística y problemas imprevistos (como ausencias repetidas, problemas de compromiso o dificultades personales de los participantes), la muestra final se redujo a 6 participantes. Esta disminución en la muestra puede afectar la capacidad de generalizar los resultados a una población más amplia, limitando de esta manera la validez externa del estudio. Por tanto, no es posible generalizar estos hallazgos a una población más grande debido a la limitación en la diversidad de la muestra y la limitada capacidad estadística derivada del pequeño tamaño muestral. No obstante, los resultados pueden proporcionar información valiosa sobre los efectos de la intervención en este grupo específico.

Los resultados demostraron una relación a corto plazo entre los niveles de las variables ansiedad y depresión tras llevar a cabo el programa de *mindfulness*. Sin embargo, no se tuvieron en cuenta otras variables, como el tratamiento psicofarmacológico o el seguimiento por los profesionales sanitarios, por lo que no podríamos afirmar que la mejora en la sintomatología ansiosa-depresiva fuera únicamente debida a la realización del programa. Según Miró *et al.*, el entrenamiento en AP resulta compatible con la medicación y, por tanto, se puede plantear como coadyuvante de ésta⁴⁰.

En cuanto a la medición de la ansiedad, esta variable fue medida mediante la escala STAI, que mide ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, aunque en este estudio solo se midieron los valores del cuestionario ansiedad-estado, que describe cómo se siente la persona en ese momento, entregándose tanto al inicio como al finalizar la intervención, no siendo evaluado el mantenimiento de los resultados en el tiempo. Sin embargo, la bibliografía referente a la terapia con atención plena, muestra que a largo plazo se produce un mayor descenso en los niveles de “ansiedad estado”, lo que hace reflexionar sobre la posibilidad de realizar mediciones más allá del fin de la intervención para poder determinar si persiste la eficacia de la intervención³⁶.

Respecto a la calidad de vida, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas tras la realización del programa, por lo que la realización del programa no influyó en una mejora de ésta variable. No obstante, en la misma línea, existen otros estudios en los que se concluyó que la atención plena es un predictor de la calidad de vida^{41,42}. Se considera que los resultados obtenidos de nuestro estudio posiblemente estuvieran relacionados con la corta duración de la intervención y por ello se recomendaría que en estudios posteriores se tuviera en cuenta la realización de un seguimiento a largo plazo para valorar la mejora en los resultados de dicha variable.

En cuanto a la satisfacción postgrupo, las usuarias valoraron con elevada puntuación dicho cuestionario, haciendo referencia la máxima puntuación a la cues-

tión referente al personal que llevó a cabo la intervención. En cuanto a la mínima puntuación, fue en referencia al horario en el que se impartió.

Limitaciones del estudio y propuestas de mejora

Una de las limitaciones principales de este trabajo ha sido el tamaño muestral reducido, ya que se trata de una muestra demasiado pequeña para obtener conclusiones generalizables. Asimismo, otra de las limitaciones fue la dificultad para llevar a cabo un estudio aleatorizado, que habría aportado mayor validez a los resultados, y la no existencia de un grupo control, ya que imposibilitó poder establecer comparaciones que demostraran la superioridad de esta intervención respecto a otros tratamientos. También fue una limitación el sesgo de género, ya que solo participaron mujeres en la realización de la intervención. Tampoco se tuvieron en cuenta variables como el tratamiento psicofarmacológico o el seguimiento por los distintos profesionales sanitarios, por lo que habría que tener en cuenta que la mejoría de la sintomatología también podría deberse a otras variables asociadas durante la realización del programa. Finalmente, tras lo comentado con anterioridad, las futuras investigaciones deberían incluir un mayor tamaño muestral, un grupo control y la realización de un seguimiento a largo plazo, con la finalidad de evaluar el mantenimiento de los resultados en el tiempo y ver hasta qué punto se mantienen en el tiempo estas mejoras en los síntomas.

Conclusiones

Los resultados demuestran una relación entre los niveles de las variables ansiedad y depresión tras llevar a cabo un programa de *mindfulness*. Respecto a la calidad de vida no se observan resultados estadísticamente significativos. Se obtiene una elevada puntuación en el cuestionario de satisfacción del programa implementado.

