

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 16 MAYO 2022

EDITORIAL

La Estrategia de Salud Mental: definiendo sus contenidos, sus logros y sus límites

José Luis Pedreira Massa

ARTÍCULOS ORIGINALES

Social stigma towards people with mental disorders in Spanish adolescents: a cross-sectional study

Raquel Rosario Pastor Galera, María Ángeles Martínez Real,
Pedro David López Roldán, Lorena García Fernández, Rocío Juliá-Sanchis

Influencia de la pandemia por la COVID-19 en las urgencias y emergencias psiquiátricas extrahospitalarias

Belén Ripoll Padilla, Rafael Gómez Navarro, Vicente Ripoll Subirón

Efectividad de relajación combinada con yogaterapia en síntomas ansioso-depresivos en pacientes con trastorno mental leve

María Luisa Alberca Muñoz, Marta Atienza Correas

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707

CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

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

Editor

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

Editora Asociada

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

COMITE EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Nerea de la Morena Pérez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2022

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2** **La Estrategia de Salud Mental: definiendo sus contenidos, sus logros y sus límites**
The Spanish Mental Health Strategy: defining its contents, its achievements and its limits
José Luis Pedreira Massa

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 6** **Social stigma towards people with mental disorders in Spanish adolescents: a cross-sectional study**
Estigma social hacia personas con trastornos mentales en adolescentes españoles: un estudio transversal
Raquel Rosario Pastor Galera, María Ángeles Martínez Real, Pedro David López Roldán,
Lorena García Fernández, Rocío Juliá-Sanchis
- 15** **Influencia de la pandemia por la COVID-19 en las urgencias y emergencias psiquiátricas extrahospitalarias**
Influence of the COVID-19 pandemic on the out-of-hospital psychiatric emergencies
Belén Ripoll Padilla, Rafael Gómez Navarro, Vicente Ripoll Subirón
- 23** **Efectividad de relajación combinada con yogaterapia en síntomas ansioso-depresivos en pacientes con trastorno mental leve**
Effectiveness of relaxation combined with yoga therapy in anxiety-depressive symptoms in patients with mild mental disorder
María Luisa Alberca Muñoz, Marta Atienza Correas

La Estrategia de Salud Mental: definiendo sus contenidos, sus logros y sus límites

The Spanish Mental Health Strategy: defining its contents, its achievements and its limits

José Luis Pedreira Massa

Psiquiatra y Psicoterapeuta de Infancia y Adolescencia. Prof. Psicopatología en el Grado de Criminología y de Salud Pública en el Grado de Trabajo Social (jubilado). Coordinación Científica de la Estrategia de Salud Mental del SNS.
Contacto: jolupedrema@gmail.com

EDITORIAL

La decisión de elaborar una estrategia sanitaria para el Sistema Nacional de Salud (SNS) permite un debate abierto, leal y riguroso. Desde el año 2007 no existía una Estrategia de Salud Mental (SM); quiere ello decir que el simple hecho de desatascar su elaboración representa un paso adelante de especial significado.

Debate significa controversia y discusión. Debatir significa, según la Real Academia Española (RAE), discutir un tema con opiniones diferentes. Con el fin de matizar, de forma más precisa, controversia, según la RAE, significa discusión de opiniones contrapuestas entre dos o más personas. Sean bienvenidos los debates e integremos las controversias de forma dialéctica. Si somos capaces de hacerlo, se avanza y, por ello, progresamos.

Se compuso una Comisión Científica multiprofesional que recogiera la pluralidad de las sensibilidades que operan en SM, incluyendo a las asociaciones de los propios afectados de problemas mentales. De esta suerte, la Comisión Científica respondía con profesionales que incluían juventud y experiencia, desarrollos profesionales clínicos y perspectivas académicas, mundo profesional y usuarios de los servicios de SM. Se trabajó de forma asertiva y positiva, obteniéndose los acuerdos por consenso, tanto más cuanto más delicados eran los temas o pareciera que el disenso era mayor.

El grupo tuvo que abordar la elección entre estrategia o ley en SM. Se optó por la estrategia, puesto que la ley facilita la segregación de la SM al ponerle un marco legislativo tan específico que lo separaría y aislaría del conjunto del SNS, con lo que podría reforzarse el estigma y la segregación de la SM del conjunto del SNS. La Ley General de Sanidad, la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y la ley de homogeneización del SNS ya contemplan la mayoría de los contenidos de la propuesta de ley de SM, por lo tanto, es una reiteración innecesaria y escasamente útil a los fines perseguidos.

Mental Health Europe (MHE), un organismo europeo que agrupa a más de 1000 organizaciones dedicadas a la SM de toda Europa, contó con el apoyo de OMS-Europa, en el año 2019, en un documento que señala: “Necesidad de una estrategia integral y proactiva de SM en la Unión Europea (UE), para garantizar la cohesión social, la sostenibilidad y el crecimiento económico de las comunidades y los Estados. La SM es un tema intersectorial que puede tener un impacto positivo en la cohesión, la riqueza y la productividad de la sociedad. Las políticas favorables a la SM en todos los sectores juegan, por lo tanto, un papel clave en el bienestar de los europeos y deben ser una parte crucial del nuevo panorama de la UE. En esta estrategia europea, deben desarrollarse, al menos, estos siete puntos clave:

- Salud mental en todas las políticas.
- Reformas relacionadas con la salud mental.
- Inclusión y políticas sociales.
- Salud digital.
- Coordinación de la atención médica.
- Planes y estrategias nacionales de salud.
- Estrategias de salud mental.

El día 7 de octubre de 2021, se presentó, por un grupo numeroso de diputados, en l'Assemblée Nationale Française, la solicitud 3563, en la que se incluía la propuesta de una ley de solo cuatro artículos. El artículo 1 proclama que la SM es una “*Grande cause nationale*” para el periodo 2021-2025. En el artículo 2, se especifica la creación de un plan estratégico nacional quinquenal en materia de psiquiatría y salud mental, donde se fijarán objetivos claros y se ofertarán los cuidados adecuados, y se reformarán la financiación y la investigación en el campo de la SM. Durante este periodo, los servicios de SM tendrán como autoridad directa al ministro de Salud, con un plazo de seis meses para entregar el plan estratégico. En el artículo 3, se crea un Instituto Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, teniendo como modelo el Instituto Nacional del Cáncer, desde donde se impulsarán los programas de coordinación tanto de las acciones preventivas como de investigación. El artículo 4 hace referencia a la dependencia de la financiación de los presupuestos del Estado dedicados a los servicios de la salud.

La Estrategia de Salud Mental española tiene en su contenido estas orientaciones generales de MHE y sigue los criterios del nuevo proyecto de ley de Francia; es más, ya lo tenemos formulado. En Francia les restan, al menos, seis meses desde la aprobación de la ley propuesta.

La Estrategia consiste en la priorización de una serie de líneas que se consideran fundamentales y se priorizan durante un tiempo determinado; para ello se establecen objetivos específicos para cada línea con las correspondientes recomendaciones. Son líneas generales, para que luego sean las comunidades autónomas (CC. AA.) las que, a su vez, prioricen y desarrollen esas líneas estratégicas, según sus criterios concretos. Al no ser una ley, no está obligada a aportar una memoria presupuestaria, pero el presidente del Gobierno (PG) ha adelantado que el Gobierno central aportará 100 millones de inicio. Con ello, ha situado la pelota en el tejado de cada una de las CC. AA. y en los criterios de elaboración y priorización de sus correspondientes presupuestos, para que complementen la cantidad inicial de partida ofertada por el PG en la celebración del día internacional de la SM. Por cierto, es la primera vez que un PG asume personalmente el liderazgo en esta materia.

La Estrategia no es una tesis doctoral ni un trabajo para ser publicado en una revista de alto impacto, las citas de los datos se refieren a los que sean aceptados por los organismos oficiales, ya que son los datos de partida y de los que dispone la autoridad sanitaria. Por estas razones, las citas bibliográficas de grupos de investigación privados pueden ser muy interesantes, pero no es el lugar pertinente de hacerlos públicos, porque su contexto suele ser más limitado que los estudios generales, incluso en los estudios denominados multicéntricos. Lo cierto es que existen escasos datos consistentes relativos a la SM, pero esta carencia no es de ahora ni solo acontece en España, sino que en SM se han recogido los datos de manera muy insuficiente y variada, tanto en la selección de los instrumentos de evaluación, como en los criterios de caso. Por esta razón, la Estrategia propone unas líneas fundamentales de investigación a desarrollar en su periodo de vigencia.

La Estrategia tampoco es el lugar para establecer una reivindicación laboral o corporativa. Hacer esta deriva puede caer en una opción corporativista, que desnaturalizaría la Estrategia en su conjunto. Un ejemplo muy paradigmático es la cuestión de las “*ratios*” de profesionales; no existen ratios fiables y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la señala como una variable no fiable para la planificación. Dentro de esta escasa fiabilidad de las ratios, la cifra más constante y con mayor fiabilidad para la comparación es la ratio de psiquiatras, no por detentar el poder, como de forma sesgada e interesada expresan algunos grupos, sino porque es la referencia internacional desde hace años y tiene un cierto matiz de comparación histórica, de forma limitada y solo como orientación. Los datos de psicólogos/as o enfermeras son tentativas a medias, por mucho que se repitan, pero no son homologadas como fiables. Estas ratios se obtienen por medias aritméticas en determinados países, pero no constituye un criterio imperativo a cumplir y mucho menos tomar estos datos para planificar servicios o dotar profesionales. De hecho, la OMS dice que la dotación de profesionales dependerá de la organización de los servicios y de su funcionamiento y será propia de cada Estado.

La Estrategia también modula y regula el ímpetu de que pudieran verse tentados quienes la redactan o, incluso, quienes la leen. La Estrategia lleva muchas horas de trabajo, de debate y de contraste de informaciones para la Comisión Científica. Dos características son fundamentales: el respeto a quienes han prestado sus servicios en la configu-

ración de la Estrategia y, en segundo lugar, la flexibilidad para incorporar todo aquello que opte por mejorar el producto, dentro de las competencias de la propia Estrategia.

Se realiza una crítica a la Estrategia: “falta lo *bio*”, porque se refiere mucho a lo social y a lo psicológico. Es un claro componente del corporativismo. La SM es un concepto global y unitario, donde se integran las diversas aportaciones y visiones, tanto en la conceptualización como en el análisis y la intervención, por lo tanto, no es “bio”, ni “psico”, ni “social”; la Estrategia se refiere a los determinantes de salud en su conjunto y con el peso que desde Lalonde (1978) se le reconoce con la actualización de la Encuesta Europea de Salud en Europa de 2014. No consiste en introducir a calzador lo que se conoce como evidencia científica. En SM hemos de (re)conocer que la única evidencia posible es la imposibilidad de poner en evidencia la evidencia, más allá de lo meramente descriptivo y formal, pero sin apenas contenido comprensivo, ya saben: hacer y quedarse con un relato superficial, lleno de apariencias y con muchas dudas en las evidencias reales, pero sin discurso que lo sustente. Resulta fundamental abordar el trabajo en equipo multiprofesional y reforzando la línea comunitaria, de organización y trabajo, retomando estos factores que se habían vaciado de contenido.

El día 8 de octubre de 2021, se celebró un acto conmemorativo del Día mundial de la Salud Mental en el complejo presidencial del Palacio de la Moncloa. Estuvo muy organizado y bien programado. Además de la ministra de Sanidad, hablaron representantes de Confederación Salud Mental España, una persona que había padecido un cuadro grave y persistente de tipo depresivo, la madre de una persona que se había suicidado y una deportista que había sufrido un proceso difícil. Estos casos reales humanizaron la reunión y, desde esta posición humana, el PG centró el compromiso personal e institucional de su gobierno con la SM, reafirmando, de esta suerte, la declaración realizada en noviembre de 2020, al indicar que la Estrategia de SM alcanzaba un grado de prioridad para el gobierno. Anunció, el PG, que la Estrategia estaba en su último tramo y que avanzaba un plan de acción que se encuadraba en este instrumento: adelantó que se dotaba, desde el Gobierno central, con 100 millones de euros de inicio, la puesta en marcha de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (BOE, 04.08.2021) y el desarrollo de un teléfono 24 h para atender las urgencias de las conductas autolíticas, 024, concedida la gestión a Cruz Roja.

Un dato de sumo interés: se habló de infancia y adolescencia y no de menores; parece que algo cambia. Espero que esta necesaria sensibilidad permanezca en el tiempo, en otras instituciones y en otras intervenciones públicas y sea algo más que un epifenómeno transitorio. No estaría de más que se introdujera en los libros de estilo de los políticos, de los comunicadores, de los profesionales sanitarios y sociales y de los medios de comunicación.

El PG sistematizó los verdaderos contenidos de la Estrategia de SM, señalando que la orientación fundamental va hacia el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales. Ello comporta priorizar las intervenciones de tipo preventivo, el trabajo en equipo, la base comunitaria de intervención y de atención, el apoyo familiar, etc.; para ello se contempla la especialidad de Psiquiatría Infantil como una herramienta dinámica adecuada para diseñar la prevención y la intervención precoz en los problemas mentales.

La línea estratégica 3 contempla, de forma específica, la prevención de las conductas autolíticas. En este contexto fue que el PG señaló el desarrollo inmediato de un teléfono 24 h para atender las urgencias de conductas autolíticas, un recurso muy solicitado por colectivos diversos, tanto de profesionales como de familiares y supervivientes de las conductas autolíticas.

