



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Cuidados de enfermería de salud mental en
el ámbito de Atención Primaria**



Alumno: Torrecillas Caballero Maria

Tutor: Soler Torro Jose Manuel

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2021-2022**



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 10 de junio del 2022

Nombre del tutor/a	JOSE MANUEL SOLER TORRO
Nombre del alumno/a	MARIA TORRECILLAS CABALLERO
Tipo de actividad	2. Diseño de un estudio observacional: En este supuesto el alumno propone el diseño de un estudio que no se realiza. Tampoco accede a historias clínicas ni datos personales de ningún tipo
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito de Atención Primaria
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	220608182931
Código de Investigación Responsable	TFM.MPA.IMST.MTC.220608
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito de Atención Primaria**

ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (CQIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la



investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición el Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oic.umb.es/tfg-tfm/>



RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental de las personas. 1 de cada 4 consultas en atención primaria están relacionadas con un problema de salud mental, principalmente por ansiedad y depresión. La prevalencia en ambos tipos de patologías, a nivel de género, se duplica en mujeres. La atención de estas patologías se gestiona en el centro de salud por el médico y la enfermera de atención comunitaria. Los estudios reflejan una baja concordancia en los diagnósticos de atención primaria y la atención especializada. Existen dificultades para el diagnóstico y manejo de estos casos por la presión asistencial y las carencias formativas de los profesionales.

Objetivos: Analizar la eficacia de una intervención comunitaria en personas con sintomatología ansioso-depresiva y problemas de autoestima que participan en un taller de gestión emocional realizado por la enfermera de salud mental en el centro de salud de primaria.

Material y método: Estudio de intervención comunitaria pre-post. Población de estudio: 36 pacientes (18 pacientes en cada grupo) con sintomatología ansioso-depresiva y baja autoestima que están en riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental. Tipo de muestreo deliberado. Instrumentos utilizados: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y escala de autoestima de Rosenberg (RSE)

Conclusiones: Los resultados de este estudio permitirán identificar intervenciones en salud mental en el ámbito de trabajo de atención comunitaria. Estas intervenciones están destinadas para la población general que sufre ansiedad, estrés, malestar emocional, dificultad de autorregulación y que consulta por ello en el centro de salud. Por ello, permite reflexionar sobre la repercusión de los mismos en la calidad asistencial evitando la cronificación de los síntomas y disminuyendo la intervención farmacológica.

Palabras clave: *“salud mental”, “ansiedad”, “depresión”, “enfermera de salud mental”, “atención primaria”, “trabajo colaborativo”.*

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had a huge impact on people's mental health. 1 in 4 consultations in primary care are related to a mental health problem, mainly anxiety and depression. The prevalence of both types of pathologies, at the gender level, doubles in women. The care of these pathologies is managed in the health center by the doctor and the community care nurse. The studies reflect a low concordance between primary care diagnoses and specialized care. There are difficulties in diagnosing and managing these cases due to healthcare pressure and lack of training for professionals.

Objective: To analyze the effectiveness of a community intervention in people with anxious-depressive symptoms and self-esteem problems who participate in an emotional management workshop carried out by the mental health nurse in the primary health center.

Method: Pre-post community intervention study. Study population: 36 patients (18 patients in each group) with anxious-depressive symptoms and low self-esteem who are at risk of developing a mental health disorder. Instruments used: Goldberg Anxiety and Depression Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

Conclusion: The results of this study will make it possible to identify interventions in mental health in the field of community care work. These interventions are intended for the general population that suffers from anxiety, stress, emotional discomfort, difficulty in self-regulation and who consults for this at the health center. For this reason, it allows us to reflect on their repercussion on the quality of care, avoiding the chronification of symptoms and reducing pharmacological intervention.

Keywords: *“mental health”, “anxiety”, “depression”, “Psychiatric nurse”, “primary care”, “interprofessional collaboration”.*

ÍNDICE DEL PROYECTO

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN
2. PREGUNTA EN FORMATO PICO
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO
5. HIPÓTESIS
6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN
7. METODOLOGÍA
 - 7.1 DISEÑO, PARTICIPANTES Y ÁMBITO DE ESTUDIO
 - 7.2 VARIABLES DEL ESTUDIO
 - 7.3 RECOGIDA DE DATOS
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS
9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA
10. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS
11. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES
12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA
13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ Y RESPONSABILIDAD
14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN
15. PRESUPUESTO
16. BIBLIOGRAFÍA
17. ANEXOS

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es eficaz la realización de talleres de gestión emocional para población con síntomas de malestar emocional y problemas de autoestima llevados a cabo por una enfermera de salud mental en los centros de salud?

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN EN FORMATO PICO

P: Población con malestar emocional y problemas de autoestima que son atendidos en el centro de salud de atención primaria

I: Realizar taller de gestión emocional en el Centro de salud A y cuestionarios de salud por una enfermera de salud mental.

C: No realizar taller de gestión emocional en el Centro de salud B, si se realizan cuestionarios de salud.

O: Conocer la eficacia de la realización o no de talleres de gestión emocional en el centro de salud para personas con malestar emocional y problemas de autoestima a través de la comparación de puntuación en escalas validadas.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Cifras estimadas a nivel mundial exponen que aproximadamente unas 450 millones de personas sufrirán un trastorno de salud mental a lo largo de su vida, siendo un importante problema de discapacidad a nivel mundial. La pandemia por COVID-19 ha tenido una gran repercusión en la salud mental de las personas ⁽¹⁾. Los trastornos mentales están representados por un 12,5% de los problemas de salud⁽¹⁾. La depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo en el año 2030. Aproximadamente cada año se suicidan 800.000 personas, representando la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años⁽¹⁾. La OMS define la salud mental como un estado del bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Pero la salud se encuentra condicionada por múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares, educativos y sociales, económicos que se relacionan entre sí y producen resultados en términos de salud.

En atención primaria, 1 de cada 4 consultas están relacionadas con la salud mental, principalmente por ansiedad y depresión⁽²⁾. Como consecuencia de lo vivido estos dos últimos años de pandemia, se observa un aumento de visitas en atención primaria por problemas de salud mental (trastornos adaptativos, ansiedad, depresión especialmente), en todos los niveles de edad, siendo significativo el aumento de consultas en la población infantojuvenil (conducta suicidas, adicciones..)⁽³⁾. Tras las últimas recomendaciones de la OMS sobre la descentralización de la atención de la salud mental al ámbito comunitario, se encuentra que solo el 25% de los países a nivel mundial cumplen todos los criterios para la incorporación en atención primaria de servicios de salud mental. Aunque en la mayoría de los países se ha avanzado en materia de formación especializada, atención y seguimiento para las enfermedades mentales en los servicios de atención primaria, estos siguen siendo limitados⁽³⁾. En el último informe de 2020 OMS sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 sugiere la reorganización y adaptación de los servicios de salud mental a las necesidades actuales fomentando un modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental.

A nivel mundial, cifras aportadas por la OMS, reflejan que 1 de cada 4 personas durante su vida tendrán un trastorno mental⁽⁴⁾. A nivel terapéutico, entre el 35% y el 50% de las personas no toman ningún tratamiento o no es el adecuado. En España, en 2020, 2,1 millones de personas sufrieron algún tipo de cuadro depresivo. Atendiendo a la severidad de la sintomatología, 230.000 se consideraron graves. Por otro lado, el 6,7% de la población española está afectada por ansiedad. La prevalencia en ambos tipos de patologías, a nivel de género, se duplica en mujeres. Atendiendo a la gravedad, las mujeres triplican los casos que se dan en hombres. Según la edad, 7,3 millones de jóvenes de entre 15 y 29 años (48,9%) reconoce que ha tenido algún problema de salud mental según el II Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar de la FAD en 2019 ⁽⁴⁾.

Desglosando cifras aportadas por el INE por comunidades autónomas,: Castilla y León (10%), Comunitat Valenciana (9,8%) y Comunidad de Navarra (6,7%) predominan las cifras más altas en episodios depresivos; entretanto Cantabria e Illes Balears tienen las cifras más bajas (3,6% y

3,7%, respectivamente), junto con Ceuta y Melilla (2,5%). En el caso de Cataluña, en 2020 aumentó un 127% los trastornos de ansiedad y un 33% las consultas por depresión y otros trastornos mentales ⁽⁵⁾. Es necesario subrayar que son cifras que acaban siendo insostenibles, si no existen dispositivos de atención adaptados a las nuevas demandas de la población actual.

La atención a la salud mental en la situación actual es aún controvertida, incluso tras el efecto de una pandemia mundial. Se observa un incremento en el interés por el estudio de la salud mental de la población general para conocer el origen de este malestar emocional que a muchos nos engloba. La presión laboral, la inseguridad económica, cierre de empresas, el cuidado de familiares o personas mayores, la falta de tiempo para el autocuidado, el consumo de redes sociales etc acaba desencadenando síntomas de ansiedad, insomnio, estrés, depresión.. Asimismo, la cuarentena y el aislamiento social ha incrementado la incidencia de estos síntomas en la población general.

Actualmente se habla del concepto de “la otra salud mental” cada vez más expuesta en libros de autoayuda, podcast de inteligencia emocional, el aumento de visitas a coach emocionales, psicólogos etc objetivando la importancia que la población le está otorgando a tener una buena salud mental. Con respecto a otras enfermedades, la salud mental es aquella que más cambios ha sufrido tanto a nivel de seguimiento como de tratamiento. La modernización de la salud mental así como “la normalización de su atención” ha originado que cada vez la población consulte más en atención primaria por un problema de salud mental, eliminando barreras y prejuicios. La salud mental se ha posicionado como uno de los objetivos de promoción de la salud y bienestar para la población condicionando los determinantes sociales de la salud ⁽⁶⁾.

La bibliografía sostiene estudios realizados con anterioridad de altas tasas de prevalencia de pacientes con riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental que son atendidos en los centros de atención primaria ⁽⁷⁾. Con la reforma psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad supuso un cambio

en la atención de estos pacientes, eliminando la institución del “manicomio” y ofreciendo a las personas afectadas por problemas de salud mental la posibilidad de ser tratadas en dispositivos alternativos a la hospitalización psiquiátrica (8). Se propuso a los centros de salud mental como principales proveedores del cuidado con una atención personalizada, garantizando la prolongación de los cuidados y reduciendo la posibilidad de hospitalización. En 2007 con la Estrategia salud mental del SNS reflejó que los trastornos mentales leves se gestionarían a través de la atención primaria. En ese momento no existía un protocolo de coordinación entre ambos recursos(9).

En general, tras la búsqueda bibliográfica, se encuentra que la mayoría de estudios reflejan una baja correlación en los diagnósticos de los centros de salud mental y los centros de atención primaria. Es distinguida la dificultad para diagnosticar trastornos adaptativos siendo seleccionados como trastornos ansiosos y depresivos por los médicos de atención primaria. El grado de concordancia es alto para trastornos psicóticos, discapacidad intelectual, trastornos de uso por sustancias y conducta alimentaria(10). Los criterios de derivación utilizados dependen del trastorno de salud mental, siendo esencial, una adecuada concordancia diagnóstica entre atención primaria y salud mental(11). Según los artículos revisados, ya se hablaba desde 2004 de la necesidad de crear un plan de formación para los profesionales de atención primaria para mejorar su capacidad para diagnosticar pacientes de salud mental y conocer los recursos especializados, especialmente en entrevista clínica y habilidades de manejo(12).

Los motivos de dificultad mencionados en la bibliografía para la identificación de patologías psiquiátricas leves son de diversa índole: las carencias formativas de los profesionales, la presión asistencial, la falta de profesionales en el CAP, el corto espacio de tiempo entre consulta y consulta (13). Siendo la morbilidad psiquiátrica uno de los motivos de consulta que consume mayor tiempo de asistencia. Todo ello contribuye a la dificultad para detectar casos siendo pacientes no diagnosticados y que no reciben el tratamiento adecuado(14). Es por tanto que existe controversia en esta atención, ya que es a través de atención primaria la puerta de entrada a los

CSM para su posterior seguimiento. Como consecuencia, persiste la sobrecarga inicial anteriormente mencionada más, la dificultad de detectar posibles casos de derivación⁽¹⁵⁾.

En 2006 en Cataluña, se crea el Programa de Soporte a la Primaria (PSP), incluido en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Plantea un modelo colaborativo entre AP y CSM para mejorar la asistencia de pacientes con un problema de salud mental. Este programa está constituido por un psiquiatra, un enfermero y un psicólogo que acuden al CAP para realizar intervenciones terapéuticas conjuntas para pacientes con un trastorno mental⁽¹⁶⁾. Asimismo ofrecen soporte asistencial, consultoría farmacológica o terapias psicológicas breves. Pero este programa actualmente es exclusivo de Cataluña y no existe en la mayoría de los CSM principalmente por falta de profesionales especializados.

El Plan director de salud mental ha emitido en enero de 2022 un informe sobre un modelo colaborativo entre atención primaria y atención especializada para integrar la salud mental en la atención primaria ⁽¹⁷⁾. Con el objetivo de instaurar un profesional especializado de salud mental (enfermera especialista de salud mental, psiquiatra o psicólogo) en la consulta de atención primaria para la intervención y detección precoz de estos diagnósticos. Las intervenciones estarán dispuestas en cinco niveles según el grado de complejidad/gravedad del paciente. Las intervenciones van desde interconsulta entre profesionales, aplicación de cuestionarios de cribaje, intervenciones individuales con sesiones planificadas (habilidades resolución de problemas, terapias de exposición, herramientas para manejo de estrés, ansiedad), actividades psicoeducativas grupales con terapias cognitivas basadas en mindfulness, exposición interoceptiva) y derivación a CSM.

4.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como se ha señalado anteriormente, las consultas en los centros de salud relacionadas con malestar emocional han aumentado, motivado por el

impacto producido por la pandemia en la salud mental. La falta de tiempo y conocimientos especializados sugiere la reorganización y adaptación de los servicios de salud mental a las necesidades actuales de la población.

La descentralización de la atención de salud mental a los centros de salud fomenta la creación de un modelo colaborativo entre atención primaria y especializada para la atención de estas demandas. Además, la privatización del sistema sanitario y la situación económica actual repercute en que las personas no pueden costear una atención psicológica privada con un seguimiento frecuente para evitar un empeoramiento del problema.

Por tanto, la realización de talleres grupales guiados por una enfermera de salud mental para la gestión de las emociones y los problemas de autoestima podría tener beneficios esperables en la salud mental de las personas tras las consecuencias de la pandemia. Así mismo, la presencia permanente en un centro de salud de atención primaria de la enfermera especialista de salud mental podría disminuir el número de visitas al centro de salud por estos motivos, detectar posibles patologías psiquiátricas de riesgo, disminuir la medicalización innecesaria y evitar la cronificación de aquellos pacientes que no están vinculados a la red de salud mental.

Sin embargo, no se ha evaluado si estas intervenciones pueden resultar efectivas en nuestro sistema sanitario, lo que es necesario antes de su implementación.

5. HIPÓTESIS

Los pacientes con malestar emocional y problemas de autoestima mejorarán sus síntomas con la derivación a un taller de gestión emocional realizado en el centro de salud de atención primaria por la enfermera de salud mental y estas mejoras serán mantenidas en el tiempo.

6. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la eficacia de una intervención comunitaria en personas con sintomatología ansioso-depresiva y problemas de autoestima que participan en un taller de gestión emocional realizado por la

enfermera de salud mental en el centro de salud de primaria.

Objetivos específicos:

- Conocer el efecto de impartir talleres grupales de gestión emocional en los niveles de ansiedad, depresión y problemas de autoestima.
- Comparar los resultados obtenidos en pacientes participantes en talleres grupales de gestión emocional respecto de pacientes comparables que no hayan participado mediante tras la aplicación de escalas validadas.
- Determinar el mantenimiento de los efectos de los talleres de gestión emocional a los 6 meses de su realización.

7. METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de intervención comunitaria consistente en talleres grupales para la gestión emocional de pacientes con síntomas de ansiedad, depresión y problemas de autoestima. El taller consta de 4 sesiones estructuradas en un mes de duración. La población de estudio la conformarán dos grupos: intervención y control, pertenecientes a dos centros de salud de Barcelona (Centro de salud A y centro de salud B), respectivamente. Solo en el centro de salud A se llevará a cabo la realización del taller de gestión emocional. Ambos grupos cumplimentarán unos cuestionarios online para la posterior comparación de datos y estos serán repetidos a los 6 meses de su ejecución.

POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN A ESTUDIO

La población de estudio la constituirán todos los pacientes con malestar emocional que consulten por este motivo en su centro de salud y que no tienen diagnosticado un trastorno de salud mental leve pero que están en riesgo de desarrollarlo. Incluiríamos a pacientes de riesgo con bajo estado de ánimo, estrés elevado, características vitales complicadas, inestabilidad emocional, situaciones sociales/familiares de dificultad.

La muestra estará compuesta por un grupo de población comprendido entre los 18-65 años. No se incluirá población infanto-juvenil. El género no es excluyente. La participación en este taller será de manera voluntaria.

Estos pacientes son pertenecientes al *Centro de salud A* ubicado en Barcelona, en el que se va a realizar el programa de intervención comunitaria. Destacar que estos pacientes no están vinculados a los servicios de salud mental comunitaria (CSMA) donde se atienden principalmente los trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, bipolaridad, consumo de sustancias...).

Por otro lado el grupo control, lo conforman pacientes con malestar emocional que acuden al centro de salud de atención primaria para su seguimiento. La muestra estará compuesta por población entre 18-65 años. No se incluirá tampoco población infanto-juvenil. El género no es excluyente. Esta muestra de población participará en la cumplimentación de escalas validadas. No se realizará talleres de bienestar emocional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con clínica ansioso-depresiva y problemas de autoestima
- Mayoría de edad
- Participación voluntaria en el estudio
- Consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con un trastorno psiquiátrico leve/grave que realizan seguimiento en el centro de salud mental CSMA
- Población infanto-juvenil
- Involuntariedad en el estudio
- No firma de consentimiento informado

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se ha calculado el tamaño de muestra asumiendo un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Se ha utilizado una desviación estándar de 1,5 puntos en las subescalas de depresión y ansiedad de la escala de Golberg y de 2,5 puntos para la escala de

Rosemberg, obtenidas mediante el procedimiento rango/6 en ambos casos. Se ha considerado una diferencia mínima a detectar de 0,5 puntos para la escala de Golberg y de 1 punto para la escala de Rosemberg, y se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Con estos valores, utilizando el programa GRANMO, se precisarían 157 sujetos para la escala de Golberg y 110 para la de Rosemberg. Por tanto, se tomará el mayor valor de ambos (157 sujetos en cada grupo).

MÉTODO DE MUESTREO

La muestra seleccionada será de 36 participantes para la obtención de resultados de rigor científico siendo 18 pacientes asignados al grupo control/intervención respectivamente. La técnica de asignación a un grupo u otro se realizará en función al centro de salud de pertenencia. La asignación no utiliza ningún tipo de muestreo aleatorio siendo la muestra seleccionada por muestreo de conveniencia. Los individuos a participar serán asignados al grupo intervención/control antes de empezar el estudio. Las mediciones se realizarán pre-post intervención y a los 6 meses tras su finalización. Ambos centros de salud deberán tener unas características similares en cuanto a la asignación de población con la única diferencia de la intervención realizada por un profesional de salud mental. Se administrarán igualmente los cuestionarios en ambos centros de salud.

- Grupo intervención: 18 pacientes que serán objeto de un programa de intervención en educación para la salud para el manejo de la ansiedad y depresión, mejora de la autoestima, del bienestar emocional. Estos pacientes están vinculados al *Centro de salud A (Barcelona)*, donde realizan el seguimiento de visitas con su enfermera especialista en comunitaria de referencia, así como con los distintos profesionales que conforman este centro de atención primaria. Estos pacientes no tienen un diagnóstico de salud mental. Se realizará trabajo colaborativo con la enfermera especialista en salud mental. Estas intervenciones se realizarán en el centro de salud A 18 pacientes seleccionados así como la administración de los cuestionarios seleccionados.
- Grupo control: lo constituirán 18 pacientes con características y clínica

similar. Estos pacientes no tienen un diagnóstico de salud mental. Están vinculados al *Centro de salud B (Barcelona)*, donde realizan el seguimiento de visitas con su enfermera de referencia, así como con los distintos profesionales de la salud que conforman este centro de atención primaria. No se realizará ninguna intervención comunitaria. Se administrarán los cuestionarios a los 18 pacientes seleccionados que conformen el grupo control.

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Para explorar el nivel de ansiedad/depresión se ha elegido la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (1988)**, revisada por Montón, Pérez, Campos y cols (1993) para su adaptación al castellano. Este cuestionario heteroadministrado se compone de 18 preguntas con 2 subescalas con nueve cuestiones respectivamente en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18) mediante un sistema de respuesta dicotómica Si/No. El periodo referido para la detección de estos trastornos debe ser en las últimas dos semanas. Las 4 primeras preguntas de cada subescala definen la condición para continuar la exploración y contestar el resto de preguntas. Específicamente, con la respuesta afirmativa de 2 o más en la subescala de ansiedad y de 1 o más en la subescala de depresión. La puntuación de mayor o igual a 4 en la escala de ansiedad y mayor o igual a 2 para la depresión, siendo más grave conforme la puntuación sea más alta con un máximo posible de 9 en cada una de ellas. La capacidad de detección es de una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y VPP (95.3%) siendo una escala ampliamente utilizada en el entorno de la Atención Primaria como instrumento de cribaje para trastornos psiquiátricos leves. (ver en anexo 1)

Por otro lado, para explorar el nivel de autoestima y los sentimientos de valía se ha elegido la **escala de autoestima de Rosenberg (RSE)**. (ver en anexo 2). La escala consta de 10 ítems, con 5 frases enunciadas de forma positiva y 5 frases enunciadas de forma negativa. Del 1-5: se puntúa de 4 a 1, con una escala Likert de (Muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo). Los ítems del 6-10, la escala likert puntúa de 1 a 4. Siendo un total de 30 a 40 puntos: autoestima elevada/normal. De 26 a 29

puntos: autoestima media, no presenta problemas graves pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. Es una escala traducida y validada al castellano. Tiene una consistencia interna de entre 0,76-0,87 y una fiabilidad del 0,80.

VARIABLES: DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES, CATEGORÍAS, UNIDADES

Variables dependientes: puntuación escalas validadas de ansiedad, depresión y baja autoestima.

VARIABLES DEPENDIENTES	Tipo	Valores
Puntuación escala Ansiedad de Goldberg	variable cuantitativa discreta	respuesta dicotómica si/no
Puntuación escala Depresión de Goldberg	variable cuantitativa discreta	respuesta dicotómica si/no
Puntuación escala de autoestima de Rosemberg	variable cuantitativa discreta	Muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo

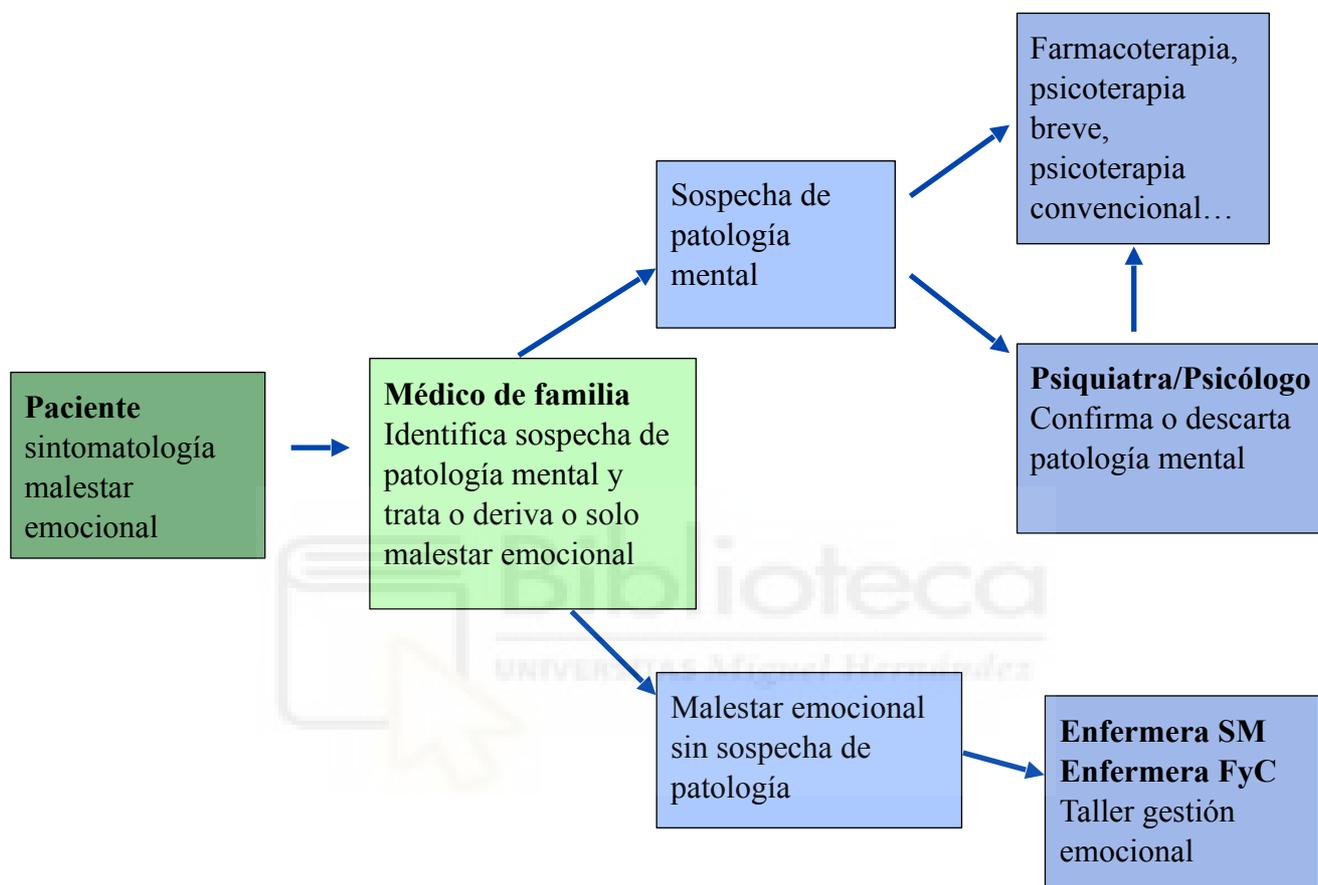
Variables independientes: Características sociodemográficas y laborales: edad, género, nivel educativo, estado laboral, estado civil. La población infanto-juvenil no está incluida dentro de la población a estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES	Tipo	Valores
Grupo	Variable cualitativa binaria	grupo control/grupo intervención
Edad	variable cuantitativa discreta	18-65
Género	variable cualitativa binaria	femenino/masculino
Nivel educativo	variable cualitativa ordinal	sin estudios, primaria, secundaria, universitaria
Estado laboral	variable cualitativa nominal	con trabajo, parado, pensionista, en situación de invalidez
Estado civil	variable cualitativa nominal	soltero, casado, divorciado

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Durante las visitas solicitadas al médico o enfermera de familia y comunitaria, si estos profesionales detectan signos de dificultad de gestión emocional, se informará al paciente de la posibilidad de participación en este

taller (ver en anexo 3) y se presentará la hoja informativa junto con el consentimiento informado (ver en anexo 4). La derivación a este taller y presentación de datos se realizará a través de los canales de derivación facilitados por el médico de familia. Si se sospecha de patología mental, el paciente será derivado al circuito de salud mental en los centros de salud mental CSM y no será incluido en el taller. Podría esquematizarse así:



La hoja de derivación se enviará a través del correo electrónico laboral proporcionado por las profesionales que realizarán el taller junto con una descripción del caso. Tras la adecuación del tamaño de muestra para creación del grupo se solicitará a los participantes la realización, a través de los cuestionarios facilitados de forma online (código QR), de la cumplimentación de las escalas solicitadas antes del inicio del taller. La herramienta de recogida de datos será una plataforma web de encuestas en línea tipo “Encuesta fácil” en su formato de menor coste y con la garantía del anonimato, proporcionando un dígito asignado a cada participante. Previamente, se realizará un “testeo” del funcionamiento de la plataforma y

adecuada recogida de datos. “Encuesta fácil” permite la elaboración de encuestas virtuales de manera personalizada con la posibilidad de respuesta múltiple. Tiene un sistema de corrección automática de puntuación que posibilita que se pueda emplear para evaluaciones de estudios. Su inmediatez permite que los datos obtenidos se visualicen automáticamente en tablas y gráficas de comparación. El acceso a la plataforma y a los resultados se puede realizar a través de la web o mediante su aplicación móvil.

El taller de gestión emocional constará de 4 sesiones estructuradas durante un mes de tres horas de duración para la implementación del proyecto:

- *Sesión número 1:* comprensión de emociones (frustración, tristeza, ira, dependencia emocional, inseguridad..). Origen y vivencia.
- *Sesión número 2:* manejo de la ansiedad
- *Sesión número 3:* técnicas de respiración. Introducción al mindfulness.
- *Sesión número 4:* hábitos saludables: higiene del sueño, alimentación adecuada, pautas de ejercicio.

Tras la realización de las 4 sesiones durante ese mes, se volverá a cumplimentar las escalas anteriormente mencionadas. Este paso se volverá a ejecutar a los 6 meses de la finalización de curso. El tiempo para rellenar el cuestionario es de 10 minutos aproximadamente.

DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO

El seguimiento del paciente se realizará exclusivamente para la cumplimentación de los cuestionarios 6 meses después de la realización del taller en el caso del centro de salud A. Por otro lado, se facilitará a la población de estudio del centro de salud B estos mismos cuestionarios. Serán proporcionados a través de los canales de comunicación anteriormente mencionados.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: TEST Y PROCEDIMIENTOS

A. ANÁLISIS ANTES-DESPUÉS INTRAGRUPOS: El análisis de los datos se realizará mediante comparación de medidas repetidas de las puntuaciones obtenidas de las escalas de ansiedad, depresión y

autoestima en los tres momentos pre-post intervención y a los 6 meses en ambos grupos. Las medidas repetidas reflejan múltiples valores observados en el tiempo de un mismo grupo. Con muestras relacionadas los valores de una muestra afectan a los valores de la otra muestra. Para contrastar la hipótesis entre ambas mediciones en un mismo grupo tras la intervención a realizar (pre-post), el estadístico de contraste a utilizar sería la prueba paramétrica ANOVA de medidas repetidas para datos apareados para conocer si hay diferencias estadísticamente significativas entre las varianzas con un p valor inferior a 0,05. Para la comparación de medias apareadas se analizará la diferencias entre las mediciones en un mismo grupo. Asumiendo un nivel de confianza del 95% con error alfa y beta de 0,05 y 0,20.

B. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS: Por otro lado, la prueba paramétrica T-student para datos independientes se utilizará para comparar el promedio de cada variable en los 2 grupos tras la aplicación de los cuestionarios para observar si hay diferencias estadísticamente significativas.

PROGRAMA ESTADÍSTICO A UTILIZAR

Los datos obtenidos de la variable principal y del resto de variables se introducirán en una base de datos de trabajo en el programa de software estadístico SPSS v.22 para el análisis de los datos.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS

Como consecuencia de la pandemia, la población comienza a notar los efectos negativos de ésta, no solo a nivel laboral/social sino también a nivel mental. Las consultas en los centros de atención primaria por motivos dígame “no orgánicos” como insomnio, estrés, dificultad para concentrarse, agotamiento emocional, ansiedad, frustración... hacen que la gestión de estos casos sea compleja. Ya por la saturación que arrastra la atención primaria pre-pandemia, la falta de profesionales disponibles, el tiempo de consulta, ocasiona que el seguimiento de estos pacientes acabe reduciéndose a intervenciones farmacológicas alargadas en el tiempo. La falta de recursos públicos en salud mental ocasiona que una persona de núcleo familiar humilde no pueda acceder a un especialista a nivel privado

por el consecuente gasto económico. Por ello planteo, ¿es la salud mental un lujo en España?.

La salud mental entendida como el eje central que sostiene las decisiones que tomamos, cómo manejamos el estrés, la manera de relacionarnos con los demás, cómo me veo a mi mismo y cómo veo a los demás..influye en nuestro concepto como persona. La realización de este tipo de talleres puede suponer un alivio a la presión asistencial que sufre la atención primaria para manejar este tipo de demandas. La atención y valoración realizada por la enfermera especialista en salud mental para la gestión de este tipo de talleres, está acreditada gracias a los conocimientos plenamente válidos, obtenidos durante su experiencia y formación profesional (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental). También abre una línea de acción para la consolidación de la profesión.

El empoderamiento de la enfermería es clave para el liderazgo compartido con otros profesionales, en beneficio de la atención de los pacientes que merecen una garantía de calidad en la atención. En la importancia de la atención, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica mediante el uso de guías y protocolos compartidos desde la formación y la investigación y la evidencia científica.

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para construir el marco conceptual de este proyecto se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos de consulta bibliográfica. Este documento se ha redactado en formato “intervención comunitaria” para su posterior aplicación. La revisión de la literatura original se realizó de la siguiente manera: 1) formulación de pregunta de investigación; 2) planificación de búsqueda mediante la estrategia PICO (Población/problema, Intervención, Comparación y Resultados/ Outcomes); 3) búsqueda bibliográfica; 4) selección de artículos de interés y 5) lectura crítica para análisis. Las palabras clave utilizadas fueron: “mental health”, “anxiety”, “depression”, “Psychiatric nurse”, “primary care”, “interprofessional collaboration”. Bases de datos *online* consultadas: Pubmed, Cochrane. Operadores booleanos utilizados: AND y OR según la base de datos.

Resultado de la búsqueda: 183 artículos. Se realizó una selección de 13 artículos según el título/abstract/texto completo para posterior lectura crítica.

10. LIMITACIONES ESTUDIO

La principal limitación del estudio es la generalización de los resultados debido al tamaño de la muestra de población y a la subjetividad de las respuestas de los usuarios. Así como la utilización de un diseño entre sujetos tiene por desventaja que los grupos asignados a cada nivel de la variable independiente pueden diferir en algunas características, lo que podría alterar los resultados.

11. ASPECTOS ETICO LEGALES

Antes de realizar el estudio, se solicitará autorización al Comité de Ética e investigaciones clínicas (CEIC). Se adjuntará: solicitud, modelo de consentimiento informado y cuestionarios proporcionados a los participantes. La investigación se realizará bajo el compromiso del cumplimiento de las normas ético-legales en investigación. De esta manera, se respetará en todo momento la confidencialidad de los datos mediante la Ley Orgánica 15/1999, de 13 Diciembre, de Protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), que tiene por objeto el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución. Ésta se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica. Para garantizar esta normativa, será necesario la autorización previa a la participación, mediante la firma del Consentimiento Informado. La realización del presente estudio es de manera voluntaria y no se recibirá ninguna compensación económica por la participación en el mismo. Contemplando la posibilidad de abandono en cualquier momento.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA

(Tabla: ver en anexo 5)

13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ Y RESPONSABILIDAD

El personal sanitario encargado de realizar los talleres grupales son una enfermera especialistas en atención comunitaria y una enfermera de salud mental. En el circuito de valoración participarán el resto de profesionales del centro de salud de pertenencia.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

- * Lugar de realización: Centro de salud A (Barcelona). Aula de formación.
- * Recursos materiales: plataforma online para la cumplimentación de los cuestionarios, esterillas de yoga, altavoz conexión, ordenador.

15. PRESUPUESTO

La propuesta de estudio utilizará la herramienta “Encuesta fácil” en su formato de menor coste. Tanto los ordenadores como las esterillas para los talleres a realizar serán utilizados del centro de salud donde se desarrolla la actividad. No tiene gastos de resultados de publicación.

16. BIBLIOGRAFIA

1. Brunier A. Who report highlights global shortfall in investment in mental health. WHO, 2021 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
2. Latorre Postigo José Miguel, Navarro Bravo Beatriz, Parra Delgado Marta, Salguero José M., Mae Wood Cristina, Cano Vindel Antonio. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 Feb [citado 2022 Mayo 20] ; 5(1): 37-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>.
3. Paricio R. Pando M. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de covid-19 en España: cuestiones y retos. Rev siq inf. 2020;37(2):30-44 Doi: 10.31766/revpsij.v37n2a4
4. Boletín informativo del instituto nacional de estadística. La salud mental en la pandemia.2021. INE. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagina me=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
5. Punzano D. El nuevo Govern Catalán pondrá en marcha un Plan integral de Salud mental y emocional RedacciónMédica. 2021.[Internet].[Consultado 20 marzo 2022] Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/pere-aragones-la-salud-mental-es-la-pandemia-que-viene-tras-el-covid-19--4328>
6. Leiva- Peña V, Rubí-González P y Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

7. Tellez Lapeira JM et al. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance?. *Aten Primaria*. 2005;35(2): 61-3 DOI: [10.1157/13071909](https://doi.org/10.1157/13071909)
8. Confederación salud mental España. Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación. 2019. Disponible en: <https://comunicalasaludmental.org/guiaeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana>
9. Hornillos C., Rodríguez E., González F., Fernández A. Presencia física de los profesionales de Salud Mental en un centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *REv. Asoc.Esp.Neuropsiq.* 2009;104(29):355-370 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200005&lng=es.
10. Landa N., Goñi A., Garcia E., Lizasoain E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008; 40(6): 285-9 doi: [10.1157/13123680](https://doi.org/10.1157/13123680)
11. Miranda I et al. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria?. *Aten Primaria* 2003; 32(9):524-30 doi: [10.1016/S0212-6567\(03\)70782-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70782-3)
12. Latorre JM., López-Torres J., Montañes J., Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(2):85-92 doi: [10.1157/13076608](https://doi.org/10.1157/13076608)
13. Martín Jurado A., Gándara J., Castro S., Moreira A., Sanchez-Hernández J., Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen* 2012;38(6):354-359. DOI: [10.1016/j.semereg.2011.12.005](https://doi.org/10.1016/j.semereg.2011.12.005)
14. Sánchez González D, et al. ¿En qué ocasiones el médico de familia solicita un tratamiento psicológico para sus pacientes? Análisis descriptivo y de concordancia entre diagnósticos. *CMed Psicossom* 2011;(97):31-37 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3617799>
15. Morera M. Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental. *Gac sanit.* 2014;28(5):405–407 doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014
16. Pérez-Ibáñez O., Programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Rev Asoc. E Sp. Neuropsiq.* 2015; 35(126), 257-266 doi.org/10.4321/S0211-57352015000200002
17. Consell Asesor de salut mental i addiccions. Procediments terapèutic en l'Atenció Primària per a les persones amb problemes de Salut mental i addiccions arran de la pandèmia Covid-19. Plan director de salut mental y adicciones. Departamento de salud. 2022
18. Vazquez AJ, Jimenez R., Vazquez R. Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(2): 247-255. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
19. Martín M., Pérez R., Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 2016;15(1), 177-192. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>
20. Marrugat J et al. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica epidemiológica. *Med Clin*. 1998; 111: 267-276

17. ANEXOS

Anexo 1: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada:

Preguntas	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 2: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta Si/No si ha detectado estos síntomas en las últimas dos semanas.:

Preguntas ANSIEDAD	SI	NO
Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Total puntuación ANSIEDAD=		

Preguntas DEPRESIÓN	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido Vd. enlentecido?		
¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total puntuación DEPRESIÓN=		

Anexo 3: CARTEL INFORMATIVO

APRENDE HABILIDADES PARA MANEJAR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS, LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y MEJORAR TU AUTOESTIMA

TALLER GESTIÓN EMOCIONAL

CENTRO DE SALUD A (BARCELONA)
4 SESIONES
FEBRERO 2023

A photograph showing several small metal containers filled with vibrant, colorful powders (blue, green, yellow, orange, pink) arranged on a surface splattered with paint. The background is a mix of colors, including blue, green, yellow, orange, and pink, creating a textured and artistic effect.

Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En mi carácter de _____, con DNI _____ doy mi consentimiento para la participación en el taller de Gestión emocional realizado en el centro de salud _____, con la/las enfermeras _____, dejando constancia que he sido debidamente informado de las condiciones de la práctica a realizar.

Una vez acceda al siguiente enlace, usted acepta VOLUNTARIAMENTE participar en el estudio.

Se le pedirá completar dos encuestas en tres tiempos, esto le llevará aproximadamente unos 10 minutos de su tiempo. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Firma del paciente:

Firma de los profesionales

Anexo 5: CALENDARIO Y CRONOGRAMA

ACTIVIDAD 2021-2022	Sept- Oct 22	Nov 22	Dic 22	Ene 23	Feb 23	Marz 23	Sept 23	Oct 23	Nov 23	Dici 23
Revisión bibliográfica	X									
Presentación del protocolo al CEIC		X								
Difusión del proyecto			X							
Selección de pacientes				X						
Cuestionario pre					X					
Realización taller					X					
Cuestionario post					X					
Recogida de datos						X				
Cuestionario 6 meses							X			
Recogida de datos								X		
Exportación y análisis de los datos									X	
Presentación de resultados										X