Bibliografía

- Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*. diciembre de 2017;40(4):739-49.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-56.
- Garland EL, Farb NA, R. Goldin P, Fredrickson BL. Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning: A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychological Inquiry*. 2 de octubre de 2015;26(4):293-314.
- Sverre KT, Nissen ER, Farver-Vestergaard I, Johannsen M, Zachariae R. Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical Psychology Review*. 1 de marzo de 2023;100:102234.
- Liu X, Yi P, Ma L, Liu W, Deng W, Yang X, et al. Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 1 de junio de 2021;300:113935.
- Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN, T. Donders AR, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. octubre de 2018;35(10):914-24.
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 1 de febrero de 2018;59:52-60.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2013;33(6):763-71.
- Wang YY, Li XH, Zheng W, Xu ZY, Ng CH, Ungvari GS, et al. Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 15 de marzo de 2018;229:429-36.
- Jiang S si, Liu X hua, Han N, Zhang H jing, Xie W xiang, Xie Z juan, et al. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*. 19 de julio de 2022;22:481.
- Sharma PK, Kumra R. Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*. 1 de febrero de 2022;186:111363.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. abril de 2010;78(2):169-83.
- Cheung RYM, Ng MCY. Disentangling the Effects of Mindfulness, Savoring, and Depressive Symptoms among Emerging Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de abril de 2023;20(8):5568.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Carga de enfermedad y tasas de mortalidad. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 31 de mayo de 2011;7(sup1):3-7.
- Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003;12(1):22-33.
- Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Internet]. Ministerio de Sanidad 2021. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf(https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Europea de Salud en España 2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EESE2020_inf_evol_princip_result2.pdf(https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EESE2020_inf_evol_princip_result2.pdf)
- Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med*. junio de 2019;81(5):398-407.

20. Yang X, Fang Y, Chen H, Zhang T, Yin X, Man J, et al. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 6 de mayo de 2021;30:e36.
21. Abed HA, Abd El-Raouf M. Stress, Anxiety, Depression Among Medical Undergraduate Students at Benha University and Their Socio-Demographic Correlates. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 1 de octubre de 2021;86(1):27-32.
22. Romanazzo S, Mansueto G, Cosci F. Anxiety in the Medically Ill: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry*. 2022;13:873126.
23. Lukasik KM, Waris O, Soveri A, Lehtonen M, Laine M. The Relationship of Anxiety and Stress With Working Memory Performance in a Large Non-depressed Sample. *Front Psychol*. 23 de enero de 2019;10:4.
24. Norbye AD, Abelsen B, Førde OH, Ringberg U. The association between health anxiety, physical disease and cardiovascular risk factors in the general population – a cross-sectional analysis from the Tromsø study: Tromsø 7. *BMC Prim Care*. 2 de junio de 2022;23:140.
25. Jones JD, Dominguez B, Bunch J, Uribe C, Valenzuela Y, Jacobs JP. A bidirectional relationship between anxiety, depression and gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease. *Clin Park Relat Disord*. 10 de agosto de 2021;5:100104.
26. Söderquist F, Syk M, Just D, Kurbalija Novicic Z, Rasmusson AJ, Hellström PM, et al. A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults. *BMC Psychiatry*. 11 de noviembre de 2020;20:535.
27. Armbrrecht E, Shah R, Poorman GW, Luo L, Stephens JM, Li B, et al. Economic and Humanistic Burden Associated with Depression and Anxiety Among Adults with Non-Communicable Chronic Diseases (NCCDs) in the United States. *J Multidiscip Healthc*. 23 de abril de 2021;14:887-96.
28. Norton J, Ancelin ML, Stewart R, Berr C, Ritchie K, Carrière I. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *J Affect Disord*. 10 de diciembre de 2012;141(2-3):276-85.
29. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf(https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf)
30. Guillén Riquelme A, Buela Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*. 2011;23(3):510-5.
31. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*. 1 de enero de 2005;16:121-42.
32. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 8 de diciembre de 2012;139(14):613-25.
33. Williams M, Penman D. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético. Paidós; 2013.
34. Con rumbo propio: Disfruta de la vida sin estrés. 23a ed. Barcelona: Plataforma editorial; 2018.
35. Aprender a practicar mindfulness. 14a ed. Sello editorial; 2011.
36. Obaya Prieto C. Eficacia de la terapia Psicoeducativa grupal de reducción de estrés en "Atención Plena /Mindfulness en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2018 Julio; 6(3): 57-69
37. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Educ Today*. enero de 2015;35(1):86-90.
38. Collado-Navarro C, Colomina-Llobell C, Barceló-Soler A. Nuevos abordajes en ansiedad y depresión: Mindfulness al servicio de las necesidades asistenciales de Salud Mental Especializada. *Psicosomática y Psiquiatría* [Internet]. 18 de julio de 2021 [citado 8 de marzo de 2024];(16). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/390289>
39. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS One*. 24 de abril de 2014;9(4):e96110.
40. Miró Barrachina MT, Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, Rivero Santana A, González Lorenzo M, Fuente Portero JA de la, et al. Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2011;16(1):1-14.
41. Fort-Rocamora C, Casañas R, Torres-Torres A, Mas-Expósito L, González M, Carbonero-Judez MT. Evaluation of a group intervention based on Mindfulness in patients with anxiety and depression cared for in mental health community center: a quasi-experimental study. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 1 de enero de 2024;34(1):14-22.
42. Yaghoobian A, Babakhani N. The Prediction of Quality of Life based on the Mindfulness of Middle-aged Women in Tehran, Iran. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2019;224-30.