Otro contenido fundamental de la Estrategia consiste en incorporar un plan de acción prioritario poscovid, donde se contempla el impacto en la SM de la pandemia y que puso de manifiesto el estudio 3312 del Centro de Investigaciones Sociológicas, tanto a nivel de la población general, de las personas que se han visto afectadas por la pandemia de forma directa y, sobre todo, de los profesionales sanitarios.

Es posible que existan personas, grupos o profesionales que quisieran más, pero son pasos de relevancia que nunca con anterioridad se habían realizado.

Se abrió un verdadero debate, las CC. AA. y las sociedades científicas y de familiares han emitido sus peticiones para ser consideradas; más de la mitad de las 753 alegaciones se han introducido en la Estrategia. Han quedado fuera las que estaban descontextualizadas en relación a lo expuesto con anterioridad; quizá eran alegaciones interesantes, pero no era el lugar para incorporarlas o para ser contempladas.

Podrá existir otra perspectiva u otras líneas de acción, pero en esta estrategia se pretende diseñar con perspectiva de un futuro de cinco años, siguiendo las directrices que solicitó el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) para este momento dado.

La Estrategia fue aprobada en el seno del CISNS, ahora hay que empujar a las CC. AA. para que asuman su financiación, implementación y desarrollo. El punto de mira fundamental es reconocer lo que dice la OMS: no hay salud sin salud mental.

Social stigma towards people with mental disorders in Spanish adolescents: a cross-sectional study

Estigma social hacia personas con trastornos mentales en adolescentes españoles: un estudio transversal

Raquel Rosario Pastor Galera¹, María Ángeles Martínez Real², Pedro David López Roldán¹, Lorena García Fernández³, Rocío Juliá-Sanchis⁴

1. Departamento Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante), España. 2. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia, España.
3. Departamento de San Juan de Alicante, España. 4. Universidad de Alicante, España.
Contacto: Raquel Rosario Pastor Galera, raquelpastorgalera@gmail.com
Fecha de recepción: 7 de diciembre de 2021 / Fecha de aceptación: 1 de febrero de 2022

Abstract

Introduction: Stigma and mental health literacy play an important role in individuals' trajectories with mental disorders who are often stigmatised and suffer adverse consequences such as social isolation and limited life chances. Stigma towards people with mental disorders can occur in adults but also in adolescents.

Objective: We aimed to determine the social stigma towards people with mental disorders in a group of adolescents and to establish any possible relationships with personal variables.

Methods: We conducted a cross-sectional study. A total of 144 adolescents were recruited from a secondary school in Spain by the convenience sampling method and completed a demographic questionnaire and the Community Attitudes toward the Mentally Ill scale.

Results: Female adolescents had fewer stigmatising attitudes ($p = 0.003$). Females and Higher academic year students scored less in the *Authoritarianism* subscale ($p < 0.001$ and $p = 0.001$, respectively). Differences in scores of the *Benevolence* subscale were found depending on the academic level of the mother ($p = 0.013$).

Discussion: Gender, age and academic year are factors related to social stigma in the adolescent population. Mothers' academic level is related.

Implications to clinical practice: Our results can contribute to focusing anti-stigma interventions on those adolescents with more stigma levels.

Keywords: adolescent, attitudes, mental disorders, social stigma.

Resumen

Introducción: El estigma y la alfabetización en salud mental juegan un papel importante en las trayectorias de los individuos con trastornos mentales, que a menudo son estigmatizados y sufren consecuencias adversas como el aislamiento social y la limitación de sus oportunidades vitales. El estigma hacia las personas con trastornos mentales puede darse en personas adultas, pero también en adolescentes.

Objetivo: Nos propusimos determinar el estigma social hacia las personas con trastornos mentales en un grupo de adolescentes y establecer las posibles relaciones con variables personales.

Métodos: Realizamos un estudio transversal. Un total de 144 adolescentes fueron reclutados en un centro de enseñanza secundaria de España por el método de muestreo de conveniencia y completaron un cuestionario demográfico y la escala denominada Community Attitudes Toward the Mentally Ill.

Resultados: Las adolescentes tenían menos actitudes estigmatizantes ($p = 0,003$). Las adolescentes y los estudiantes de cursos académicos superiores puntuaron menos en la subescala de *Autoritarismo* ($p < 0,001$ y $p = 0,001$, respectivamente). Se encontraron diferencias en las puntuaciones de la subescala de *Benevolencia* en función del nivel académico de la madre ($p = 0,013$).

Discusión: El género, la edad y el curso académico son factores relacionados con el estigma social en la población adolescente, así como el nivel académico de las madres.

Implicaciones para la práctica clínica: Nuestros resultados pueden contribuir a focalizar las intervenciones antiestigma en aquellos adolescentes con más niveles de estigma.

Palabras clave: adolescente, actitudes, trastornos mentales, estigma social.

Introduction

Stigma and mental health literacy play an important role in individuals with mental disorders trajectories, who are often stigmatised and suffer adverse consequences, such as social isolation and limited life chances¹. Stigma has been defined as a profoundly discrediting attribute associated with a given condition, directed towards those considered to be of lower social standing². It involves three key components: stereotypes, prejudice and discrimination³. Stereotypes are learned, oversimplified and often negative attitudes embedded in society (the cognitive component). Prejudices are endorsed by stereotypes (feelings), meaning negative emotional reactions accompany them. This inevitably leads to discrimination (social distance)⁴.

Historically, individuals experiencing a mental health condition have been subjected to stigmatising behaviours and discrimination from the general population⁵ known as social stigma². Social stigma is defined as a set of negative attitudes that a social group maintains with other minority groups because they present some type of differential feature that allows to identify them. Individuals with a mental disorder are different from the rest of their social group², blameworthy or dangerous⁶. These negative stereotypes and prejudices generate more social stigma and social rejection than other social groups^{7,8}, far above other medical conditions, political and economic situations^{4,9}. However, all individuals do not internalise negative attitudes, the self-stigmatisation leads to demoralisation, feelings of embarrassment and reduction of self-esteem, which leads to isolation and the difficulty to ask for help⁴. Approximately 40% of people with a mental disorder show high self-stigma levels¹⁰.

Evidence examining gender differences generally supports more significant stigma among boys and that these attitudes develop at younger ages and last as adults¹¹. The systematic review by Kaushik, Kostaki and Kyriakopoulos¹² about the stigma of mental disorders in children and adolescents, shows that children as young as 6 appear to grasp simple terms associated with mental disorders and are well familiarised with cultural stereotypes by the age of 10, or even earlier if they are part of a stigmatised group. Stigmatising views in them are believed to develop as the assimilation of parent/carer views, media representation and cognitive development. Salerno's systematic review

points out that many adolescents report moderate to high levels of mental health stigma and low levels of mental health literacy, indicating the importance of mental health education for adolescents to prevent negative attitudes¹. School environments are a setting to implement educational interventions targeting adolescents¹³. The effectiveness of efforts to reduce stigma in mental health lies in the scientific understanding of the mechanisms that originate and maintain this process of stigmatisation. For this, the possibility and capacity to observe and measure this phenomenon are decisive. There are several studies about stigma towards people with mental health problems worldwide^{7,14}. However, there are few studies on the adolescent population, and most of them have been limited to studies that employ qualitative research methods and focus on youth in treatment¹¹.

Therefore, this present study's main aim was to determine the social stigma towards people with mental disorders in a group of adolescents and to establish any possible relationships with personal variables.

Methods

Design and participants

We designed a cross-sectional descriptive study using a convenience sampling method. Potential participants were identified via key informants (Secondary School Principal). A total of 700 secondary school students received the invitation to participate. Of those who responded to the invitation and agreed to participate ($n=150$; 21.4%) 144 completed the questionnaire (figure 1). Adolescents were enrolled in a public secondary school in Alicante (Spain), aged 12 to 18 years and with no difficulties in understanding or reading the Spanish language. The absence of informed consent by students in coming of age or by parents/tutors in the case of a minor was an exclusion criterion. The study sample was representative of the institution school aggregate demographic across age, gender, and socioeconomic status.

Measures

An ad hoc questionnaire was used to gather socio-demographic data on age (years), gender (female/male), academic year (1st-4th of compulsory secondary education. 1st-2nd baccalaureate), nationality (Spanish and others), family level of education (no primary studies, primary studies, secondary studies,

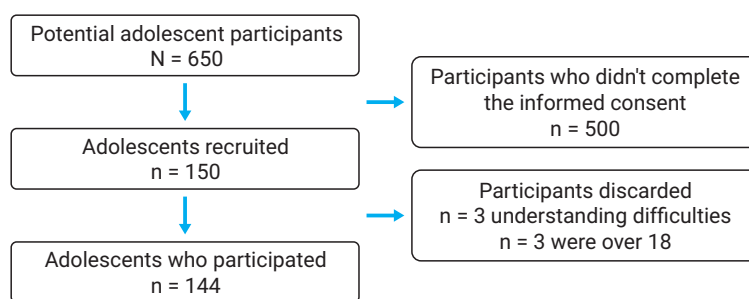


Figure 1. Recruitment flow diagram

non-university studies, university studies) and family occupation (no/yes and which job). Participants were asked if they had previous contact with someone with a mental disorder (no/yes and after they marked if it was family, friend, partner or acquaintance) and having gone to a psychologist, psychiatry or nursing mental health services consultation (no/yes) sometime in their life. The description of the study and the informed consent sheet were included.

To predict and explain community reactions to people with severe mental disorders, we used the validated Spanish version⁸ of the Community Attitudes toward the Mentally Ill scale (CAMI) developed by Taylor and Dear¹⁵. This 4-factor 40-item scale has a 5-point Likert response system (from strongly agree to strongly disagree). Each dimension contains 10 statements referring to opinions about how to treat and take care of individuals with a severe mental disorder. Five of the 10 items are expressed positively, while the other 5 are written negatively. The score of each subscale is the sum of positive items and the inverse of the negative ones⁸. The *Authoritarianism* and the *Social restrictiveness* subscale were negative subscales (more punctuation meant more stigma and the positive subscales were the *Benevolence* and the *Community mental health ideology* (the more punctuation, the less stigma). The dimension *Authoritarianism* (Cronbach's $\alpha = 0.68$) measures whether people with mental disorders are considered an inferior class of individuals to healthy people. The dimension *Benevolence* (Cronbach's $\alpha = 0.76$) evaluates the acceptance of attitudes towards people with mental health issues, although the statements involved could give rise to paternalism. The dimension *Social restrictiveness* (Cronbach's $\alpha = 0.80$) measures the danger the people with mental disorders pose to society. Lastly, the dimension *Community mental health ideology* (Cronbach's $\alpha = 0.88$) estimates attitudes regarding

people's reinsertion with mental disorders back into the community and broader society.

Data collection

Participants and their relatives were informed and requested to give their consent by their teachers. A pilot test was carried out with ten students on April 2019. After the pilot test, a maximum completion time of 30 minutes was decided. The above self-reported questionnaire was administered by paper-and-pencil during school hours on May 10th 2019. Then, the researcher gave instructions for completing it. The questionnaire was fully comprehended. The participants' assessment was positive both in terms of their comprehension and speed of completion.

Ethical consideration

All participants signed their informed consent to the study conducted by the Helsinki Declaration and European Union Good Clinical Practice and was approved by the San Juan of Alicante University Hospital ethics research committee (committee code: 19/309). The confidentiality of the data was guaranteed and participants were assured that they could withdraw from the study at any time without prejudice.

Data analysis

The punctuations of the positive and negative items of the subscales *Benevolence* and *Community mental health ideology* were reverted before entering the scores into the database, so we were able to make the higher the score the higher the stigma in all the subscales.

A descriptive analysis of the response frequency was performed for each of the categorical items, and

Variables	N (%)
Age (mean ± standard deviation)	14.93 ± 1.67
Gender	
Female	92 (64.3)
Male	51 (35.7)
Nationality	
Spanish	128 (91.4)
Non-Spanish	12 (8.6)
Academic course	
1st obligatory secondary education	14 (9.7)
2nd obligatory secondary education	48 (33.3)
3rd obligatory secondary education	16 (11.1)
4th obligatory secondary education	24 (16.7)
1st Baccalaureate	26 (18.1)
2nd Baccalaureate	16 (11.1)
Academic level of the mother	
No primary studies	4 (2.8)
Primary studies	12 (8.5)
Secondary studies	43 (30.3)
Non-university studies	45 (31.7)
University studies	38 (26.8)
Academic level of the father	
No primary studies	3 (2.1)
Primary studies	20 (14.2)
Secondary studies	43 (30.5)
Non-university studies	43 (30.5)
University studies	32 (22.7)
Mother's employment	
Unemployed	31 (22.6)
Employed	106 (77.4)
Father's employment	
Unemployed	11 (8.1)
Employed	125 (91.9)
Contact	
No	20 (14.2)
Yes	121 (85.8)
Mental health services consultation	
No	96 (68.6)
Yes	44 (31.4)

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample (N=144)

the mean and standard deviation ($\bar{x} \pm SD$) were calculated for the continuous variables. For the variables “employment and contact” we only used the answers “yes/no” for the statistical analysis. Pearson’s linear correlation coefficient (r) was calculated to assess the association between participants’ age and global scale scores and subscales. For independent samples, Student’s t -test was used to contrast the means according to sex for the correct minimum correct response pattern. The Social Sciences Statistical Package (IBM SPSS statistics 26.0) was utilised for storing data, tabulating and generating descriptive statistics. Missing data was less than 5%.

We did an inferential statistical analysis through Student’s t -test or those dichotomous independent qualitative variables and analysis of variance (ANOVA) for polytomous independent variables. Our dependent assigned variables were the different punctuations in scales and the total punctuation of stigma. The comparisons between groups for those statistically significant results in the ANOVA test were made through posthoc analysis using the statistics Bonferroni and Games-Howell as required. Correlation statistical analyses between different quantitative variables were made using Pearson’s r correlation coefficient. Lastly, a multivariate analysis was

performed using multiple linear regression to observe how each variable influenced each subscale and the total punctuation of stigma.

Results

A total of 150 people participated in this study, of which 6 (4%) were excluded because they were over 18 ($n=3$) or had understanding difficulties ($n=3$) (figure 1). As shown in Table 1, the participants’ mean age was 14.93 ± 1.67 . Up to 64.3% ($n=92$) were female; 91% were Spaniards and 33% ($n=48$) were enrolled on the second year of Compulsory Secondary Education. Up to 85.8% had previous contact with someone with a mental disorder, and 31.4% had been to a psychologist, psychiatry or nursing mental health services consultation sometime in their life.

Table 2 indicates the mean scores according to CAMI scale and subscale. In terms of students’ age, a moderate negative correlation was found with *Authoritarianism* subscale ($r = -0.380$; $p < 0.001$). As shown in Table 3, statistically significant differences were found by gender. Males scored higher for CAMI ($t = -3.027$; $p = 0.003$), *Authoritarianism* ($t = -3.266$; $p < 0.001$) and *Social restrictiveness* ($t = -3.012$; $p = 0.003$) than females.

Variable	M	SD	CI 95%
Authoritarianism	24.41	4.61	23.64 – 25.18
Benevolence	17.89	3.88	17.24 – 18.53
Social restrictiveness	18.25	3.88	17.60 – 18.90
Mental health ideology in the community	20.11	4.63	19.33 – 20.88
CAMI	80.65	13.71	78.36 – 82.94

Note: CAMI: Community Attitudes toward the Mentally Ill; M: mean; SD: Standard deviation; CI: confidence interval

Table 2. Mean and standard deviations according to CAMI scale and subscale

	CAMI	Authoritarianism	Benevolence	Restriction	Community
Gender					
Female	78.73 ± 12.81	23.62 ± 4.24	17.65 ± 3.83	17.67 ± 3.64	19.78 ± 4.53
Male	85.84 ± 14.56	26.18 ± 4.89	18.84 ± 4.01	19.67 ± 4.05	21.16 ± 4.95
Contrast*	$-3.027 (p = 0.003)$	$-3.266 (p = 0.000)$	$-1.690 (p = 0.093)$	$-3.012 (p = 0.003)$	$-1.681 (p = 0.095)$
Academic course**	$1.777 (p = 0.122)$	$9.529 (p = 0.001)$	$1.372 (p = 0.238)$	$0.284 (p = 0.921)$	$0.382 (p = 0.921)$
Academic level of the mother**	$1.493 (p = 0.208)$	$0.566 (p = 0.688)$	$3.279 (p = 0.013)$	$0.933 (p = 0.447)$	$1.363 (p = 0.250)$
Academic level of the father**	$0.696 (p = 0.596)$	$1.116 (p = 0.352)$	$1.154 (p = 0.334)$	$0.229 (p = 0.922)$	$1.039 (p = 0.390)$

*Student’s t -test: $t (p)$; **ANOVA: $F (p)$

Table 3. Differences in means for CAMI scale and subscales ($\bar{x} \pm SD$)

Besides, statistically significant differences were found in the *Authoritarianism* subscale score based on the academic year ($F=9.529$; $p=0.001$) (Table 3). In a posthoc analysis, those participants who were in their first year of secondary school scored 4.637 more on average in the *Authoritarianism* subscale than those in their first year of baccalaureate (95% CI 0.62 - 8.65; $p=0.011$) and those who were in the second year of secondary school scored 5.736 more on average in the subscale of *Authoritarianism* than those in the first year of baccalaureate (95% CI 2.79 - 8.68; $p<0.001$). Nationality did not show statistically significant differences. Significant differences were identified in the *Benevolence* subscale score according to the academic level of the mother. Bonferroni test showed that participants with uneducated mothers scored 5.434

more on average on the *Benevolence* subscale than participants whose mothers had a university education, although the result is not statistically significant ($p=0.083$). According to the employment of parents, contact and consultation variables, we did not find differences between groups.

The results of the multiple linear regression model suggested that to be male gender increased the punctuation of global stigma (beta 6.911; $p<0.01$), *Authoritarianism* (beta 2.280; $p<0.01$) and *Restriction* (beta 1.754; $p<0.05$) subscale. Also, we found that a higher education of the mother was associated with better attitudes in the *Benevolence* and *Community* subscales (Table 4).

	CAMI	Authoritarianism	Benevolence	Restriction	Community
Age	1.056 (-2.531 – 4.643)	-0.373 (-1.543 – 0.797)	-0.059 (-1.1 – 0.981)	0.449 (-0.601 – 1.5)	1.039 (-0.165 – 2.242)
Gender	6.911 (2.032 – 11.789)**	2.280 (.688 – 3.872)**	1.261 (-.155 – 2.676)	1.754 (0.326 – 3.182)*	1.616 (-0.021 – 3.253)
Nationality	-3.685 (-12.392 – 5.022)	0.157 (-2.684 – 2.998)	-1.783 (-4.309 – 0.743)	-0.564 (-3.113 – 1.985)	-1.496 (-4.417 – 1.426)
Contact	1.946 (-4.609 – 8.501)	1.286 (-.853 – 3.424)	0.495 (-1.407 – 2.397)	0.171 (-1.748 – 2.090)	-0.006 (-2.205 – 2.194)
Consultation in Mental Health Services	.304 (-4.867 – 5.474)	0.150 (-1.537 – 1.837)	0.258 (-1.242 – 1.758)	-0.193 (-1.707 – 1.321)	0.089 (-1.647 – 1.824)
Academic course	-2.687 (-6.467 – 1.093)	-0.869 (-2.103 – 0.364)	-0.307 (-1.404 – 0.790)	-0.460 (-1.567 – .647)	-1.050 (-2.319 – 0.219)
Academic level of the mother	-2.393 (-4.969 – 0.183)	0.093 (-0.748 – 0.933)	-0.983 (-1.731 – -0.236)*	-0.619 (-1.373 – .135)	-0.883 (-1.748 – -0.019)*
Academic level of the father	-.825 (-3.292 – 1.642)	-0.443 (-1.248 – 0.362)	-0.296 (-1.012 – 0.419)	-0.069 (-0.791 – 0.653)	-0.017 (-0.845 – 0.811)
Mother's employment	-.503 (-6.077 – 5.071)	-0.914 (-2.733 – 0.905)	-0.083 (-1.7 – 1.535)	0.350 (-1.282 – 1.982)	0.144 (-1.727 – 2.014)
Father's employment	1.125 (-7.497 – 9.747)	-0.4 (-3.213 – 2.413)	0.684 (-1.817 – 3.185)	-0.245 (-2.769 – 2.279)	1.087 (-1.807 – 3.980)

*Result is significant at $p < 0.05$; **Result is significant at $p < 0.01$

Table 4. Linear regression model (beta (IC95%))

Discussion

The effectiveness of efforts to reduce stigma in mental health lies in the scientific understanding of the mechanisms that originate and maintain this process of stigmatisation. Thus, the possibility and capacity to observe and measure this phenomenon are decisive.

The present study determined the social stigma towards people with mental disorders in adolescents and established any possible relationships with personal variables. Our findings support those from a study in the Spanish adolescent population at baseline¹⁶, with the results for all subscales being slightly less stigmatising in our study. In line with the study by Vila-Badia et al.¹⁶, participants evaluated that people with a mental disorder are considered a lower social class of individuals than healthy people (Authoritarianism). Social Stigma research in the United States, Latin America, Greece, India, or Japan¹⁷ has previously identified a social distance and discriminatory beliefs related to mental health problems associated with violence, unpredictability and disability.

Our results have identified age, gender and academic year as factors related to social stigma in the adolescent population. In terms of age, the oldest showed the most positive scores^{18,19}. In our study, boys reported more stigmatising attitudes than girls, as in previous Spanish literature^{16,20} and non-Spanish^{12,21,22}. Related to the academic year, the most positive scores are found in a higher grade in line with Sari and Yuliastuni¹⁹ and Tesfamariam et al.²³

Differences in terms of nationality were not found, probably related to the fact that most participants were Spanish and good comparability between groups does not exist. Previous studies found statistically significant differences in Spanish adults²⁴ or young people internationally^{22,25}.

No significant differences were identified between groups according to CAMI and the parents' academic level. Even though the mother's academic level in the univariate analysis influenced the *Benevolence* subscale and in the multivariate analysis influenced both the *Benevolence* and the *Community* subscale. A higher score of stigma was observed in those participants whose mothers did not have studies or had primary studies²⁶ compared to the respective higher academic levels, but the differences were not statistically significant²⁴. The father's academic level influenced

the attitude towards people with a mental disorder in a statistically significant way in another study²³. There were no differences in attitudes related to the academic level of the father. According to parents' employment, significant differences were not found¹⁹. However, Chang et al.²⁷ and AlAzzam and Abuhammad²⁶ reported that lower monthly incomes were associated with worse attitudes in a statistically significant way.

Knowing someone who suffered a mental disorder was not associated with different scores in our study, in contrast with previous evidence^{16,19,23,24,26}. In the study by Lanfredi et al.¹³ with a secondary school sample, where the contact with people who suffered a mental disorder improved attitude. Additionally, in a nursing students' sample, a voluntary experience with mental health patients decreased negative attitudes towards people with mental disorders^{14,28}. Most of the participants marked that they knew an acquaintance, so this could have influenced our results to be different to the literature, since close personal contact (family or friend) is associated with less stigma⁴.

Our results have identified attending to previous mental health services consultations as a factor related to social stigma in the adolescent population, whilst not being statistically significant. The lower scores were found in those who had attended it²⁰.

Given the data, it becomes evident that there is a need to design and implement awareness and education programmes¹ about mental health. In this study, we evaluated the social stigma towards people with mental disorders in general. In this line, we can include the stigmatisation towards adolescents with mental disorders too. Stigma has been identified as an especially important barrier to help-seeking more in young people than among adults^{17,29}. In addition, positive peer relationships are important for promoting self-esteem, adjustment and resilience¹². So that, the education programs could have the benefit to reduce social stigma towards adults with mental disorders and towards adolescents with mental disorders too, including the self-stigmatization that could contribute to avoid the help-seeking process.

Limitations

One of the limitations is that we applied self-reported questionnaires. In addition, it is possible that students answered what they felt we wanted to get^{30,31}. Furthermore, our results are limited to a small area of Spain, so

the results may not be extrapolable for cultural or economic reasons. Finally, this study did not use a randomized sample. Further studies of representative and randomized samples of students are needed to verify these results.

Conclusions

Stigma towards people with mental disorders varies in adolescents depending on certain gender, age and academic level. Also, mothers' academic level is related. This study further contributes to the evidence on the adolescents' stigma towards people with mental disorders.

Relevance to clinical practice

It would be interesting to continue studying this field because knowing which adolescents have the most stigma depending on personal variables, can be an advantage in focusing on anti-stigma interventions. Mental health nurses can play an important role as social agents in these interventions against stigma at different levels. On the one hand, they can educate on how are mental health problems, through activities of mental health promotion and prevention. On the other hand, psychoeducation is crucial on people who suffer a mental disorder and in the rehabilitation process.

Funding statement

The material used was based on: a computer, the program Microsoft Excel (for the development of the database), the program SPSS (version 25), printed copies of the questionnaires and other project documents. The research team provided the material. We did not receive any public or private funding.

References

- Salerno JP. Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *J Sch Health*. 2016 Dec;86(12):922-931. doi: 10.1111/josh.12461.
- Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity Simon and Schuster. 2009. doi: 10.1136/pgmj.45.527.642.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007 Mar;190:192-3. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. The struggle against the stigma and discrimination in mental health: A complex strategy based on available data. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2018, 28(1), 48-83.
- Charles JLK, Bentley KJ. Measuring Mental Health Provider-Based Stigma: Development and Initial Psychometric Testing of a Self-Assessment Instrument. *Community Ment Health J*. 2018 Jan;54(1):33-48. doi: 10.1007/s10597-017-0137-4.
- Sastre-Rus M, Tomás-Sábado J, Juliá-Sanchis R, Roldán-Merino JF, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT. Development and psychometric testing of a scale for assessing the associative stigma of mental illness in nursing. *J Clin Nurs*. 2020 Nov;29(21-22):4300-4312. doi: 10.1111/jocn.15467.
- Hipes C, Lucas J, Phelan JC, White RC. The stigma of mental illness in the labor market. *Soc Sci Res*. 2016 Mar;56:16-25. doi: 10.1016/j.ssresearch.2015.12.001.
- Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, Vilellas R, Martín JR, Pérez-Franco MB, Valduciel T, García-Franco M, Miguel J, Balsera J, Pascual G, Julia E, Casellas D, Haro JM. Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016 Jul-Sep;9(3):150-7. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.02.002.
- Frías VM, Fortuny JR, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Stigma: The relevance of social contact in mental disorder. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2018 Mar-Apr;28(2):111-117. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.05.007.
- Tapia FM, Castro WL, Poblete CM, & Soza CM. Stigma towards mental disorders: Characteristics and interventions. *Salud Mental*. 2015, 38(1), 53-58. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.007.
- DuPont-Reyes MJ, Villatoro AP, Phelan JC, Painter K, Link BG. Adolescent views of mental illness stigma: An intersectional lens. *Am J Orthopsychiatry*. 2020;90(2):201-211. doi: 10.1037/ort0000425.
- Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2016 Sep 30;243:469-94. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.042.
- Lanfredi M, Macis A, Ferrari C, Rillosi L, Ughi EC, Fanetti A, Younis N, Cadei L, Gallizioli C, Uggeri G, Rossi R. Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Res*. 2019 Nov;281:112581. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112581.
- Juliá-Sanchis R, Sanjuan-Quiles Á, Richart-Martínez M, Cabrero-García J. The impact of volunteering in mental health settings on nursing students' attitudes. *Nurse Educ Pract*. 2020 Mar;44:102726. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102726.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240. doi: 10.1093/schbul/7.2.225. 1981
- Vila-Badia R, Martínez-Zambrano F, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, Vilellas R, Martín JR, Pérez-Franco MB, Valduciel T, Casellas D, García-Franco M, Miguel J, Balsera J, Pascual G, Julia E, Ochoa S. Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. *World J Psychiatry*. 2016 Jun 22;6(2):239-47. doi: 10.5498/wjp.v6.i2.239.
- Gaiha SM, Taylor Salisbury T, Koschorke M, Raman U, Petticrew M. Stigma associated with mental health problems among young people in India: a systematic review of magnitude, manifestations and recommendations. *BMC Psychiatry*. 2020 Nov 16;20(1):538. doi: 10.1186/s12888-020-02937-x.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüschen N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012 Oct;63(10):963-73. doi: 10.1176/appi.ps.201100529.
- Sari SP, Yuliastuti E. Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sci*. 2018 Sep 19;5(4):414-418. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.09.005.
- García-Soriano G, Roncero M. What do Spanish adolescents think about obsessive-compulsive disorder? Mental health literacy and stigma associated with symmetry/order and aggression-related symptoms. *Psychiatry Res*. 2017 Apr;250:193-199. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.080.

21. Yoshioka K, Reavley NJ, MacKinnon AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Res.* 2014 Jan 30;215(1):229-36. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.034.
22. Pang S, Liu J, Mahesh M, Chua BY, Shahwan S, Lee SP, Vaingankar JA, Abdin E, Fung DSS, Chong SA, Subramaniam M. Stigma among Singaporean youth: a cross-sectional study on adolescent attitudes towards serious mental illness and social tolerance in a multiethnic population. *BMJ Open.* 2017 Oct 16;7(10):e016432. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016432.
23. Tesfamariam EH, Tekie MM, Tesfa AY, Hadgu DH, Awalom EA, Ghebremedhin EB, Tquabo NA. Attitude towards Mental Illness among Secondary School Students in Asmara, Eritrea: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J.* 2018 Nov 1;2018:4578721. doi: 10.1155/2018/4578721.
24. Aznar-Lou I, Serrano-Blanco A, Fernández A, Luciano JV, Rubio-Valera M. Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health.* 2016 Feb 9;16:127. doi: 10.1186/s12889-016-2815-5.
25. Masuda A, Hayes SC., Twohig MP, Lillis J, Fletcher LB, & Gloster AT. Comparing japanese international college students' and US college students' Mental-Health-Related stigmatizing attitudes. *Journal of Multicultural Counseling and Development.* 2019, 37(3), 178-189. doi: 10.1002/j.2161-1912.2009.tb00101.x
26. AlAzzam M, Abuhammad S. Knowledge and attitude toward mental health and mental health problems among secondary school students in Jordan. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021 Feb;34(1):57-67. doi: 10.1111/jcap.12301.
27. Chang S, Ong HL, Seow E, Chua BY, Abdin E, Samari E, Teh WL, Chong SA, Subramaniam M. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017 Dec 4;7(12):e018099. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018099.
28. Miguel, MR, Juliá-Sanchis R, Esquerdo ÁP, Esquerdo VP, & Pastor-Bernabeu M. V. Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. una aproximación cualitativa. *Revista Española De Enfermería De Salud Mental.* 2019 (6). doi: 10.35761/reesme.2018.6.02
29. Ali MM, West K, Teich JL, Lynch S, Mutter R, Dubenitz J. Utilization of Mental Health Services in Educational Setting by Adolescents in the United States. *J Sch Health.* 2019 May;89(5):393-401. doi: 10.1111/josh.12753.
30. Manterola C, & Otzen T. Bias in clinical research. *Int J Morphol.* 2015, 33(3), 1156-1164. doi: 10.4067/S0717-95022015000300056.
31. Lissner L, Heitmann BL, Lindroos AK. Measuring intake in free-living human subjects: a question of bias. *Proc Nutr Soc.* 1998 May;57(2):333-9. doi: 10.1079/pns19980048.

Influencia de la pandemia por la COVID-19 en las urgencias y emergencias psiquiátricas extrahospitalarias

Influence of the COVID-19 pandemic on the out-of-hospital psychiatric emergencies

Belén Ripoll Padilla¹, Rafael Gómez Navarro², Vicente Ripoll Subirón³

1. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

2. Centro de Salud Teruel Centro. Teruel, España.

3. 061 Aragón. USVA Teruel, España.

Contacto: Belén Ripoll Padilla, belripa33@gmail.com

Fecha de recepción: 10 de agosto de 2021 / Fecha de aceptación: 12 de febrero de 2022

Resumen

Objetivo: Conocer el impacto de la pandemia en la asistencia por patología psiquiátrica urgente atendida por un servicio de emergencias extrahospitalarias en el Sector Teruel.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo para la comparación de las personas atendidas por patología urgente psiquiátrica en las unidades de soporte vital avanzado (USVA) en el Sector Teruel entre los años 2019 y 2020. Las fuentes de datos fueron los informes clínicos de la actividad asistencial y el cuadro de mandos. Se calcularon las medianas y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas. Las cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para establecer la relación entre ambos años, se realizaron comparaciones de medias y de proporciones y correlaciones.

Resultados: En 2019, un 11,2% de la asistencia estuvo relacionada con patología psiquiátrica frente a un 8,8% en 2020. En este último año, se produjo un aumento de los cuadros de agresividad y agitación. Descendieron las intoxicaciones etílicas; 18,2% en 2019 y 7,6% en 2020. Asimismo, un 47,8% de las asistencias en 2020 fueron en el domicilio. Se encontraron diferencias en relación a la franja horaria.

Conclusión: La pandemia no ha supuesto grandes cambios en la actividad de las USVA salvo en algunos aspectos como el aumento de los procesos psiquiátricos de agresividad y agitación, el descenso de las intoxicaciones etílicas y un incremento de la asistencia a nivel domiciliario y en horario diurno.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, COVID-19, pandemia, urgencias, ansiedad, intoxicación etílica.

Abstract

Objective: To determine the impact of the pandemic on urgent psychiatric pathology care provided by an out-of-hospital emergency service in 2020 in Teruel.

Methods: A retrospective descriptive study of patients treated for psychiatric pathology in the Advanced Life Support Units in the Teruel Sector during March-December 2019 and 2020 respectively. The data sources were the clinical reports of the service activity and the control panel. Quantitative variables were analyzed as mean or median, qualitative variables were analyzed as absolute frequencies and percentages, and mean and proportions comparisons and correlations were calculated.

Results: In 2019, 11.2% of the medical assistance was related to psychiatric pathologies compared to 8.8% in 2020. During the same year, aggressiveness and agitation increased. A decrease was found in alcohol intoxication, 18% in 2019 compared to 7.6% in 2020. Additionally, 47.8% of the services in 2020 were provided at home. Some differences regarding the time frames were found.

Conclusions: The pandemic has not involved big changes in the USVA activity excluding some aspects such as the increase of aggressiveness and agitation processes, the decrease in alcohol intoxication, and an increase in home health care services during daytime hours.

Keywords: mental health, mental disorders, COVID-19, pandemics, emergencies, anxiety, alcoholic intoxication.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español presenta tres ámbitos organizativos para responder a las demandas de atención sanitaria urgente de la población: atención primaria, los servicios de urgencias de los hospitales y los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios¹. En el territorio aragonés, estos últimos son coordinados y gestionados en el 061 Aragón².

Los centros coordinadores de urgencias y emergencias en España reciben al año un total de 6,7 millones de demandas asistenciales³. En los últimos años se ha evidenciado un incremento notable de las demandas de asistencia sanitaria de tipo psiquiátrico, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario^{4,5}.

La urgencia se define como el riesgo vital o necesidad de intervenir rápidamente para evitar secuelas graves. Sin embargo, en psiquiatría esta definición es más imprecisa, pues si bien existe un peligro vital, tanto para la persona como para terceros, es frecuente actuar para impedir el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual⁶. Las urgencias psiquiátricas pueden presentarse como alteraciones psicológicas agudas, riesgo de daño personal o interpersonal, comportamiento profundamente desorganizado u otros cuadros psiquiátricos descompensados por estrés, que incluyen trastornos disociativos y conversivos, trastornos somatomorfos y descompensaciones de trastornos de personalidad^{6,7}.

En Europa, la salud mental es una de las mayores preocupaciones de salud pública, en términos de prevalencia, de costes sanitarios y de discapacidad⁸. Las personas con trastornos mentales graves presentan mayores tasas de mortalidad y una menor esperanza de vida como consecuencia de estilos de vida no saludables, enfermedades crónicas, desigualdades socio-sanitarias y efectos secundarios de fármacos empleados en su tratamiento⁹.

El 14 de marzo de 2020 se aprobó el Real Decreto 463/2020, a través del cual quedó establecido el estado de alarma en España para gestionar la situación de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19¹⁰. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió el aislamiento social, la limitación de la movilidad y el confinamiento domiciliario de la población, como medidas para conseguir la estrategia más efectiva en la contención y mitigación de la velocidad de propaga-

ción de la infección y evitar así el colapso de los sistemas de salud¹¹. Estas normativas sanitarias han podido influir en la aparición y desarrollo de sintomatología psicopatológica. Un estudio elaborado en nuestro entorno las personas en situación de aislamiento han presentado entre otros, niveles considerables de síntomas ansioso-depresivos, alteraciones cognitivas o trastornos del sueño¹².

A lo largo de la historia, enfermedades que han afectado a grandes núcleos de población han sido determinantes en la aparición de un impacto psicológico negativo en la salud mental de las personas¹³. Brooks y colaboradores¹⁴, afirmaron que existía una mayor prevalencia de síntomas mentales, como angustia, ansiedad, tristeza, baja autoestima, rabia, bajo estado de ánimo e insomnio, y la aparición de trastornos obsesivo-compulsivos, estrés postraumático y suicidio.

La reclusión, la pérdida de la rutina habitual y la reducción del contacto social y físico conllevan efectos psicológicos negativos que pueden persistir a largo plazo, incluyendo cambios en los hábitos de salud, autocuidado y relaciones¹⁵. En España, según los datos publicados por el Centro de Investigaciones Sociológicas, en este primer año de pandemia, un 6,4% de la población consultó a un profesional de la salud mental por algún tipo de sintomatología, fundamentalmente por cuestiones relacionadas con ansiedad (43,7%) o depresión (35,5%). El grupo principalmente afectado fueron las personas jóvenes y las mujeres¹⁶. La duración de la cuarentena, la soledad, la preocupación por padecer la enfermedad o contagiar a otras personas, las pérdidas financieras, el estigma por contraer el virus, o el procesamiento de un duelo sin los rituales culturalmente aprendidos para poder velar y despedir al familiar son factores de riesgo que pueden causar un sentimiento de temor en la población¹¹. La pandemia por la COVID-19 ha provocado importantes consecuencias tanto en la salud física y mental de las personas como en el ámbito social y económico¹⁷.

A pesar del impacto psicológico provocado en la población, no se han encontrado datos objetivos relacionados con la demanda asistencial en urgencias psiquiátricas por este motivo¹⁸. Por ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto psicológico de la pandemia en las personas atendidas por un servicio de emergencias extrahospitalarias en 2020 en el Sector Teruel.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó a las personas atendidas por patología psiquiátrica en las unidades de soporte vital avanzado (USVA) en el Sector Teruel entre los años 2019 y 2020. Se analizaron dos periodos de tiempo; el primero, comprendido entre el 14 de marzo al 31 de diciembre de 2019, representando el periodo de normalidad (prepandemia). El segundo, entre el 14 de marzo al 31 de diciembre de 2020, periodo de pandemia.

No se definieron criterios de exclusión en el estudio. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, fecha de asistencia, lugar de asistencia, antecedentes psiquiátricos, resultado de asistencia, franja horaria, juicio clínico y pandemia. Se emplearon como fuente de datos los informes clínicos de la asistencia realizada por las USVA y el cuadro de mandos y memoria anual de actividad de los años 2019 y 2020.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS, versión 21. El análisis descriptivo de las variables cualitativas se llevó mediante mediana y rango intercuartílico (IQ) ya que no cumplieron criterios de normalidad. Las variables cualitativas se presentaron por frecuencia absoluta y porcentaje. Se compararon medias y proporciones. Para estudiar la relación entre variables cuantitativas se empleó la prueba *t*-Student, para las cualitativas se utilizó la Chi-cuadrado y el Test de Asociación Lineal. Se consideró significativa la obtención de un valor de $p < 0,05$.

Se solicitó permiso a la Gerencia del 061 Aragón para la realización del estudio y la recogida de los datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los mismos y de su uso, siendo únicamente empleados en la elaboración del trabajo. Se obtuvo la autorización el 21 de octubre de 2020.

Resultados

En 2019, el 061 Aragón, que proporciona asistencia a los habitantes del Sector Teruel, atendió a un total de 1041 personas. De ellas, 121 atenciones estaban relacionadas con patología psiquiátrica, lo que supuso un 11,6% de la asistencia. En 2020, se atendió a 1040 personas, 92 de estas presentaban patología psiquiátrica, representado un 8,8% del total. En ambos periodos predominó la asistencia a varones. No obstante, se incrementó la atención en mujeres de un 37,2% en 2019 a un 47,8% en 2020, sin existir diferencias estadísticas significativas ($p = 0,120$). No se encontraron diferencias entre edad y la influencia de la pandemia ($p = 0,152$). La mediana de edad en 2019 fue de 40 años (IQ = 28) mientras que en 2020 fue de 41 años (IQ = 29,5). Entre los dos años, la edad mínima resultó ser de 11 años y la edad máxima de 95 años.

En la tabla 1 se describen comparativamente los hallazgos entre el periodo de tiempo estudiado y el juicio clínico realizado en ambos años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($p = 0,041$), concretamente para los juicios de intoxicación etílica y agitación/agresividad.

JUICIO CLÍNICO	PREPANDEMIA		PANDEMIA		P VALOR
	2019		2020		
	n = 121		n = 92		
	n	%	n	%	
Crisis de ansiedad	28	23,1	15	16,3	0,218
Intento autolítico	26	21,5	19	20,7	0,882
Intoxicación etílica	22	18,2	7	7,6	0,026
Trastornos psicóticos	15	12,4	15	16,3	0,417
Trastorno del estado de ánimo	7	5,8	6	6,5	0,824
Agitación/Agresividad	7	5,8	14	15,2	0,022
Ingreso por orden	4	3,3	0	0	0,135
Ideas autolíticas	4	3,3	2	2,2	0,701
Trastorno conversivo	3	2,5	5	5,4	0,296
Intoxicación por drogas	3	2,5	5	5,4	0,296
Suicidio	2	1,7	4	4,3	0,406

Tabla 1. Comparación de los juicios clínicos por año

En la tabla 2 se reflejan las asistencias a personas con antecedentes psiquiátricos en 2020, pese a no existir una correlación estadísticamente significativa entre

las variables empleando la técnica Chi-cuadrado ($p = 0,196$).

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	PRE-PANDEMIA		PANDEMIA	
	2019		2020	
	n = 121		n = 92	
	n	%	n	%
SÍ	74	61,2	66	71,7
NO	40	33,1	21	22,8
DESCONOCIDOS	7	5,8	5	5,4

Tabla 2. Antecedentes psiquiátricos de las personas atendidas por año

Durante la pandemia, la atención se realizó en un 50% de los casos en el ámbito urbano, 45,7% en el rural y en un 4,2% el lugar de asistencia no constaba en la fuente de datos consultada. La tabla 3 presenta la

relación existente entre el lugar de asistencia y la pandemia, encontrando diferencias estadísticamente significativas para las asistencias en domicilio.

LUGAR DE ASISTENCIA	PREPANDEMIA		PANDEMIA		P VALOR
	2019		2020		
	n = 121		n = 92		
	n	%	n	%	
Domicilio	32	26,4	44	47,8	0,001
Vía pública	36	29,8	17	18,5	0,059
Centro de salud	18	14,9	10	10,9	0,391
Lugar público	17	14	9	9,8	0,346
Hospital	17	14	7	7,6	0,141
Transferencia ambulancia	1	0,8	5	5,4	0,087

Tabla 3. Comparación del lugar de asistencia por año

El resultado de asistencia no presentó diferencias estadísticamente significativas al aplicar el test de asociación lineal, predominando en ambos periodos el traslado al centro hospitalario de referencia, para 2019

(81,8%) y 2020 (83,7%). En la tabla 4 se refleja la franja horaria de asistencia para los periodos estudiados, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,014$).

FRANJA HORARIA	PREPANDEMIA		PANDEMIA		P VALOR
	2019		2020		
	n = 121		n = 92		
	n	%	n	%	
Entre 0 y 6 horas	33	27,3	9	9,8	0,001
Entre 6 y 12 horas	16	13,2	15	16,3	0,528
Entre 12 y 18 horas	40	33,1	34	37	0,554
Entre 18 y 24 horas	32	26,4	34	37	0,134

Tabla 4. Comparación de las franjas horarias de atención por años

Discusión

A la luz de los resultados, cabe destacar varios hallazgos en el estudio. En números absolutos, durante la COVID-19, se produjo una disminución en la cifra de asistencias relacionadas con trastornos mentales urgentes. El evidente descenso de consultas urgentes no relacionadas con patología respiratoria aguda durante el año 2020^{19,20} justificaría las diferencias encontradas entre ambos años, lo cual puede indicar que existe un grupo de personas que no está accediendo a una adecuada atención de salud^{21,22}.

Los datos sugieren que porcentualmente se produjo un cambio en las características de las personas atendidas. Se evidenció un incremento en el número de mujeres que solicitaron asistencia sanitaria urgente. Según un estudio publicado por Molero *et al.*²³, el nivel de amenaza percibida frente al coronavirus fue superior en mujeres, con mayores niveles de estrés y sintomatología ansiosa. Los ataques de ansiedad son un problema de salud mental común, desencadenados por factores externos estresantes. Durante el confinamiento, la población experimentó mayores niveles de ansiedad²⁴. Las personas con enfermedades graves o múltiples, presentaron niveles más altos de síntomas psicológicos ante esta situación de crisis²⁵. Ozamiz-Etxebarria *et al.*²⁶ afirmaron que se encontraron niveles superiores de ansiedad entre la población de 18-25 años, seguidos de los de 26-60 años, encontrándose la media de edad por debajo de los 60 años. El aumento de la demanda en los servicios de salud mental, en especial de las consultas de psicología para el tratamiento de problemas de ansiedad y depresión²⁷, justificaría la disminución del número de asistencias en servicios de urgencias por este motivo. Estas personas estarían siendo atendidas en otros servicios de salud mental.

En relación con las intoxicaciones etílicas, Fernández-Ibáñez *et al.*²⁸ afirmaron que un 47,2 % de las intoxicaciones etílicas agudas ocurren durante el fin de semana y el 37,4 % durante los meses de junio a septiembre. Estos hallazgos señalan la disponibilidad y el contexto cultural del etilismo agudo, alterado durante el confinamiento. Durante el periodo de tiempo estudiado, se ha producido un cambio en cuanto a hábitos y conductas de consumo. Los resultados de este trabajo corroboran los hallazgos encontrados en la Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19, la cual informa que el consumo de alcohol parece mantenerse o incluso reducirse respecto a niveles previos a la pandemia²⁹. No obstante, existe controversia con respecto a las

publicaciones encontradas³⁰, ya que, para manejar la angustia psicológica provocada por la pandemia, el consumo de alcohol podría haber aumentado³¹. Sin embargo, las conductas de riesgo de dicho consumo, no han supuesto una amenaza grave para el individuo al no ser tan frecuentes como en años anteriores.

Balluerka *et al.*³⁰ exponen que la angustia, motivada por la COVID-19, se manifiesta con un aumento de irritabilidad, principalmente en grupos de población joven, lo que podría traducirse en un incremento de conductas agresivas y agitación tal y como se refleja en nuestro trabajo. No obstante, existen escasas publicaciones al respecto. Asimismo, los resultados del actual estudio muestran un ligero aumento con respecto a las intoxicaciones por consumo de drogas. La encuesta europea sobre el consumo de drogas en el contexto de la pandemia impulsada por el Observatorio Europeo de las Drogas y Adicciones (EMCDDA) mostró que, en España, las personas que se declararon consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales habían cesado o reducido la frecuencia o cantidad de su consumo (71,9 %), mientras que el 16,3 % no había realizado cambios y tan solo el 11,9 % de los consumidores había incrementado el consumo²⁹. En el caso del cannabis, existió un mayor porcentaje que no ha variado su consumo o, incluso, lo han aumentado, posiblemente asociado a la mayor disponibilidad de esta sustancia²⁹. De acuerdo con los análisis realizados en nuestro estudio, los resultados obtenidos no corresponden con los publicados por la EMCDDA, posiblemente por el tamaño de la población estudiada. En consecuencia, sería interesante continuar en esta línea de investigación.

La OMS reconoce el suicidio como una prioridad de salud pública. En el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020, los Estados miembros se comprometieron a trabajar para conseguir la meta mundial de disminuir las tasas nacionales de suicidios en un 10 % para el año 2020³². En nuestro estudio, es destacable el incremento del número de suicidios en 2020 con respecto a 2019. Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre las defunciones por causa de muerte correspondientes al año 2020, los trastornos mentales y del comportamiento se sitúan como la sexta causa de muerte, con un 4,2 % del total, por detrás de enfermedades del sistema circulatorio. Las defunciones debidas a trastornos mentales se incrementaron un 0,64 % entre marzo y mayo. El suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa durante los primeros meses de 2020, con 1343 falle-

cimientos registrados³³. El estigma asociado al suicidio colabora con el encubrimiento de algunas muertes por este motivo, identificadas como accidentes o muertes naturales³⁴. Se considera necesario visibilizar esta realidad y prevenir este grave problema de salud pública a través de diferentes iniciativas que garanticen el bienestar psicológico de aquellas personas que han decidido tomar esa decisión.

Las personas con patologías psiquiátricas previas, presentaron respuestas emocionales mayores a diferencia de los controles sanos³⁵. Por este motivo, se considera necesario realizar investigaciones en este campo, ya que se trata de un grupo vulnerable con menor esperanza de vida. Asimismo, podrían haber experimentado más barreras para un adecuado nivel de salud ante el estigma atribuido a aquellas personas que sufren enfermedades mentales^{9,36}. El aislamiento social durante la pandemia incluye el confinamiento en casa³⁷, aumentando el tiempo en el que los individuos permanecen en su domicilio. Esto ha supuesto un incremento de las asistencias sanitarias a nivel domiciliario y una disminución de la atención sanitaria en horario nocturno.

Actualmente se desconocen los efectos a largo plazo que puede producir la pandemia por el SARS-CoV-2¹⁵. Algunos estudios apuntan que el confinamiento ha motivado un incremento de la inactividad física y de los comportamientos sedentarios, con mayor riesgo de presentar alteraciones metabólicas y sistémicas por la falta de movimiento^{37,38}. Otros señalan que, a medida que la pandemia siga su curso, se intensificará la demanda de programas nacionales e internacionales de salud mental³⁹.

Los efectos devastadores de la COVID-19 sobre el acceso a servicios de salud mental ponen de relieve la necesidad urgente de planear formas efectivas para evitar los efectos a largo plazo⁴⁰. Resulta fundamental la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos, la detección e intervención precoz del trastorno mental grave y la atención integral y continuada de los pacientes de forma multidisciplinar.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio muestran una disminución en el número de asistencias de patología psiquiátrica urgente extrahospitalaria en el año 2020. Sin embargo, en ese mismo periodo, se produjo un aumento de los procesos psiquiátricos relacionados con agre-

sividad y agitación atendidos por las USVA en el Sector Teruel. Es destacable el descenso de las intoxicaciones etílicas durante la pandemia, así como que la mayor parte de las asistencias tuvieron lugar a nivel domiciliario y en horario diurno.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Urgencias extrahospitalarias. Su organización en el Sistema Nacional de Salud. Subdirección General de Información Sanitaria; 2019 [actualizada 3 febrero 2020; acceso 20 febrero 2021] Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/iap/Organizacion_Urgencia_extrahospitalaria_SNS_2019.pdf
2. Gobierno de Aragón. 061 Aragón – Urgencias y emergencias sanitarias. 2020 [actualizada 5 octubre 2020; acceso 20 febrero 2021] Disponible en: <https://www.aragon.es/-/061-aragon-urgencias-y-emergencias-sanitarias-1>
3. Ministerio de Sanidad. Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019 [sede Web] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. [actualizada 26 abril 2021; acceso 16 mayo 2021] Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfS anSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf
4. Guzmán-Parra J, Martínez-García AI, Guillén-Benítez C, Castro-Zamudio S, Jiménez-Hernández M, Moreno-Küstner B. Factores asociados a las demandas psiquiátricas a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga (España). *Salud Ment.* 2016. [acceso 1 marzo 2021] 39 (6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000600287
5. Ontiveros MP. Urgencias en psiquiatría. En: Shanahan J, editor. *Salud mental y medicina psicológica*. 3e. Ciudad de México; McGraw-Hill Medical SA; 2017 [acceso 1 marzo 2021] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>
6. Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *CLC.* 2017 [acceso 25 febrero 2021] 28 (6): 914-922. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301505>
7. Mendoza RM, González C, Gallego V, Martínez C, Margarita E, Robles AC. Motivos de urgencias psiquiátricas y actuación enfermera. *Bibliopsiquis.* 2018 [acceso 25 febrero 2021] 4. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/motivos-de-urgencias-psiquiaticas-y-actuacion-enfermera>
8. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud en España 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017 [actualizada 3 de julio 2018; acceso 21 abril 2021] Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestasNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
9. Butigaro F, Ciuriana R, Chocrón L, Fernández MC, Montón C, Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria.* 2018 [acceso 10 abril 2021] 50 (1): 83-108. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-atencion-S0212656718303640>
10. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Madrid: Ministerio de la Presidencia,

- Relaciones con las Cortes y memoria Democrática; 2020. [actualizada 18 marzo 2020; acceso 28 abril 2021] Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
11. Larios-Navarro A, Bohórguez-Rivero J, Naranjo-Bohórguez J, Sáenz-López J. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020. [acceso 28 abril 2021] 49 (4): 227-228. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442894/>
 12. Becerra-García JA, Giménez G, Sánchez-Gutiérrez, Barbeito S, Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española: un análisis preliminar en función de las variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Rev Esp Salud Pública.* 2020 [acceso 21 abril 2021] (94) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721488>
 13. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020. [acceso 28 abril 2021] 395 (10227): 912-920. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/>
 14. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the Covid-19 pandemic. *Riv Psichiatr.* 2020. [acceso 28 abril 2021] 55(3). Disponible en: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3382/articoli/33569>
 15. Buitrago F, Ciurana R, Fernández MC, Tizón JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria.* 2020 [acceso 28 abril 2021] 52 (S2): 93-133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801217/>
 16. Confederación Salud Mental España. *Salud Mental y Covid-19. Un año de pandemia.* Madrid; 2021 [actualizado marzo 2021; acceso 28 abril 2021] Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
 17. Oliver N, Barber X, Roomp K, Roomp K. The COVID-19 Impact Survey: Assessing the Pulse of the COVID-19 Pandemic in Spain via 24 Questions. *J Med Internet Res.* 2020 [acceso 28 abril 2021]; 22 (9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485997/>
 18. Solari-Heresmann LM, Pérez-Balaguer AP, Gil-Benito E, Sol-Calderón PS, Sanz-Aranguez-Ávila B, Gayubo-Moreo L et al. Análisis de la demanda asistencial en la urgencia y unidad de hospitalización psiquiátrica en el contexto de pandemia por COVID-19. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 2021 [acceso 28 abril 2021] 59 (1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272021000100027&script=sci_arttext
 19. Toro L, Parra A, Alvo M. Epidemia de COVID-19 en Chile: impacto en atenciones de Servicios de Urgencia y Patologías Específicas. *Rev Med Chile.* 2020 [acceso 20 abril de 2021] 144 (4). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000400558
 20. Díaz-Pérez D, Lorente M, González S, Osona B. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la asistencia a urgencias e ingresos de un hospital terciario. *An Pediatr.* 2021 [acceso 20 abril 2021] 94 (2): 125-126. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7587061/>
 21. Zhao J, Rudd A, Liu R. Challenges and Potential Solutions of Stroke Care During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak. *J. Am. Heart Assoc.* 2020 [acceso 20 abril de 2021] 51 (5): 1356-1357. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228369/>
 22. Prieto MA, March J, Martín A, Escudero M, López M, Luque N. Consequences of the COVID-19 lockdown in patients with chronic diseases in Andalusia. *Gac Sanit.* 2020 [acceso 20 abril 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342601/>
 23. Molero MM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ. Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. *Aten. Prim.* 2020 [acceso 20 abril de 2021] 52 (7): 515-516. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-amenaza-percibida-por-covid-19-S0212656720301475>
 24. Ayers JW, Leas EC, Jhonson DC. Internet Searches for Acute Anxiety During the Early Stages of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Inter Med.* 2020 [acceso 20 abril 2021] 180 (12): 1760-1707. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2769543>
 25. Becerra-García JA, Giménez G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito S, Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientes-ocupacionales. *Rev Esp.* 2020. [acceso 20 abril de 2020] 94 (9): 1-11. Disponible en: https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_20200605_9.pdf
 26. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragón N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote de COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *CSP.* 2020 [acceso 20 abril de 2021] 36 (4). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000405013&script=sci_abstract&lng=es
 27. American Psychological Association. Patients with Depression and Anxiety Surge as Psychologists Respond to the Coronavirus Pandemic. 2020 [acceso 20 abril de 2021] Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/telehealth-survey-summary.pdf>
 28. Fernández-Ibáñez A, Ugalde-Herrá R, Rodríguez-Getino JA, García-Casas JB, Díaz-Suárez JC. Epidemiología de las intoxicaciones agudas por sustancias de abuso en Urgencias. Estudio descriptivo en el área IV de Asturias. *ADICCIONES.* 2020 [acceso 20 abril 2021] 33 (1): 43-52. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1236>
 29. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Covid-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 [actualizado 28 Julio 2020; acceso 20 abril 2021] Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf
 30. Balluerka N, Gómez J, Hidalgo MD. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. UPV. 2020 [acceso 20 abril 2021] Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
 31. Gual A. Consumo de alcohol durante la crisis de la COVID en Europa. 2020 [acceso 28 abril 2021] Disponible en: https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/ciutadania/alcohol_2016/2020/pagina6/Toni-Gual_Consumo-de-alcohol-durante-la-crisis-de-la-COVID-19-en-Europa.pdf
 32. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2019 [actualizada el 2 de septiembre de 2019; acceso 28 abril 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 33. Consejo General de la Psicología de España. El suicidio: primera causa externa de muerte durante el primer semestre 2020, según el INE. Infocop; 2021 [actualizada el 7 de enero de 2021; acceso 28 abril 2021] Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=15358

34. Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Rev. Cien. Soc.* 2020 [acceso 28 abril 2021] 33 (46). Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100079&lng=es&nrm=iso
35. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav. Immun.* 2020 [acceso 28 abril 2021] 87: 100-106. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184991/>
36. Sapag JC, Velasco PR. Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care. *Aten Primaria* 2020 [acceso 28 abril 2021] 52 (5): 361-363. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31831205/>
37. Mera-Mamián AY, Tabares-González E, Montoya-González S, Muñoz-Rodríguez DI, Monsalve-Vélez F. Recomendaciones prácticas para evitar el descondicionamiento físico durante el confinamiento por la pandemia asociada a COVID-19. *Univ. Salud.* 2020 [acceso 28 abril 2021] 22(2): 166-177. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072020000200166&script=sci_abstract&tlng=es
38. Celis-Morales C, Salas-Bravo C, Yáñez A, Castillo M. Inactividad física y sedentarismo. La otra cara de los efectos secundarios de la pandemia por COVID-19. *Rev. med. Chile.* 2020 [acceso 28 abril 2021] 148 (6). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600885
39. Organización Mundial de Salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. OMS; 2020 [actualizada el 5 de octubre de 2020; acceso 28 abril 2021] Disponible en:
<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
40. Mental Health Europe. Key long-term challenges and opportunities for mental health in the aftermath of COVID-19. 2020 [acceso 28 abril 2021] Disponible en: https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2020/06/MHE-COVID-19-position-paper_062020.pdf

Efectividad de relajación combinada con yogaterapia en síntomas ansioso-depresivos en pacientes con trastorno mental leve

Effectiveness of relaxation combined with yoga therapy in anxiety-depressive symptoms in patients with mild mental disorder

María Luisa Alberca Muñoz¹, Marta Atienza Correas²

1. Unidad de Salud Mental de Adultos (USM). Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real, España.

2. Servicio de Salud Mental. Hospital General Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real, España.

Contacto: Marta Atienza Correas, matienzac@sescam.jccm.es

Fecha de recepción: 12 de febrero de 2022 / Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2022

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de un programa de relajación en los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno mental leve, donde se emplean tres herramientas de yogaterapia (*hatha*, somática y movimiento orgánico consciente) en combinación con otras técnicas de relajación y comparar la efectividad de estas tres herramientas.

Metodología: Estudio analítico cuasiexperimental pre-post longitudinal. Los sujetos del estudio fueron pacientes ≥ 18 años, derivados por psicología y psiquiatría durante los años 2013-2015. En estos grupos se empleó una de las tres técnicas de yogaterapia en combinación con otras técnicas de relajación. A todos los participantes se les administró el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de depresión de Beck antes y después de la terapia. Se recogieron variables sociodemográficas, motivos de derivación y relacionadas con el programa de relajación.

Resultados: Se han incluido 105 participantes, 23 con *hatha*, 45 somática, y 37 movimiento orgánico consciente. La edad media fue de $40,2 \pm 9,6$ años y el 75,2 % fueron mujeres. La puntuación en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, tanto en rasgo como estado, disminuyó significativamente tras el programa de relajación, independientemente de la técnica utilizada (6,7 y 9,6 puntos, respectivamente). También se observó una disminución en la puntuación del Inventario de depresión de Beck en todas las técnicas, aunque con *hatha* no se alcanzó la significación estadística.

Conclusión: El programa de relajación fue efectivo en los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno mental leve, no siendo ninguna de las tres técnicas significativamente más efectiva que otra.

Palabras clave: relajación, yogaterapia, ansiedad, depresión.

Abstract

Aim: The aim is to evaluate the effectiveness of a relaxation program on symptoms of anxiety and depression in patients with mild mental disorders. Three yoga therapy tools (*hatha*, somatic and conscious organic movement) are used in combination with other relaxation techniques and to compare the effectiveness of these three tools.

Methodology: Quasi-experimental pre-post longitudinal analytical study. The study subjects were patients ≥ 18 years old, referred by psychology and psychiatry during the years 2013-2015. In these groups, one of the three yoga-therapy techniques was used in combination with other relaxation techniques. All patients were evaluated on the State-Trait Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory before and after therapy. Sociodemographic variables, reasons for referral and information related to the relaxation program were collected.

Results: 105 patients have been included, 23 with *hatha*, 45 somatic and 37 conscious organic movements. The mean age was 40.2 ± 9.6 years and 75.2 % were women. The score of the State-Trait Anxiety Inventory questionnaire, both in trait and state, decreased significantly after the relaxation program, regardless of the technique used (6.7 and 9.6 points, respectively). A decrease in Beck Depression Inventory score was also observed for all techniques, although statistical significance was not reached for *hatha*.

Conclusion: The relaxation program was effective in the reduction of anxiety and depression symptoms of patients with mild mental disorder. No significant differences were observed between the used techniques.

Keywords: relaxation, yoga therapy, anxiety, depression.

Introducción

Los trastornos de ansiedad y depresión eran muy prevalentes en la población, tanto a nivel nacional como a nivel mundial, antes de la pandemia del COVID-19, pero esta ha agravado aún más la situación, incrementado su prevalencia en la población¹⁻⁴.

La relajación es una de las opciones terapéuticas más utilizadas contra los síntomas de ansiedad y depresión, debido a su eficacia, efectividad y a la falta de efectos secundarios indeseables⁵⁻⁷. Es lo que se opone al estrés cuando este ha perdido su función adaptativa, pero conserva su función perturbadora. A nivel físico se define como un estado de ausencia de tensión y, por lo tanto, presencia de bienestar, y a nivel psíquico, como un estado de calma mental, paz y tranquilidad, junto a un estado de lucidez o claridad que dota de capacidad para vivir el momento presente. Va más allá del mero tratamiento sintomático de la ansiedad, se plantea como un método dirigido a la introspección y al conocimiento personal. La clave para conseguirla reside en mantener la atención y la focalización sostenida y pasiva⁸. Existe una variedad de técnicas para inducir la relajación (TR): el entrenamiento autógeno de Schultz, la relajación muscular progresiva de Jacobson, prácticas derivadas de la meditación, el yoga⁹, etc.

El yoga ha sido definido como un “conjunto de ejercicios respiratorios, y de control mental, basados en las prácticas de los yoguis hindúes, utilizados principalmente como técnica de relajación”¹⁰, es la habilidad para dirigir la mente exclusivamente hacia un objeto y mantener esa dirección sin desviarse¹¹. Ayuda a las personas a experimentarse a sí mismas, a sentir sus cuerpos de manera segura y a comenzar a enfrentar las sensaciones para reconectar el cuerpo y la mente¹².

Como herramienta para favorecer la relajación, el yoga cuenta con numerosos estudios que avalan su efectividad contra los síntomas de ansiedad y depresión, pero existe heterogeneidad en los sujetos de estudio, en las técnicas empleadas, en los instrumentos de evaluación y en los resultados obtenidos¹³⁻¹⁸.

En las sociedades occidentales, la práctica moderna de yoga se asocia más comúnmente con el *hatha* yoga, una forma de yoga que utiliza posturas físicas en combinación con prácticas de respiración y/o meditación¹³. En el programa de relajación del presente estudio, llevado a cabo por una enfermera especialista en salud mental profesora de yoga especializada en yogatera-

pia, se emplea además del citado *hatha* yoga, otras técnicas de yogaterapia como la somática y el movimiento orgánico consciente (MOC).

La somática consiste en una serie de ejercicios para reprogramar el sistema sensoriomotor. Este reacciona constantemente a las tensiones y traumas cotidianos con reflejos musculares específicos. Estos reflejos desencadenados una y otra vez crean contracturas musculares crónicas que no podemos relajar de forma voluntaria. Estas contracturas se hacen tan profundamente involuntarias e inconscientes que, finalmente, ya no podemos recordar cómo movernos con soltura. El resultado es rigidez, inflamación y disminución de la capacidad de movimiento. Por lo que el objetivo de la somática es proporcionar conciencia de las sensaciones, especialmente, de las de los músculos voluntarios, para así vencer las contracciones reflejas inconscientes y automáticas¹⁹.

El MOC se basa en el contacto con el cuerpo a través de órdenes motoras, las cuales aumentan la atención sobre él, y con ello se favorece un estado de calma que nos permite a su vez un contacto más íntimo con nuestro cuerpo, experimentando así una faceta menos física y más energética, amplia e integradora. Son prácticas que permiten relacionar todos los sistemas de forma coherente y ordenada, activando determinadas zonas corporales. En estos segmentos corporales es donde con mayor frecuencia se imprimen las memorias emocionales y traumáticas, por lo que ayuda a disolver tensiones, actitudes negativas y temores, creando en la persona una percepción sobre sí misma más armónica, segura y completa, generando experiencias de relajación, apertura y espaciosidad^{20,21}.

Estas herramientas de yogaterapia se combinan con otras TR como la respiración, la relajación muscular progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz, la visualización o imaginación y la meditación mantra⁸. Esta combinación hace que nuestro programa de relajación sea una intervención novedosa, pues no se han encontrado estudios publicados donde se unan ambas técnicas.

Partiendo de esto último y teniendo en cuenta la heterogeneidad en los estudios de yoga y el aumento de la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en la población, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la efectividad del programa de relajación en los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno mental leve, considerando que,

en este último, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y producen deterioro leve en el funcionamiento social o laboral²². Además, se pretende comparar la efectividad de las tres variedades de yogaterapia (hatha, somática y MOC).

Material y métodos

Diseño

Estudio analítico cuasiexperimental pre-post longitudinal.

Población de estudio

Se incluyó en el estudio a los pacientes ≥ 18 años que, tras ser derivados por psicología o psiquiatría de la unidad de salud mental adultos del hospital La Mancha Centro, en la entrevista explicativa previa al inicio del programa de relajación mostraron disponibilidad, motivación, creencia en las TR, aceptación de formato grupal e *insight*; además, no padecían ninguna enfermedad orgánica grave o incapacitante. En cuanto al diagnóstico o motivo de derivación, presentaron trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, distimia, depresión, depresión posparto, trastorno mixto ansioso-depresivo, tic, trastorno de síntomas somáticos, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de la personalidad.

Quedaron excluidos de este estudio, aquellos pacientes < 18 años, derivados con consumo activo de drogas, patología psicótica u otro trastorno mental (en fase aguda o descompensación), procesos demenciales y trastorno de la personalidad grave.

La muestra del estudio estuvo formada por los pacientes que, cumpliendo los criterios anteriormente descritos, tras entrevista previa con la enfermera que lleva a cabo el programa, decidieron asistir a los grupos de relajación durante el periodo comprendido entre 2013-2015.

Se realizaron grupos de pacientes, en los que se empleó una de las tres técnicas de yogaterapia (*hatha* o somática o MOC) en combinación con otras técnicas de relajación mental. Cada grupo recibió entre 12-15 sesiones con periodicidad semanal, dependiendo del calendario, exceptuando vacaciones y festivos. Se intentó que, en el inicio de los grupos, se incluyera el máximo número de pacientes, para homogeneizar el grado de aprendizaje; esto fue posible solo parcialmen-

te, puesto que la derivación al grupo es continua y se van admitiendo pacientes hasta completar el aforo (15 pacientes), pero solo hasta la 6ª o 7ª sesión, aplazando la inclusión de pacientes que sean derivados después, para el siguiente grupo. El número de sesiones de cada paciente varió desde 5 hasta un máximo de 23, dependiendo de la evolución de los síntomas, el aprendizaje y el manejo de las técnicas, fundamentalmente. Por último, se estableció como criterio de abandono del grupo la falta a 3 sesiones de forma injustificada.

Procedimiento

Las sesiones del programa de relajación son impartidas por una única terapeuta, enfermera especialista en salud mental, profesora de yoga especializada en yogaterapia.

Tienen una duración de 1 h y 30 minutos, priorizando más la relajación física para que la relajación sea posible, ya que, frecuentemente, el cuerpo expresa lo que la mente es incapaz de expresar²³. Se estructuran de la siguiente forma:

- En los primeros 15 minutos, se explica el guion de relajación y las técnicas a realizar ese día.
- En la siguiente hora, se lleva a cabo la relajación física por medio de una de estas tres técnicas:
 - *Series de hatha yoga*. Se realiza, en primer lugar, un calentamiento articular, desde los pies a la cabeza, para, a continuación, realizar determinadas posturas corporales (asanas), en las que aparecerán: extensión, flexión, apertura lateral, postura invertida/semiinvertida, equilibrio y torsión. Todo ello se realiza atendiendo a la necesidad del paciente, buscando regulaciones con cojines, sillas, apoyo en pared..., para hacer la técnica asequible a sus posibilidades. En las posturas más dinámicas se indica siempre que se acompañe el movimiento con la respiración.
 - *Somática*. Se enfatiza en la concentración en el ejercicio, hacerlo lentamente para aumentar la percepción y con el menor esfuerzo posible, organizándolo en niveles progresivos.
 - *MOC*. Se utilizó una serie basada en MOC diafragma, por ser el principal músculo respiratorio, con el objetivo de liberar la respiración, ya que es esencial por ser un ritmo primario del que dependen todos los ritmos del organismo y que influye en los sistemas de memoria o atención^{24,25}.

- En los últimos 15 minutos, se realiza la relajación mental con relajación muscular progresiva de Jacobson y técnicas estáticas como la visualización o imaginación, el entrenamiento autógeno de Schultz o la meditación (mantra)⁸.

Todas las técnicas se acompañan de respiración; se trabajaron 2 tipos:

- *Depurativa*. Se le indica a la persona que inhale, por la nariz, y exhale, por la nariz o por la boca, aconsejando hacerlo por esta última, ya que es una zona que por su anatomía y fisiología es más sensitiva, por lo que facilita el mantenimiento de la atención y concentración. La idea es ir creando un patrón respiratorio que sea cada vez más regular, más profundo, insistiendo en que una respiración profunda no puede ser nunca una respiración forzada.
- *Diafragmática*. Manteniendo la higiene postural adecuada, se explica previamente las 4 funciones del diafragma (especialmente la respiratoria) y se le indica colocar una mano en las últimas costillas, sentir como la mano se desplaza al inhalar (abriéndose el tórax en los 3 ejes) y vuelve a bajar al exhalar, sin forzar la zona lumbar e intentando mantener siempre la exhalación un poco más larga.

Se les insiste mucho en que solo si son capaces de cambiar su patrón respiratorio será posible la relajación, pues de las 6 es la técnica más importante.

Recogida de datos

Los datos necesarios para la realización del estudio se extrajeron de la historia clínica y la información proporcionada por los sujetos durante la entrevista previa al inicio del grupo.

Durante la entrevista, en la que se inicia la relación terapéutica, por un lado, se les preguntó por las técnicas de relajación que habían practicado con anterioridad, sus creencias al respecto, y se les explicó el objetivo de la relajación. Por otro lado, se les dotó de material: un audio de yoga *nidra*, una hoja con recomendaciones para disminuir la ansiedad y un tríptico informativo con diversas técnicas para favorecer la relajación. Se les explicó también de forma breve las diferentes técnicas que se emplean en el grupo de relajación, así como el primer tipo de respiración que se emplea (depurativa). Por último, se les entregó una hoja con los horarios y el lugar de realización, incidiendo en la importancia de la asistencia y puntualidad.

Los sujetos, tanto al inicio como al final de cada grupo, rellenaron las escalas STAI y BDI-I. Antes de proporcionárselas, se les explicó de forma oral y escrita (al inicio del inventario) como debían rellenarlas.

Variables

Variables dependientes o variables de estudio:

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)²⁶.
- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)²⁷.

Variables independientes:

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico o motivo de derivación.
- Técnica empleada: *hatha*, somática y MOC.

Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se han descrito como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mientras que las variables cuantitativas se han descrito mediante media \pm desviación estándar (DE) o mediana \pm rango intercuartílico (RIC) según la naturaleza de las variables. La normalidad de las variables se ha comprobado mediante métodos gráficos (histogramas) y métodos estadísticos (test de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk).

Para la comparación antes y después, se han utilizado los test *t* de Student para datos apareados o el test de Wilcoxon para las variables cuantitativas, y la prueba de McNemar para las variables cualitativas; mientras que, para la comparación entre técnicas de relajación, se han utilizado los test de ANOVA o el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y el test de χ^2 para variables cualitativas. Todos los cálculos han sido realizados mediante el programa estadístico SPSS v.18 y se ha tomado un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

El desarrollo del presente estudio se ha realizado siguiendo la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial y ha obtenido la aprobación por el Comité de Ética de Investigación con

Medicamentos (CEIM) de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan.

Se ha asegurado la confidencialidad de la información y el anonimato de los datos personales tal y como dicta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Resultados

Se han incluido 105 pacientes en nuestro estudio; 23 han realizado *hatha*, 45, somática, y 37, MOC. Las características de los pacientes de los tres grupos son similares; solamente hubo diferencias significativas en el número de sesiones realizadas, siendo el grupo de *hatha* el que más sesiones ha realizado (tabla 1).

		Global	Hatha	Somática	MOC	p
		(n = 105)	(n = 23)	(n = 45)	(n = 37)	
Edad media en años ± DE		40,2 ± 9,6	39,3 ± 8,6	40,1 ± 10,6	40,9 ± 9,1	0,805
Género	Hombre	26 (24,8%)	5 (21,7%)	11 (24,4%)	10 (27%)	0,897
	Mujer	79 (75,2%)	18 (78,3%)	34 (75,6%)	27 (73%)	
Patología Orgánica		88 (83,8%)	19 (82,6%)	37 (82,2%)	32 (86,5%)	0,859
Numero de sesiones ± DE		9 ± 3,6	11,6 ± 3,2	8,5 ± 3,4	8,1 ± 3,5	< 0,001

DE: Desviación estándar. MOC: Movimiento orgánico consiente

Tabla 1: Principales características de los pacientes incluidos en el estudio y comparación según técnica de relajación

Los diagnósticos más frecuentes según el DSM-V fueron trastornos de ansiedad (62,2%), trastorno mixto ansioso-depresivo (15,2%), trastorno adaptativo (9,5%), trastornos depresivos (4,8%), trastorno de la conducta alimentaria (3,9%), trastorno de los síntomas somáticos (1,9%), trastorno obsesivo compulsivo (1%) y síndrome de Tourette (1%).

Puntuación STAI

Finalmente 87 pacientes completaron correctamente la subescala de STAI Rasgo; la puntuación media global fue de 37,7 ± 8,9; con un rango de 11-56 antes del inicio de las sesiones, y disminuyó significativamente ($p < 0,001$) hasta 31,3 ± 10,9 después de las misma, lo que supone una disminución media de -6,7 ± 8,1 puntos (figura 1). Si analizamos estos resultados en base al tipo de técnica utilizada, se puede observar que todas las técnicas disminuyen significativamente la puntuación media después de su aplicación [(*hatha*: 39,4 ± 6,5 vs. 33,4 ± 10,3; $p = 0,006$), (Somática: 35,3 ± 9,3 vs. 27,6 ± 9,6; $p < 0,001$), (MOC: 39,4 ± 9,1 vs. 33,4 ± 11,5; $p < 0,001$), respectivamente]. El 8% de estos pacientes mantiene la misma puntuación en su

rasgo de ansiedad antes y después del programa, el 21,8% aumenta y el 70,1% disminuye (tabla 2).

82 pacientes completaron la subescala de STAI Estado; la puntuación media global fue de 34,3 ± 11,2; con un rango de 6-57 antes del inicio de las sesiones y disminuyó significativamente ($p < 0,001$) hasta 25,2 ± 11,2 después de las mismas, lo que supone una disminución media de -9,6 ± 11 puntos (figura 1). Si analizamos estos resultados en base al tipo de técnica utilizada, se puede observar que todas las técnicas disminuyen significativamente la puntuación media después de su aplicación [(*hatha*: 32,1 ± 11 vs. 26,8 ± 12,5; $p = 0,022$), (Somática: 34,3 ± 10,2 vs. 23,6 ± 9,8; $p < 0,001$), (MOC: 38,4 ± 10,1 vs. 26,3 ± 10,6; $p < 0,001$), respectivamente]. El 6,1% de estos pacientes mantiene la misma puntuación en su estado de ansiedad antes y después del programa, el 14,6% aumenta, y el 79,3% disminuye (tabla 2).

Al comparar las tres técnicas entre sí, observamos que no existen diferencias significativas en la disminución de STAI rasgo y estado según técnica.

	Hatha (n = 18)			Somática (n = 38)			MOC (n = 31)		
	Antes	Después	p	Antes	Después	p	Antes	Después	p
STAI Rasgo ± DE	39,4 ± 6,5	33,4 ± 10,3	0,01	35,3 ± 9,3	27,6 ± 9,6	<0,001	39,4 ± 9,1	33,4 ± 11,5	< 0,001
Normal	0	1 (5,6%)		1 (2,6%)	6 (25,8%)		0	3 (9,7%)	
STAI RASGO Categorías	3 (16,7%)	6 (33,3%)	0,065	10 (26,3%)	21 (55,3%)	0,014	7 (22,6%)	12 (38,7%)	0,005
Ansiedad media	15 (83,3%)	11 (71,1%)		27 (71,1%)	11 (28,9%)		24 (71,1%)	16 (51,6%)	
Ansiedad grave									
Diferencia de medias STAI Rasgo ± DE		-6 ± 8			-7,7 ± 7,9			-6 ± 8,5	
Diferencia de medias STAI Rasgo en porcentaje ± DE		16 ± 21,4			20,9 ± 20,8			14,8 ± 22,9	
Igual	1 (5,6%)			4 (10,5%)			2 (6,5%)		
Diferencia STAI RASGO	5 (27,8%)			6 (15,8%)			8 (25,8%)		
Disminuye	12 (66,7%)			28 (73,7%)			21 (67,7%)		
STAI Estado ± DE									
Normal	32,1 ± 11	26,8 ± 12,5	0,02	34,3 ± 10,2	23,6 ± 9,8	<0,001	38,4 ± 10,1	26,3 ± 10,6	< 0,001
Ansiedad media	1 (4,3%)	6 (26,1%)		2 (5,6%)	9 (25%)		0	3 (13%)	
Ansiedad grave	10 (43,5%)	10 (43,5%)	0,158	11 (30,6%)	18 (50%)	0,002	4 (17,4%)	13 (56,5%)	0,037
Diferencia de medias STAI Estado ± DE		-5,3 ± 10,4			-10,7 ± 11,2			-12,2 ± 10,6	
Diferencia de medias STAI Estado en porcentaje ± DE		15,5 ± 31,5			26,9 ± 41,4			30 ± 25,7	
Igual	1 (4,3%)			4 (11,1%)			0		
Diferencia STAI ESTADO	5 (21,7%)			5 (13,9%)			2 (8,7%)		
Disminuye	17 (73,9%)			27 (75%)			21 (91,3%)		

DE: Desviación estándar; MOC: Movimiento orgánico consciente

Tabla 2. Puntuaciones del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo antes/después, según técnica de yoga

Puntuación BDI

En el caso del BDI, 86 pacientes cumplimentaron dicho cuestionario; la puntuación basal fue de

20,9 ± 9,4 y disminuyó significativamente ($p < 0,001$) a 15,3 ± 10,4 después de las sesiones (figura 1).

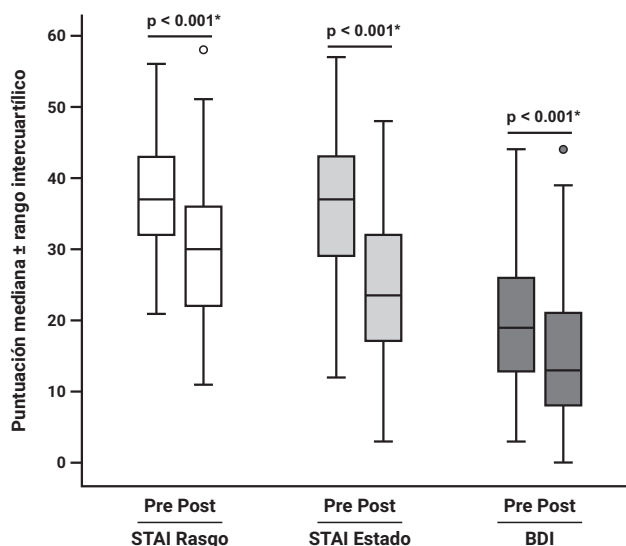


Figura 1: Puntuaciones antes y después del programa de relajación para los cuestionarios Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo e Inventario de depresión de Beck

Según la técnica empleada, se puede observar cómo las técnicas somáticas y MOC sí producen una disminución significativa en la puntuación de Beck, mientras que *hatha* produce una disminución, aunque no significativamente.

El 5,8 % de estos pacientes mantiene la misma puntuación antes y después, el 17,4 % aumenta y el 76,7 % disminuye. Al comparar las tres técnicas entre sí, no existen diferencias significativas (tabla 3).

	Hatha			Somática			MOC		
	(n = 7)			(n = 42)			(n = 37)		
	Antes	Después	p	Antes	Después	p	Antes	Después	p
IDB mediana ± RIC	24 ± 13	16 ± 23	0,35	17,5 ± 11,2	12,5 ± 12,2	< 0,001	21 ± 16	15 ± 15	< 0,001
Diferencia de mediana IDB ± RIC	0 ± (-8)			-5 ± (-10,2)			-6 ± (-7)		
Diferencia de IDB en porcentaje	0 ± 48,1			32,6 ± 53,8			35,1 ± 29,7		
Diferencia IDB	Igual	1 (14,3 %)		3 (7,1 %)		1 (2,7 %)			
	Aumenta	3 (42,9 %)		7 (16,7 %)		5 (13,5 %)			
	Disminuye	3 (42,9 %)		32 (76,2 %)		31 (83,8 %)			

IDB: Inventario de depresión de Beck. RIC: Rango intercuartílico

Tabla 3: Puntuaciones del Inventario de depresión de Beck antes/después, según técnica de yoga

Discusión

Nuestro estudio ha demostrado, por un lado, que el programa de relajación es efectivo contra los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes que han participado en él, y, por otro lado, que ninguna de las tres herramientas de yogaterapia (*hatha*, somática y MOC) empleadas ha sido más efectiva que otra.

Respecto a la ansiedad, tanto en el STAI rasgo como en el estado, los pacientes del grupo de somática muestran una diferencia más significativa antes-después que los de los otros dos grupos (*hatha* y MOC), lo que puede deberse a que cuenta con un número de sujetos mayor. Aunque, como hemos dicho anteriormente, las tres técnicas disminuyen de forma significativa el rasgo y el estado de ansiedad. En el caso de la depresión, es el grupo del MOC es el que cuenta con una diferencia más significativa, siendo el grupo de somática el más numeroso y el grupo de *hatha* el más pequeño, lo que posiblemente ha provocado que no sea significativa la disminución producida por este último grupo.

En la literatura científica existente hasta el momento, hemos podido comprobar que hay numerosos estudios sobre la efectividad de yoga contra los síntomas de ansiedad y depresión, y, aunque existe mucha variedad en cuanto al tipo de técnica empleada (Sudarshan Kriya yoga, Kundalini yoga, Iyengar, Bikram *hatha*), la mayoría de ellas comparten elementos comunes, como la respiración, las posturas corporales y la meditación. También hay gran variabilidad en los instrumentos de evaluación empleados (escalas de Hamilton para la depresión/ansiedad, escalas de autoevaluación de ansiedad/depresión Zung, escala de ansiedad manifiesta de Taylor, BDI-II), en el periodo de implementación de las técnicas y en los resultados obtenidos, ya que, aunque en todos los estudios revisados se observa una disminución de los síntomas, no siempre esta es significativa^{13,15,17,18,28-34}.

Respecto a las tres técnicas de yogaterapia empleadas en el programa, únicamente hemos encontrado estudios sobre *hatha*. En estos se ha visto como un grupo de pacientes que realizaban *hatha* yoga obtenían una reducción mayor de la depresión que el grupo control, en el que se llevó a cabo psicoeducación, pero no si lo comparaban con un grupo de tratamiento habitual o control activo³⁵. En un metaanálisis del *hatha* yoga en la ansiedad, se observó que reducía los síntomas y, cuanto más severos eran estos, más se beneficiaban los pacientes, pero concluyeron que eran necesari-

os estudios de mayor calidad para demostrar claramente los beneficios de esta técnica¹⁶. En nuestro estudio, *hatha* yoga ha contado con un mayor número de sesiones, pero también con un menor número de sujetos que completaron las escalas; a pesar de ello se ha obtenido una reducción significativa en el rasgo y estado de ansiedad y una disminución, aunque no significativa, de la depresión.

Esto último es una de las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de llevar a cabo la investigación. Al tratarse de escalas autoadministradas, se han perdido algunos datos, ya que algunos pacientes no las cumplimentaron correctamente o abandonaron el programa antes de hacerlo. Otra limitación radica en la falta de posibilidad de aleatorización y la inexistencia de un grupo control, por lo que no podremos asegurar por completo que los cambios sean debidos a la propia intervención o a factores externos no controlados. Además, como los sujetos sabían que las escalas serían utilizadas en esta investigación, pudieron modificar sus respuestas, y, al cumplimentarlas en varias ocasiones, se pudo generar en sus respuestas una regresión a la media. Para solventar estas limitaciones en futuras investigaciones, se puede optar por incorporar escalas heteroadministradas, grupo control y aleatorización.

A pesar de estas limitaciones, no ha habido variabilidad a la hora de llevar a cabo el programa de relajación, pues ha sido la misma persona la que ha realizado todos los grupos, favoreciendo de esta manera la creación de una relación terapéutica de confianza que ha podido también influir en los resultados de la investigación. Así mismo, se han empleado escalas para la evaluación de los síntomas que han sido ampliamente estudiadas y utilizadas en múltiples investigaciones.

Conclusión

El programa de relajación fue efectivo contra los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno mental leve, produciendo una disminución significativa de sus puntuaciones tanto en el STAI rasgo/estado como BDI. En cuanto a la comparación de las tres técnicas de yogaterapia (*hatha*, somática y MOC), no hubo diferencia significativa en relación a su efectividad.

Este resultado abre la posibilidad a los enfermeros especialistas en salud mental de utilizar nuevas herramientas en relajación para potenciar el papel del paciente como agente activo en su autocuidado y en el

manejo de los síntomas de ansiedad y depresión. Además, refuerza el hecho de mantener este programa a día de hoy.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. [citado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* [Internet]. 8 de octubre de 2021 [citado 11 Oct 2021];0(0). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext)
- Valiente C, Vázquez C, Peinado V, Contreras A, Trucharte A, Bentall R, et al. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid. Grupo de investigación psicopatología de los trastornos afectivos y psicóticos. [citado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Blanco C, Estupiñá FJ, Labrador FJ, Fernández-Arias I, Bernardo-de-Quirós M, Gómez L. Uso de técnicas de relajación en una clínica de psicología. *An Psicol Ann Psychol*. 7 Abr 2014;30(2):403-11.
- Kim H-S, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. Abr 2018;32(2):278-84.
- Servant D, Germe A, Autuori M, De Almeida F, Hay M, Douilliez C, et al. An integrative and transdiagnostic relaxation protocol for anxious patients. Results of a pilot study. *L'Encephale*. Dic 2014;40(6):501-6.
- Smith JC. Entrenamiento ABC en relajación: una guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao:Declée de Brouwer;2001.
- Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [citado 27 Nov 2021];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007142.pub2/full>
- Moliner M. Diccionario de uso del español. 4th.ed. Madrid: Gredos; 2012.
- Desikachar TKV. El corazón del Yoga: Desarrollando una práctica personal. Vermont: Inner Traditions / Bear & Co; 2003.
- Bessel Van der Kolk: Superar el trauma a través del yoga [video en internet]. Youtube. 2019 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=h3k3BgNt89Y>
- Uebelacker LA, Kraines M, Broughton MK, Tremont G, Gillette LT, Epstein-Lubow G, et al. Perceptions of hatha yoga amongst persistently depressed individuals enrolled in a trial of yoga for depression. *Complement Ther Med*. Oct 2017;34:149-55.
- Shroff FM, Asgarpour M. Yoga and Mental Health: A Review. *J Physiother Phys Rehabil* [Internet]. 2017 [citado 11 Oct 2021];02(01). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/yoga-and-mental-health-a-review.php?aid=87065>
- Gabriel MG, Curtiss J, Hofmann SG, Khalsa SBS. Kundalini Yoga for Generalized Anxiety Disorder: An Exploration of Treatment Efficacy and Possible Mechanisms. *Int J Yoga Ther*. Nov 2018;28(1):97-105.
- Hofmann SG, Andreoli G, Carpenter JK, Curtiss J. Effect of Hatha Yoga on Anxiety: A Meta-Analysis. *J Evid-Based Med*. Agt 2016;9(3):116-24.
- Cramer H, Lauche R, Anheyer D, Pilkington K, de Manincor M, Dobos G, et al. Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. Sept 2018;35(9):830-43.
- Louie L. The effectiveness of yoga for depression: a critical literature review. *Issues Ment Health Nurs*. Abr 2014;35(4):265-76.
- Hanna T. Somática: recuperar el control de la mente sobre el movimiento, la flexibilidad y la salud. México: Yug; 1994.
- Pranamanasyoga Yoga Terapéutico. Charla Movimiento Orgánico Consiente [video en internet]. Youtube.2021 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YY6uDNdq-pg>
- M.O.C. para los órganos [Internet]. Pranamanasyoga. 2014 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://pranamanasyoga.es/m-o-c-para-los-organos/>
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V). 5th ed. Madrid: Panamericana; 2014.
- Nazareth Castellanos. Postura y cerebro, Chikung [video en internet]. 2019 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zWhG1cBQGHY>
- Muñoz-Ortiz J, Muñoz-Ortiz E, López-Meraz ML, Beltran-Parrazal L, Morgado-Valle C. El complejo pre-Bötzinger: generación y modulación del ritmo respiratorio. *Neurología*. 1 Sept 2019;34(7):461-8.
- Nazareth Castellanos. Respiración y cerebro [video en internet]. Youtube. 2021 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MM5F6LOUTQU>
- STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo [Internet]. [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://web.teadediciones.com/stai-cuestionario-de-ansiedad-estado-rasgo.aspx>
- Sanz J, Perdígón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *CLÍNICA SALUD* :34.
- Doria S, de Vuono A, Sanlorenzo R, Irtelli F, Mencacci C. Anti-anxiety efficacy of Sudarshan Kriya Yoga in general anxiety disorder: A multicomponent, yoga based, breath intervention program for patients suffering from generalized anxiety disorder with or without comorbidities. *J Affect Disord*. 15 Sept 2015;184:310-7.
- Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Sharief F. Evaluation of a Sudarshan Kriya Yoga (SKY) based breath intervention for patients with mild-to-moderate depression and anxiety disorders. *Prim Health Care Res Dev*. 20 Jun 2019;20:e73.
- Uebelacker LA, Tremont G, Gillette LT, Epstein-Lubow G, Strong DR, Abrantes AM, et al. Adjunctive yoga v. health education for persistent major depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. Sept 2017;47(12):2130-42.
- Nyer M, Hopkins LB, Farabaugh A, Nauphal M, Parkin S, McKee MM, et al. Community-Delivered Heated Hatha Yoga as a Treatment for Depressive Symptoms: An Uncontrolled Pilot Study. *J Altern Complement Med N Y N*. Ag 2019;25(8):814-23.
- Streeter CC, Gerbarg PL, Whitfield TH, Owen L, Johnston J, Silveri MM, et al. Treatment of Major Depressive Disorder with Iyengar Yoga and Coherent Breathing: A Randomized Controlled Dosing Study. *J Altern Complement Med N Y N*. Mzo 2017;23(3):201-7.
- Prathikanti S, Rivera R, Cochran A, Tungol JG, Fayazmanesh N, Weinmann E. Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173869.
- Parthasarathy S, Jaiganesh K, Duraisamy null. Effect of Integrated Yoga Module on Selected Psychological Variables among Women with Anxiety Problem. *West Indian Med J*. En 2014;63(1):78-80.
- Vollbehre NK, Bartels-Velthuis AA, Nauta MH, Castelein S, Steenhuis LA, Hoenders HJR, et al. Hatha yoga for acute, chronic and/or treatment-resistant mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 1 de octubre de 2018;13(10):e0204925.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL