

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

PROYECTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA SOBRE PACIENTES DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA

Alumno: Abellán López, Ana

Tutor: Pomares Gómez, Francisco José

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

EVALUACIÓN ÉTICA DEL PROYECTO

Estimado Francisco José Pomares Gómez y Ana Abellán López

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	Francisco José Pomares Gómez
Nombre del estudiante:	Ana Abellán López
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	PROYECTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA SOBRE PACIENTES DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260522034822
Código de autorización COIR	TFM.MPA.FJP.AAL.260522
Caducidad	2 años

Pueden imprimir este correo como justificante de autorización ética COIR.

Aprovechamos para recordarle que no necesita realizar ningún trámite adicional con la Oficina de Investigación Responsable.

Un saludo,



RESUMEN

El estigma hacia las personas con patología mental continúa siendo una barrera relevante dentro del ámbito sanitario, pudiendo afectar a la calidad de la atención y a la relación terapéutica. En este contexto, este proyecto tiene como objetivo evaluar el impacto de una intervención enfermera basada en el contacto directo entre residentes de enfermería y medicina y personas con patología mental, con el fin de analizar si contribuye a reducir el estigma y a aumentar los niveles de empatía en estos profesionales en formación.

Se plantea un estudio cuasi experimental con diseño pre–post intervención. Para la recogida de datos se emplearán dos instrumentos validados: la Opening Minds Scale for Health Care Providers, destinada a evaluar actitudes estigmatizantes hacia las personas con patologías mentales, y la Jefferson Scale of Empathy – Health Professions Version, que mide el nivel de empatía en profesionales de la salud. Ambas escalas se administrarán antes y después de la intervención para analizar posibles cambios en las actitudes y competencias relacionales de los participantes. Al finalizar la intervención también se pasará un cuestionario que deberán cumplimentar todos los participantes para completar la evaluación del propio trabajo.

Se espera que la intervención favorezca una disminución del estigma y un incremento de la empatía hacia las personas con patología mental. Los resultados podrían aportar evidencia sobre la utilidad de las intervenciones basadas en el contacto directo como estrategia educativa en la formación sanitaria, contribuyendo a promover una atención más humanizada, respetuosa y centrada en la persona en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: estigma, salud mental, empatía, residentes sanitarios, intervención educativa, contacto directo.

ABSTRACT

The stigma surrounding people with mental disorders remains a significant barrier within the healthcare sector, potentially affecting the quality of care and the therapeutic relationship. In this context, this project aims to evaluate the impact of a nursing intervention based on direct contact between nursing and medical residents and people with mental disorders, in order to analyze whether it contributes to reducing stigma and increasing empathy levels among these professionals in training.

A quasi-experimental study with a pre-post intervention design is proposed. Two validated instruments will be used for data collection: the Opening Minds Scale for Health Care Providers, designed to assess stigmatizing attitudes toward people with mental disorders, and the Jefferson Scale of Empathy – Health Professions Version, which measures the level of empathy in healthcare professionals. Both scales will be administered before and after the intervention to analyze potential changes in participants' attitudes and relational skills. Additionally, at the end of the intervention, a questionnaire will be administered to all participants to complete the self-evaluation of their work.

The intervention is expected to reduce stigma and increase empathy towards people with mental disorders. The results could provide evidence on the usefulness of direct contact-based interventions as an educational strategy in healthcare training, contributing to more humanized, respectful, and person-centered care in the field of mental health.

Keywords: stigma, mental health, empathy, healthcare residents, educational intervention, direct contact.

ÍNDICE

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
5. PREGUNTA EN FORMATO PICO	6
6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA ACTUAL	6
7. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
8. HIPÓTESIS	8
9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
- Objetivo general	8
- Objetivos específicos.....	8
10. MATERIALES Y MÉTODOS	9
10.1 Diseño de estudio.....	9
10.2 Población diana y población a estudio	9
10.3 Criterios de inclusión y exclusión	9
10.4 Cálculo del tamaño de la muestra	10
10.5 Método de muestreo.....	10
10.6 Método de recogida de datos.....	11
10.7 Variables del estudio.....	12
10.7.1 Variable independiente.....	12
10.7.2 Variable dependiente principal.....	12
10.7.3 Variables sociodemográficas y de caracterización	12
10.8 Descripción de la intervención.....	13
10.9 Estrategia de análisis estadístico: test, procedimientos y programa estadístico a utilizar.	14
11. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.	15
12. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	15
13. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.....	16
14. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	17
15. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO	17
16. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.....	18
17. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.....	18
17.1. Recursos espaciales	18

17.2. Recursos materiales	19
18. PRESUPUESTO	19
19. BIBLIOGRAFÍA.	20
20. ANEXOS.	23
20.1 Consentimiento informado para la participación de usuarios	24
20.2 Consentimiento informado para la participación de residentes	25
20.4 Jefferson Scale of Empathy – Health Professions Version	27
20.5 Cuestionario de evaluación del proyecto para profesionales y pacientes	
28	

Índice de elementos gráficos

Tabla 1. Cronograma.....	17
Tabla 2. Presupuesto	20



4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La realización de una intervención enfermera basada en el contacto directo con personas con patología mental produce cambios en los niveles de estigma y empatía de los residentes de enfermería y medicina?

5. PREGUNTA EN FORMATO PICO

En residentes de enfermería y medicina, ¿una intervención basada en el contacto directo con personas con enfermedad mental, comparada con la situación previa a la intervención, disminuye el estigma y aumenta la empatía?

P (Población): residentes de enfermería y medicina.

I (Intervención): intervención enfermera basada en el contacto directo con personas con diagnóstico de enfermedad mental.

O (Resultados / Outcomes)

- Disminución del estigma hacia las personas con patología mental.
- Incremento de la empatía.

6. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA ACTUAL

La salud mental constituye actualmente una prioridad de salud pública a nivel mundial. La OMS señala que las enfermedades mentales representan una de las principales causas de discapacidad y pérdida de calidad de vida, afectando de manera significativa al bienestar físico, psicológico y social de las personas.¹⁻

³ A pesar de los avances en la atención y sensibilización social, el estigma y la discriminación continúan siendo una de las principales barreras para el acceso a los servicios sanitarios, la inclusión social y la recuperación de las personas con patología mental.^{4,5}

El estigma en salud mental engloba actitudes negativas, prejuicios y conductas discriminatorias dirigidas hacia las personas con patología mental, pudiendo manifestarse también dentro del ámbito sanitario.⁴ Según diferentes revisiones, algunos profesionales sanitarios mantienen creencias estigmatizantes que pueden influir negativamente en la calidad de los cuidados, en la relación terapéutica y en la atención ofrecida a estos pacientes.⁶ En el contexto español, distintas entidades y organismos han subrayado la necesidad de desarrollar estrategias orientadas a combatir el estigma desde los entornos sanitarios y educativos.⁷⁻⁹

La Confederación Salud Mental España y el Ministerio de Sanidad destacan la importancia de promover intervenciones de sensibilización y formación en salud mental dirigidas a profesionales sanitarios y estudiantes de ciencias de la salud.^{8,9} Asimismo, diferentes publicaciones nacionales señalan que el desconocimiento, los prejuicios y la falta de contacto con personas con experiencia en salud mental favorecen la persistencia del estigma.^{10,11}

En los últimos años, diversas investigaciones han mostrado que las intervenciones basadas en el contacto directo con personas con enfermedad mental pueden resultar eficaces para reducir actitudes estigmatizantes y favorecer una mayor empatía y comprensión hacia este colectivo.¹² La evidencia científica actual considera que el contacto social y el testimonio en primera persona son herramientas especialmente útiles para combatir prejuicios y promover una atención más humanizada y centrada en la persona.⁵

Sin embargo, continúan existiendo pocos estudios dirigidos específicamente a residentes de enfermería y medicina durante su formación sanitaria especializada, etapa clave en la adquisición de competencias profesionales y actitudes hacia la salud mental. Por ello, resulta necesario seguir investigando estrategias que permitan reducir el estigma y mejorar la calidad de la atención ofrecida a las personas con patología mental.

7. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La realización de este estudio se justifica por la necesidad de abordar el estigma hacia las personas con enfermedad mental dentro del ámbito sanitario, dado que puede repercutir negativamente en la calidad asistencial, en la relación terapéutica y en la recuperación de los pacientes. A pesar de las recomendaciones internacionales y nacionales orientadas a promover una atención más inclusiva y respetuosa, continúan detectándose actitudes estigmatizantes entre profesionales y estudiantes de ciencias de la salud.^{4,6}

La formación sanitaria especializada representa una etapa especialmente relevante para promover competencias relacionales, empatía y modelos de atención centrados en la persona. En este contexto, las intervenciones basadas en el contacto directo con personas con experiencia en salud mental podrían favorecer cambios positivos en las actitudes de los futuros profesionales

sanitarios, contribuyendo a disminuir prejuicios y mejorar la comprensión de las necesidades de este colectivo.^{5,12}

Además, la escasez de investigaciones centradas específicamente en residentes de enfermería y medicina pone de manifiesto la necesidad de generar evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones en el ámbito formativo. Los resultados obtenidos podrían contribuir al diseño de futuras estrategias educativas y programas de sensibilización orientados a reducir el estigma y favorecer una atención sanitaria más humanizada, respetuosa y centrada en la persona dentro del ámbito de la salud mental.

8. HIPÓTESIS

Se plantea como hipótesis que una intervención de contacto entre residentes de enfermería y medicina y personas con diagnósticos de salud mental sería útil para reducir el estigma y aumentar la empatía de los profesionales sanitarios en formación hacia este tipo de pacientes.

9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Objetivo general

Evaluar el impacto de una intervención basada en el contacto directo con personas con patología mental sobre el nivel de estigma y empatía en residentes de enfermería y medicina.

- Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de estigma de los participantes antes y después de la intervención mediante la Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC).
- Evaluar el nivel de empatía de los participantes antes y después de la intervención mediante la Jefferson Scale of Empathy – Health Professions Version (JSE-HP).

10. MATERIALES Y MÉTODOS

10.1 Diseño de estudio

Se propone un estudio cuasi-experimental con diseño pre-post de un solo grupo, sin grupo control, orientado a evaluar el efecto de una intervención de contacto sobre el nivel de estigma de residentes de medicina y enfermería.

El diseño pretest–posttest consiste en la evaluación de una misma muestra de participantes antes y después de realizar la intervención. En este proyecto, el pretest se realiza antes del inicio de las actividades formativas y de contacto, con el objetivo de identificar las actitudes, creencias y estereotipos iniciales de los residentes hacia la enfermedad mental. Posteriormente, tras el desarrollo de las sesiones teóricas y de interacción directa con los usuarios de salud mental, se administra un posttest, que permite valorar los posibles cambios producidos como resultado de la intervención.

Cada participante actúa como su propio control, permitiendo comparar los cambios del propio individuo entre el momento pre y post.

Hay que tener en cuenta que al tratarse de un diseño cuasi-experimental sin grupo control, los resultados deben interpretarse con cautela, considerando posibles amenazas a la validez interna (como efectos de maduración o deseabilidad social), lo que justifica su uso principalmente como estudio piloto o exploratorio.

10.2 Población diana y población a estudio

La población diana está constituida por los residentes de enfermería y medicina en formación especializada del sistema nacional de salud, el colectivo al que se pretende extrapolar los resultados de la investigación mientras que la población a estudio o accesible está formada por los residentes de enfermería y medicina del hospital donde se llevará a cabo el proyecto.

10.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se tendrá en cuenta a los profesionales que cumplan con los siguientes requisitos:

- Residentes en formación de enfermería y/o medicina del centro participante.
- Asistencia a la sesión teórica inicial del proyecto.
- Firma del consentimiento informado para participar en el estudio/intervención.
- Compromiso de participación en las sesiones programadas.
- Aceptación de la evaluación pre y post intervención mediante instrumentos validados.

No se tendrán en cuenta los residentes que presenten alguno de estos supuestos:

- Ser residentes de enfermería de salud mental o psiquiatría.
- Imposibilidad de asistir a un número mínimo de sesiones establecidas.
- Negativa a participar en alguna de las fases de evaluación.
- Situaciones personales o profesionales que desaconsejen la participación (bajo criterio del coordinador del proyecto).

10.4 Cálculo del tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño muestral se asumió un tamaño del efecto moderado ($d = 0,5$), un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$) y una potencia estadística del 80% ($\beta = 0,20$). El cálculo se realizó con el programa estadístico G*Power, seleccionando la prueba t de Student para muestras relacionadas (paired t-test), adecuada para la comparación de medias en un mismo grupo en dos momentos temporales.

El resultado del tamaño muestral mínimo para detectar diferencias significativas estadísticamente fue de aproximadamente 34 participantes. Al considerar las posibles pérdidas durante el seguimiento, los cuestionarios incompletos, etc. Se añadirían el 20% de los 34 participantes hasta obtener 41 residentes como total final.

10.5 Método de muestreo

Para conseguir a los participantes del estudio se utilizará el muestreo no probabilístico de tipo consecutivo o por conveniencia. Se incluirán residentes de

enfermería y medicina que estén formándose en el centro sanitario en el que se llevará a cabo el proyecto y que acepten participar de forma voluntaria.

Se pedirá la participación de los profesionales y se hará difusión de la realización del proyecto a través de los canales habituales de comunicación del centro (correo electrónico institucional, sesiones clínicas o informativas y contacto con las unidades docentes). A los residentes interesados se les facilitará información detallada sobre los objetivos, el procedimiento del estudio y las condiciones de participación.

En el caso de las personas con diagnóstico de salud mental, la elección de participantes se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, y para ello, se contará con la colaboración de los profesionales sanitarios que trabajen en la unidad de subagudos.

Los trabajadores se encargarán de seleccionar a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del trabajo. Posteriormente, se les informará de las características del estudio y se les hará entrega de un consentimiento informado en el caso de que, voluntariamente, quieran participar en el proyecto.

10.6 Método de recogida de datos

Se realizará la recogida de datos en dos momentos del proyecto: antes del inicio de la intervención (preintervención) y tras la finalización de las sesiones (postintervención).

Durante la primera sesión, tras la explicación del proyecto y la firma del consentimiento informado, los residentes rellenarán las escalas de evaluación OMS-HC y JSE-HP (preintervención) para evaluar las actitudes estigmatizantes y el nivel de empatía de los profesionales sanitarios antes de realizar la intervención de contacto.

A continuación, se llevará a cabo el desarrollo de la intervención de contacto con las sesiones entre los residentes y los usuarios del servicio de salud mental descritas en el siguiente punto del trabajo.

Una vez finalizadas las actividades programadas, los residentes volverán a cumplimentar las escalas OMS-HC y JSE-HP con el objetivo de evaluar posibles cambios en las actitudes hacia la enfermedad mental y en los niveles de empatía tras la intervención (postintervención).

Además, tanto los residentes como los usuarios participantes completarán un cuestionario de satisfacción anónimo, diseñado para valorar la percepción de la experiencia, la aceptabilidad de la intervención y la utilidad de las actividades realizadas.

Todos los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y anónima, asignando a cada participante un código identificativo que permitirá comparar los resultados pre y postintervención sin revelar su identidad.

10.7 Variables del estudio

10.7.1 Variable independiente

La variable independiente del estudio se define como el momento de evaluación, que permite identificar la situación previa y posterior a la intervención basada en contacto con personas con diagnóstico de salud mental. Esta variable es de tipo cualitativa nominal dicotómica, con dos categorías: preintervención y postintervención.

10.7.2 Variable dependiente principal

Las variables dependientes principales son el nivel de estigma hacia las personas con enfermedad mental y el nivel de empatía de los participantes. El estigma se medirá mediante la OMS-HC, mientras que la empatía se evaluará mediante la JSE-HP. Ambas variables son de tipo cuantitativo continuo, obtenidas a partir de la suma de las puntuaciones de sus respectivos ítems tipo Likert, proporcionando una puntuación total que permite comparar los resultados antes y después de la intervención.

10.7.3 Variables sociodemográficas y de caracterización

- Edad → cuantitativa continua medida en años
- Sexo → cualitativa nominal dicotómica medida en una escala nominal de hombre/mujer
- Titulación (enfermería o medicina). → cualitativa nominal medida en una escala nominal de enfermería/medicina
- Año de residencia → cualitativa ordinal (R1, R2, R3, R4, R5)

- Especialidad → cualitativa nominal politómica (anestesia, enfermería del trabajo, medicina de familia, matrona, etc.)
- Experiencia previa en dispositivos de salud mental. → cualitativa dicotómica medida con una escala nominal de Sí/No
- Formación previa en salud mental o estigma. → cualitativa dicotómica medida con una escala nominal de Sí/No

10.8 Descripción de la intervención.

El proyecto pretende introducir una intervención basada en el contacto directo y estructurado entre residentes y pacientes de salud mental con el fin de disminuir el estigma, fomentar actitudes más empáticas y promover una comprensión integral de la enfermedad mental.

Para ello se realizarán una serie de sesiones que se detallarán a continuación:

- En la primera sesión se explicará el proyecto a los residentes de enfermería y medicina, se les entregará el consentimiento informado y se pasarán las escalas de valoración pre-intervención y se realizará una clase teórica sobre estigma en salud mental.
- En la segunda sesión se explicará a los usuarios de salud mental y se hará entrega de los consentimientos informados a los que decidan participar. No se recogerán datos de los pacientes en ningún caso.
- En la tercera sesión se pondrán en contacto los residentes y los usuarios de salud mental, se presentarán. Los usuarios compartirán con los residentes sus experiencias en el dispositivo, las actividades y rutinas que realizan en planta. Se seleccionará un juego de mesa y se realizará una actividad grupal.
- Durante la cuarta sesión se propondrá un taller de manualidades, un mural para hacer de forma conjunta que los represente y refleje el proyecto en el que están participando.
- La quinta sesión será al aire libre. Consistirá en una actividad que se adaptará al momento del año en el que se realice (deportiva o al aire libre en equipo).

- En la última sesión, los residentes realizarán las escalas post-intervención y todos los participantes rellenarán un cuestionario de satisfacción con una escala tipo Likert sobre el propio proyecto y las actividades realizadas.

Con el fin de garantizar la calidad de la interacción y favorecer un contacto significativo, los participantes se organizarán en subgrupos reducidos compuestos por 8–10 residentes y 2–4 pacientes (15-16 pacientes en total). Esta distribución permite optimizar la participación activa, reducir posibles situaciones de incomodidad y facilitar el establecimiento de relaciones interpersonales más cercanas.

10.9 Estrategia de análisis estadístico: test, procedimientos y programa estadístico a utilizar.

Para realizar el análisis estadístico de los datos recogidos en las escalas se utilizará el programa IBM SPSS Statistics versión XX.

Para las variables sociodemográficas y las principales variables del estudio se recurrirá al análisis descriptivo. En el caso de las variables cualitativas se usarán frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se expresarán mediante la media y la desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, en función de la distribución de los datos.

Las puntuaciones obtenidas en las escalas pre y post intervención se compararán para comprobar los cambios del nivel de estigma y empatía de los participantes.

Se evaluará la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Si los datos siguen una distribución normal, se utilizará la prueba t de Student para muestras relacionadas, si no es el caso se empleará la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Además del análisis de significación estadística, se calculará el tamaño del efecto mediante la d de Cohen para valorar la magnitud de los cambios observados tras la intervención.

Se considerarán estadísticamente significativos los valores de: $p < 0.05$

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

Si la intervención propuesta demostrara ser eficaz podría incorporarse como estrategia formativa dentro de los programas docentes de formación sanitaria especializada. Esto permitiría promover actitudes más respetuosas, humanizadas y centradas en la persona en los futuros profesionales sanitarios. Los resultados podrían utilizarse para desarrollar intervenciones educativas orientadas a mejorar la calidad de la atención en salud mental, favoreciendo relaciones terapéuticas más empáticas y disminuyendo conductas o actitudes estigmatizantes que puedan interferir en el proceso asistencial.

Además de la mejora de los programas de formación en residentes, estas intervenciones podrían extenderse también a otros contextos sanitarios y académicos, como grados universitarios de ciencias de la salud, formación continuada o programas de sensibilización para profesionales sanitarios en activo.

Los hallazgos del estudio podrían aportar evidencia científica sobre la utilidad de las intervenciones basadas en el contacto social como herramienta para combatir el estigma en el ámbito sanitario, contribuyendo al diseño de futuras políticas y estrategias de promoción de la salud mental.

Por último, este estudio podría servir como base para futuras investigaciones con muestras más amplias, diseños multicéntricos o seguimiento longitudinal, permitiendo profundizar en el impacto de las intervenciones antiestigma en profesionales sanitarios.

12. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Durante la búsqueda de información para realizar el proyecto se utilizaron diferentes bases de datos (PubMed, Scopus, Dialnet y Google Scholar) y páginas webs de organismos oficiales relacionados con el ámbito de la salud mental y las ciencias de la salud como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y la Confederación Salud Mental España.

La búsqueda se realizó utilizando términos relacionados con salud mental, estigma, empatía, profesionales sanitarios y contacto social, tanto en español como en inglés. Entre los principales descriptores y palabras clave empleados

se encuentran: “mental health”, “stigma”, “mental illness”, “health professionals”, “nursing residents”, “medical residents”, “empathy”, “contact-based intervention”, “salud mental”, “estigma”, “empatía” y “profesionales sanitarios”.

Los términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR para ampliar o delimitar los resultados obtenidos.

Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos científicos, revisiones sistemáticas, documentos institucionales y publicaciones relacionadas con el estigma en salud mental y las intervenciones dirigidas a profesionales o estudiantes sanitarios, priorizando publicaciones recientes (de menos de 5 años) y disponibles en español o inglés. Se excluyeron aquellos documentos no relacionados con el objetivo del estudio o sin acceso al texto completo.

13. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

El proyecto presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. Al tratarse de un estudio cuasi experimental sin grupo control, pueden existir sesgos de confusión que dificulten atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención. La participación voluntaria y el muestreo por conveniencia pueden generar sesgo de selección, mientras que los cuestionarios autoadministrados pueden favorecer sesgo de información y deseabilidad social. Es posible que se produzca el efecto Hawthorne, modificando los participantes sus respuestas al saber que están siendo evaluados.

Para minimizar estos posibles sesgos, se utilizarán escalas validadas, los cuestionarios serán anónimos y confidenciales y la intervención se desarrollará de manera homogénea, organizando además la recogida de datos en horarios compatibles con la actividad asistencial para favorecer la participación y reducir pérdidas. Además, se excluirá de la muestra a los residentes de psiquiatría y enfermería de salud mental para reducir posibles factores de confusión derivados de su contacto habitual con personas con patología mental.

14. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Durante todo el proceso se tendrán en cuenta los principios éticos de la investigación en seres humanos y la normativa vigente en materia de investigación biomédica y protección de datos. La participación será voluntaria y todos los participantes recibirán información previa y firmarán el consentimiento informado, contando además el proyecto con la aprobación del Comité de Ética correspondiente. El riesgo asociado se considera mínimo, aunque podría aparecer malestar emocional al reflexionar sobre aspectos relacionados con la salud mental, garantizándose en todo momento la confidencialidad y la posibilidad de abandonar el estudio sin consecuencias. Los datos serán tratados de forma anónima y utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos.¹³⁻¹⁷

15. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

ETAPA	ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
PLANIFICACIÓN	DISEÑO DEL PROYECTO, ELABORACIÓN DE MATERIALES Y SOLICITUD DE APROBACIÓN ÉTICA						
CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES	SELECCIÓN DE RESIDENTES Y USUARIOS, INFORMACIÓN DEL ESTUDIO Y FIRMA DE CONSENTIMIENTOS						
SESIÓN 1-5	ADMINISTRACIÓN ESCALAS PREINTERVENCIÓN, EXPLICACIÓN DEL PROYECTO, FIRMA DE CI, TALLERES DE CONTACTO..						
EVALUACIÓN FINAL	ADMINISTRACIÓN DE ESCALAS POSTINTERVENCIÓN						
ANÁLISIS DE DATOS	ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA						
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	ELABORACIÓN DEL PROYECTO FINAL Y PREPARACIÓN DE LA PRESENTACIÓN						

Tabla 1. Cronograma

16. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.

El proyecto será coordinado por una enfermera especialista en salud mental, encargada de la planificación, organización, supervisión y evaluación global de la intervención. Además, podrán colaborar otros profesionales del equipo de salud mental, como psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as especialistas u otros profesionales, participando en las sesiones teóricas, supervisando las actividades y garantizando un entorno seguro durante las sesiones de contacto. Los residentes de enfermería y medicina constituirán la población participante del estudio y deberán asistir y participar activamente en las actividades propuestas, así como cumplimentar los cuestionarios pre y post intervención. Asimismo, los usuarios de los dispositivos de salud mental participarán en las dinámicas grupales e interacciones directas con los residentes y colaborarán en la evaluación final del proyecto mediante cuestionarios de satisfacción. En caso necesario, también podrá contarse con personal de apoyo, como terapeutas ocupacionales, monitores o auxiliares, para facilitar la organización de las actividades grupales y comunitarias. La intervención se desarrollará dentro del horario laboral habitual de profesionales y residentes, integrándose como una actividad formativa y asistencial, por lo que no se prevén costes adicionales derivados de recursos humanos.

17. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

Los recursos necesarios para poder llevar a cabo satisfactoriamente este proyecto serán los siguientes:

17.1. Recursos espaciales

- Aula o sala de formación para la sesión teórica inicial donde se expondrá el proyecto a los residentes, se impartirá la teoría y se repartirán los cuestionarios pre-intervención y los consentimientos informados.
- Sala polivalente o sala de actividades del dispositivo de salud mental para llevar a cabo las sesiones de presentación e interacción con juegos de mesa, manualidades y actividades grupales.
- Instalaciones comunitarias o deportivas como la piscina municipal en periodo estival o el parque u otro espacio al aire libre en periodo invernal.

17.2. Recursos materiales

Se precisará de una sala o aula de formación del propio centro sanitario, adecuadamente acondicionada, con mesas, sillas, buena iluminación y capacidad suficiente para reunir a los participantes durante la realización de los cuestionarios, la sesión teórica inicial y las actividades grupales. Asimismo, será necesario disponer de ordenador y proyector para las sesiones formativas, presentaciones en formato digital y material informativo sobre estigma y salud mental. Además, se utilizarán juegos de mesa, material de manualidades (cartulinas, pinturas, pinceles, tijeras, pegamento, etc.), material de papelería (bolígrafos, folios y libretas), material deportivo básico según la actividad y recursos de apoyo para salidas comunitarias, como autorizaciones, botiquín básico y agua.

La mayoría de los recursos necesarios, incluyendo el espacio físico, el mobiliario, la supervisión profesional y el tiempo del personal sanitario, pertenecen al propio dispositivo asistencial, por lo que no supondrán un coste económico adicional para el proyecto.

18. PRESUPUESTO

Concepto	Descripción	Coste estimado
Material de papelería	Impresión de consentimientos, escalas y cuestionarios	30 euros
Material para manualidades	Cartulinas, pegamentos, tijeras, rotuladores, pinturas...	50 euros
Juegos de mesa	Actividad de integración grupal	40 euros

Material para actividad recreativa	Balones u otros materiales deportivos, entrada a la piscina municipal	30 euros
Material informativo	Sesión teórica sobre estigma	10 euros
Análisis estadístico	Contratación puntual de apoyo para el análisis estadístico de los datos	500 euros
Publicación científica	Gastos de publicación en revistas científicas	1500 euros
Difusión en congresos	Inscripción y participación en congresos científicos	800 euros
Total estimado	2960 euros	

Tabla 2. Presupuesto

A pesar de estos costes, se podría llevar a cabo si se dispusiera de apoyo institucional o financiación destinada a investigación y formación sanitaria.

19. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organization WH. Mental health action plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data [Internet]. 2013 [citado 28 de mayo de 2026];1-44. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
2. Health Organization World. Mental Health Atlas 2020. WHO Publication [Internet]. 2021 [citado 28 de mayo de 2026];1-136. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

3. Health World Organization. Informe Mundial Sobre Salud Mental : Transformar la Salud Mental para Todos. Panorama General. Organización Mundial de la Salud 2022, editor. World Health Organization; 2022.
4. Corrigan PW, Bink AB. The Stigma of Mental Illness. Encyclopedia of Mental Health: Second Edition. 2016;230-4. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1
5. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, el Chammay R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. Lancet. 22 de octubre de 2022;400(10361):1438-80. doi:10.1016/S0140-6736(22)01470-2 PubMed PMID: 36223799.
6. Navarro Gómez N, Trigueros Ramos R. Estigma en los profesionales de la salud mental: una revisión sistemática. Psychology, Society & Education, ISSN 1989-709X, ISSN-e 2171-2085, Vol 11, N° 2, 2019, págs 253-266. 2019;11(2):253-66. doi:10.25115/psye.v10i1.2268
7. Guía de buenas prácticas cátedra extraordinaria UCM Grupo 5 contra el estigma [Internet]. [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: www.contraelestigma.com
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. 2022. p. 1-157.
9. Dossier «Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental». 2013.
10. González Ayuso V. El estigma en salud mental - Blog del Creap Valencia - Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. 2024 [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://blogcreap.imserso.es/-/estigma-salud-mental>

11. Yunquera Peñaranda B. La estigmatización en el ámbito de la Salud Mental [Internet]. 2022 [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/125062/files/TAZ-TFG-2022-3622.pdf>
12. Khenti A, Bobbili SJ, Sapag JC. Evaluation of a Pilot Intervention to Reduce Mental Health and Addiction Stigma in Primary Care Settings. J Community Health. 1 de diciembre de 2019;44(6):1204-13. doi:10.1007/S10900-019-00706-W PubMed PMID: 31317439.
13. BOE-A-2007-12945 Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. [Internet]. [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945>
14. REGLAMENTO (UE) 2016/ 679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO - de 27 de abril de 2016 - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/ 46/ CE (Reglamento general de protección de datos).
15. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
16. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO) [Internet]. 2016 [citado 28 de mayo de 2026]. Disponible en: www.cioms.ch,
17. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/JAMA.2013.281053 PubMed PMID: 24141714.

20. ANEXOS.

Cuestionario para recogida de datos de los residentes

Instrucciones:

Este cuestionario es anónimo y voluntario. No hay respuestas correctas o incorrectas. Contesta con sinceridad según tu opinión o experiencia. Se usará solo con fines de investigación.

Código de emparejamiento (pre/post): _____

(Ej.: últimos 4 dígitos del móvil + día y mes de nacimiento)

Sección 1 – Datos sociodemográficos y variables de control

1. **Edad:** ____ años
2. **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro / Prefiero no decir
3. **Titulación:** ☐ Medicina ☐ Enfermería
4. **Año de residencia:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Otro: ____
5. **¿Ha tenido experiencia previa en salud mental?**
☐ Sí ☐ No
 - Si sí, marque las opciones que correspondan:
☐ Rotación clínica ☐ Formación específica ☐ Experiencia personal/familiar ☐ Otro: ____
6. **Número aproximado de pacientes con patologías mentales atendidos hasta la fecha:** ____
7. **Actitud general previa hacia pacientes con salud mental:**
☐ 1 = Muy incómodo ☐ 2 = Incómodo ☐ 3 = Medianamente cómodo ☐ 4 = Cómodo ☐ 5 = Muy cómodo

20.1 Consentimiento informado para la participación de usuarios

Título del estudio: **“PROYECTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA SOBRE PACIENTES DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA”.**

Se le invita a participar voluntariamente en un proyecto de investigación cuyo objetivo es favorecer la reducción del estigma hacia las personas con patología mental y promover una atención sanitaria más empática y humanizada.

Su participación consistirá en colaborar en una actividad de contacto directo y diálogo con residentes de enfermería y medicina, compartiendo, si así lo desea, experiencias relacionadas con la salud mental. No está obligado/a a responder a ninguna pregunta o situación que le genere incomodidad y podrá retirarse de la actividad en cualquier momento sin necesidad de justificación.

La participación no supone riesgos físicos y toda la información compartida durante la actividad será tratada con respeto y confidencialidad. Los datos recogidos en el estudio serán anónimos y utilizados únicamente con fines científicos y académicos, conforme al Reglamento (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

He leído la información anterior, he comprendido las explicaciones facilitadas y acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombre y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

20.2 Consentimiento informado para la participación de residentes

Título del estudio: **“PROYECTO PARA REDUCIR EL ESTIGMA SOBRE PACIENTES DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA”.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es evaluar si una intervención basada en el contacto directo con personas con patología mental contribuye a disminuir el estigma y aumentar la empatía en residentes de enfermería y medicina.

Su participación consistirá en asistir a la intervención propuesta y cumplimentar varios cuestionarios antes y después de la misma. La participación es completamente voluntaria y podrá abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin que ello suponga consecuencias académicas ni profesionales.

Los datos recogidos serán tratados de forma anónima y confidencial conforme al Reglamento (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines científicos y académicos.

La participación en este estudio no implica riesgos físicos. No obstante, algunas preguntas podrían generar cierto malestar emocional al reflexionar sobre experiencias y actitudes relacionadas con la salud mental. En cualquier caso, podrá omitir aquellas preguntas que no desee responder.

He leído la información anterior, he podido realizar las preguntas oportunas y acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombre y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

20.3 Escala “Abriendo Mentes” para Personal de Salud (OMS-HC-15)

Escala “Abriendo Mentes” para Personal de Salud (OMS-HC-15)



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

El siguiente cuestionario busca conocer su opinión acerca de una serie de ideas sobre la salud mental. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, marque en cada casilla la respuesta que mejor se ajuste a su opinión.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me siento más cómodo ayudando a una persona que tiene una enfermedad física que a una persona que tiene una enfermedad mental.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Si supiera que un compañero está en tratamiento por una enfermedad mental, cómodo(a) trabajando con él.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Si estuviera en tratamiento por una enfermedad mental, es poco probable que lo comente con alguno de mis compañeros.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me sentiría incompetente si tuviera una enfermedad mental y no pudiera resolverlo por mí mismo.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Si tuviera una enfermedad mental seguramente no buscaría ayuda profesional.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Los empleadores deberían contratar a alguien en tratamiento controlado por una enfermedad mental si es la mejor para el trabajo.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Si supiera que el médico que me está tratando tiene una enfermedad mental seguiría yendo con él.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Les contaría a mis amigos si tuviera una enfermedad mental.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Me inquieta estar cerca de personas con enfermedad mental.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Es poco lo que se puede hacer para ayudar a las personas con enfermedades mentales.	☐	☐	☐	☐	☐
11. La mayoría de las personas con enfermedad mental no se esmeran por mejorar.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Preferiría que una persona con una enfermedad mental no trabajara con niños, aunque estuviera en un adecuado tratamiento.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Los profesionales de la salud no tienen por qué ser defensores de las personas con enfermedades mentales.	☐	☐	☐	☐	☐
14. No me molestaría que una persona con una enfermedad mental fuera mi vecino.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Me es complicado sentir compasión por una persona con una enfermedad mental.	☐	☐	☐	☐	☐

Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto AC. Opening minds stigma scale for healthcare providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry* 2014; 14(1):120. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/120>.

Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry* 2012; 12:62. DOI: 10.1186/1471-244X-12-62.

20.4 Jefferson Scale of Empathy – Health Professions Version

Escala médica de empatía de Jefferson (versión para español)

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8. La atención a las expectativas personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1 2 3 4 5 6 7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1 2 3 4 5 6 7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico, por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1 2 3 4 5 6 7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1 2 3 4 5 6 7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.	1 2 3 4 5 6 7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7

16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
19. No disfruto al leer literatura no médica o arte.	1 2 3 4 5 6 7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico	1 2 3 4 5 6 7

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando con una (x) el número apropiado que se encuentra al lado de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (mayor número de escala indica mayor acuerdo)

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

20.5 Cuestionario de evaluación del proyecto para profesionales y pacientes

Instrucciones:

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre su experiencia en las actividades realizadas. Marque la opción que mejor refleje su grado de acuerdo.

Escala de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Bloque 1. Valoración general de la experiencia

La participación en este proyecto me ha parecido interesante.

Las actividades realizadas durante las sesiones me han resultado útiles.

La experiencia ha sido positiva para mí.

Recomendaría participar en este tipo de actividades a otras personas.

Considero que este tipo de proyectos deberían realizarse con más frecuencia.

Bloque 2. Desarrollo de las sesiones

Las sesiones estuvieron bien organizadas.

Las actividades propuestas fueron adecuadas y fáciles de seguir.

Me sentí cómodo/a durante el desarrollo de las sesiones.

El ambiente durante las actividades fue respetuoso y participativo.

Bloque 3. Impacto de la intervención

Las actividades facilitaron el intercambio de experiencias entre participantes.

La intervención ha contribuido a mejorar la comprensión de los problemas de salud mental.

La participación en las sesiones ha sido enriquecedora.

Bloque 4. Valoración global

En general, estoy satisfecho/a con mi participación en este proyecto.

Preguntas abiertas

- ¿Qué aspecto de las sesiones le ha resultado más interesante o positivo?
- ¿Qué aspectos cree que podrían mejorarse en futuras ediciones del proyecto?

Si lo desea, puede añadir cualquier comentario adicional sobre su experiencia.