Carta de despedida a mi trastorno de la conducta alimentaria

Farewell letter to my eating disorder

Anónimo

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2025 / Fecha de aceptación: 9 de febrero de 2025

Querido Trastorno de la Conducta Alimentaria,

Se me hace realmente raro despedirme de ti. Pues has sido algo que me ha perseguido durante mucho tiempo, como una sombra que, casi sin darme cuenta, aprendí a cargar en silencio.

Llegaste en un momento de vulnerabilidad, haciéndome sentir pequeña, como si tuviera que esconderme de todos, incluso de mí misma. A cambio, me ofreciste algo que, en aquel entonces, creía necesitar: control.

No voy a negar que, de tu mano, experimenté cambios que me permitieron sentir, al menos durante un tiempo, más cerca de una idea de mí misma que creía correcta. Gracias a ti, pude ver cierto cambio físico acompañado de una pérdida constante de peso, aquello que anhelaba desde hace tanto que mi cabeza no era ni es capaz de recordar. Pero hoy sé que, aunque este ha sido un punto de inflexión en mi vida, no lo es todo, y mucho menos define quién soy.

Sin embargo, tuve que pagar un precio alto por permitirte que me acompañaras. Me diste control, sí, pero a cambio me llenaste de miedos, frustración y asco, tanto hacia la comida como hacia mí misma. Me hiciste creer que nunca sería suficiente, que debía esconderme, que estaba incompleta.

No puedo negar que conocerte ha supuesto un aprendizaje constante. Gracias a ti he tomado conciencia de mi predisposición a perdonarme y a abrazar a aquella niña que, durante años, trataba de hacer frente a un problema demasiado grande para su tamaño. Me has empujado, aunque de una manera un tanto agresiva, a mirar dentro de mí, a reconciliarme con esa niña interior que durante tanto tiempo buscó sentirse en paz con su reflejo.

Hoy sé con certeza que no defines a esa niña aparte de indefensa. Y digo aparentemente porque no es nada frágil, es delicada. Pues, aunque su carácter descuadre a cualquiera, en su interior habita una sensibilidad que cuesta describir con palabras. Esta contradicción la acompañó, acompaña y acompañará siempre, pero ya no quiero que sea motivo de lucha interna, quiero reconciliarme conmigo misma.

Hoy me toca soltarte.

Decirte adiós no significa negar que me ayudaste de alguna manera, pero sí significa reconocer que ya no te necesito.

Lo que me diste lo tomo como un aprendizaje, como bien he dicho, pero no quiero que sigas ocupando el espacio que ahora reservo para cuidarme, para hablarme bonito, para seguir descubriendo quién soy sin ti.

A partir de ahora quiero seguir desprendiéndome capa a capa esta coraza que, con tu ayuda, he construido.

Quiero vivir libre, comer sin culpa, disfrutar, reír, vivir, sentir sin miedo alguno.

Sé que habrá días difíciles, pero los enfrentaré con la certeza de que soy suficiente, de que tengo todo lo necesario para seguir adelante sin ti.

Esta despedida no es una puerta que se cierra de golpe, es un camino que decido recorrer paso a paso, dándome el tiempo que necesite.

Gracias por los servicios prestados, pero ahora es momento de caminar sin tu peso a cuestas.

Hoy soy yo quien toma el control y, esta vez, lo hago desde el amor.

Con gratitud por lo que fui y amor en cada paso que doy y daré.

Marta.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL