

Unai Triana Cámaras y Jordi Rico Salavert

**NECESIDADES Y PERCEPCIONES DE ENFERMERAS NO ESPECIALIZADAS EN
SALUD MENTAL EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO
CUALITATIVO FENOMENOLÓGICO**

CURSO: 2025-2026

Dirigido por: Dra. Jenifer Malumbres Talavera

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

VILAFRANCA DEL Penedès 2026

AGRADECIMIENTOS

En este apartado nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que nos han acompañado durante este camino y que nos han ayudado durante estos meses de trabajo.

En primer lugar, agradecer a nuestra tutora Jenifer Malumbres por su orientación, disponibilidad y apoyo constante a lo largo de todo el proceso. Su acompañamiento ha sido fundamental para el buen desarrollo del presente trabajo.

Asimismo, agradecemos profundamente a nuestras familias por el apoyo incondicional y ánimo durante todo el proceso, resultando esenciales para poder llevar a cabo este proyecto.

Por último, queremos dar las gracias a todas las enfermeras que han participado en este estudio, por su disposición, altruismo, tiempo y gran aportación, sin la cual este trabajo no habría sido posible.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 Estrategias de búsquedas	11
3.2 Salud mental: concepto y relevancia actual.....	12
3.3 Trastornos depresivos	14
3.4 Trastornos de ansiedad	17
3.5 Estigma asociado a la depresión y ansiedad.....	19
3.6 Especialidad de enfermería en salud mental	21
3.7 Impacto de la atención a pacientes con problemas de salud mental en las enfermeras sin formación especializada.....	23
4. METODOLOGÍA	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes y unidad de observación	26
4.3 Selección y reclutamiento de la muestra	27
4.4 Técnicas de recogida de datos	28
4.5 Aspectos éticos	29
4.6 Categorización y análisis	29
5. RESULTADOS	31
Categoría 1. Necesidades formativas en salud mental	32
Categoría 2. Limitaciones percibidas en la atención asistencial	34
Categoría 3. Impacto emocional en la práctica asistencial	36
Categoría 4. Estigmatización en el entorno sanitario	38
Categoría 5. Estrategias de afrontamiento empleadas	40
6. DISCUSIÓN.....	44
6.1 Limitaciones	48
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	49
8. CONCLUSIONES	50
9. BIBLIOGRAFÍA.....	52
10. ANEXOS.....	57
Anexo 1 – Cronograma	57
Anexo 2 - Consentimiento informado.....	58

Anexo 3 - Hoja informativa	60
Anexo 4 - Guion entrevista	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Bases de datos y ecuaciones de búsqueda.....	11
Tabla 2: Características sociodemográficos de los entrevistados.....	28
Tabla 3: Categorías y subcategorías tras el análisis de las entrevistas.....	31
Tabla 4: Cronograma.....	57

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- ATDOM – Atención Domiciliaria
- CAP – Centro de Atención Primaria
- ICS – Institut Català de la Salut
- ISRS – Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- NHS – Servicio Nacional de Salud Británico
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- PICO – Paciente, Intervención, Comparación, Outcomes (resultados)
- TAO – Tratamiento Anticoagulante Oral
- TDAH – Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- TFG – Trabajo de fin de grado

RESUMEN

Introducción: Los problemas de salud mental han mostrado un notable incremento en los últimos años, destacando la depresión y la ansiedad como trastornos especialmente prevalentes que constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. En este contexto, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la detección y seguimiento de estos pacientes. Sin embargo, la ausencia de formación especializada en salud mental puede condicionar la calidad de la atención prestada, así como la competencia profesional y el impacto emocional.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es explorar las necesidades y percepciones de las enfermeras de atención primaria que atienden a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y no disponen de formación especializada en salud mental.

Metodología: Se ha realizado un estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas. La muestra se ha compuesto de cuatro enfermeras del centro de atención primaria de Constantí, todas ellas sin formación especializada en salud mental y con experiencia en la atención de pacientes con depresión y ansiedad.

Resultados: Del análisis de las entrevistas emergieron cinco categorías y diez subcategorías: necesidades formativas en salud mental, limitaciones percibidas en la atención asistencial, impacto emocional en la práctica asistencial, estigmatización en el entorno sanitario y estrategias de afrontamiento empleadas. Asimismo, los resultados han evidenciado carencias formativas en salud mental, limitaciones asistenciales y actitudes influenciadas por creencias estigmatizantes.

Conclusiones: La atención de pacientes con ansiedad y depresión supone un reto para las enfermeras sin formación especializada, generando un gran impacto emocional. Asimismo, en relación con el estigma, se han identificado actitudes influenciadas por creencias socialmente extendidas y aceptadas, destacándose en consiguiente la necesidad de reforzar la formación en salud mental, así como de implementar medidas que mejoren la atención y el bienestar profesional.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, enfermería, salud mental, estigma.

ABSTRACT

Introduction: Mental health problems have shown a significant increase in recent years, with depression and anxiety standing out as highly prevalent disorders and among the main reasons for consultation in primary care. In this context, nurses play a key role in the detection and follow-up of these patients. However, the lack of specialized training in mental health may influence the quality of care provided, as well as professional competence and emotional impact.

Objectives: The main objective of this study is to explore the needs and perceptions of primary care nurses who attend patients with anxiety and depressive disorders and do not have specialized training in mental health.

Methodology: A qualitative phenomenological study was conducted using semi-structured interviews. The sample consisted of four primary care nurses from the Constantí health center, all without specialized training in mental health but with experience caring for patients with depression and anxiety.

Results: The analysis of the interviews revealed five categories and ten subcategories: training needs in mental health, perceived limitations in healthcare services, emotional impact on clinical practice, stigma in the healthcare setting and coping strategies used. Furthermore, the results revealed deficiencies in mental health training, limitations in healthcare delivery and attitudes influenced by stigmatizing beliefs.

Conclusions: Caring for patients with anxiety and depression represents a challenge for nurses without specialized training, generating a significant emotional impact. In addition, regarding stigma, attitudes influenced by socially widespread and accepted beliefs were identified. Consequently, there is a need to strengthen mental health training, as well as to implement measures that improve care and professional well-being.

Keywords: Anxiety, depression, nursing, mental health, stigma.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La ansiedad y la depresión se han convertido en problemas de salud de primer orden a nivel global, constituyendo un desafío significativo para los servicios sanitarios. Así pues, los múltiples factores estresantes, como las preocupaciones cotidianas y las presiones derivadas del ámbito digital, contribuyen al deterioro de la salud mental, hasta el punto de que el 46% de la población europea afirma haber experimentado algún problema emocional o psicosocial. Además, en los últimos años, la demanda asistencial asociada a los trastornos de ansiedad y depresión ha registrado un aumento significativo, evidenciando la necesidad de estrategias eficaces de prevención, diagnóstico e intervención en salud mental (Comisión Europea, 2025).

A nivel nacional, en 2023 el 34% de la población padecía algún problema de salud mental, además, esta prevalencia aumenta con la edad, llegando a ser del 50% en mayores de 85 años. Por lo que refiere a los trastornos más frecuentes, la depresión y la ansiedad se encuentran entre ellos. Por una parte, los trastornos de ansiedad afectan al 10% de la población, el doble a mujeres que a hombres y constituyen los problemas de salud mental más frecuentes tanto en la edad adulta como en la adolescencia. Por otra parte, cerca del 5% de la población padece trastornos depresivos, siendo estos casi tres veces más frecuentes en mujeres y presentando una marcada mayor prevalencia en los estratos sociales más bajos. Además, las personas con estos diagnósticos acuden casi el doble de veces a los centros de atención primaria en comparación con la población general, lo que evidencia la necesidad de un abordaje integral y adaptado a las necesidades de cada persona (Ministerio de Sanidad, 2023).

La salud mental no dispone de una única definición como tal, sin embargo, ciertas conductas y características, como una adecuada interpretación de la realidad y un buen autoconcepto, se consideran indicadores del bienestar mental (Sarahy et al., 2018). De este modo, resulta especialmente relevante comprender el abordaje de la salud mental dentro de la práctica enfermera, concretamente de la depresión y la ansiedad, puesto que los profesionales de este ámbito mantienen un contacto directo y continuo con los pacientes, siendo por tanto fundamentales en la prevención de actitudes estigmatizantes. El estigma se puede manifestar en distintas dimensiones, como son la cognitiva, emocional o conductual y tanto entre profesionales sanitarios como en la población en su conjunto. Por tanto, ese tipo de actitudes no únicamente aumentan el

sufrimiento de las personas con depresión y ansiedad, sino que también dificultan el acceso a una atención adecuada (Zamorano et al., 2023).

Asimismo, la atención de personas con ansiedad y depresión representa uno de los ámbitos más complejos dentro de la práctica asistencial, implicando grandes cargas emocionales. Además, el cuidado de estos pacientes se desarrolla en distintos niveles asistenciales, constituyendo los profesionales de enfermería una figura indispensable, responsable de garantizar una atención coordinada y flexible, capaz de responder a las distintas necesidades clínicas (Díaz Consuegra y Santana López, 2023).

Se decide realizar el presente trabajo debido a que el personal de enfermería que atiende a pacientes con trastornos de depresión y ansiedad, en ocasiones, podría no disponer de las herramientas y habilidades adecuadas para ofrecer una atención óptima. Por ello, se pretende explorar las necesidades y percepciones de los profesionales de enfermería que no cuentan con formación especializada en salud mental. Además, existe una gran motivación profesional por el desarrollo de una enfermería más consciente, competente y comprometida. De esta forma, también se profundiza en un tema en ocasiones relegado a un segundo plano, como es la salud mental, pero que sin embargo constituye un aspecto esencial de nuestra profesión.

En este contexto, la atención primaria constituye el primer nivel de contacto entre la población y el sistema de salud, desempeñando de este modo un papel fundamental en la detección precoz, el abordaje inicial y el seguimiento posterior de las personas que presentan estos trastornos. No obstante, diferentes factores, como la alta carga asistencial y la complejidad de estas situaciones clínicas, ponen de manifiesto la importancia de profundizar en la vivencia de los profesionales de enfermería, en vistas de identificar áreas de mejora que contribuyan a optimizar la calidad de los cuidados en este nivel asistencial.

Por todo ello, la línea de investigación del trabajo se organiza en torno a la siguiente pregunta PICO: ¿Cuál es la percepción de los y las profesionales de enfermería no especializados en salud mental respecto al cuidado de pacientes con depresión y ansiedad?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar las necesidades y percepciones de las enfermeras de atención primaria que atienden a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y no disponen de formación especializada en salud mental.

Objetivos específicos

- Explorar el impacto emocional que supone la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión para las enfermeras de atención primaria sin formación especializada en salud mental.
- Describir si las enfermeras en atención primaria perciben tener un mayor estigma en su práctica asistencial debido a la falta de formación especializada en salud mental.
- Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por las enfermeras de atención primaria sin formación especializada en salud mental ante las dificultades que surgen durante la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Estrategias de búsquedas

Con el objetivo de explorar los antecedentes existentes sobre el tema, se realizó una revisión bibliográfica entre noviembre de 2025 y febrero de 2026. Para ello, las palabras clave que se utilizaron fueron las siguientes: “enfermería”, “salud mental”, “estigma”, “ansiedad” y “depresión”. A partir de estos conceptos se identificaron y seleccionaron los descriptores correspondientes, es decir, los términos MeSH y DeCS empleados para la búsqueda en cada base de datos, que fueron las siguientes: PubMed, Cuiden, CINAHL y WOS. Además, también se realizaron búsquedas manuales en Dialnet y Google Scholar. Los descriptores correspondientes de cada base de datos se combinaron mediante el uso de los operadores booleanos “AND” y “OR” para formular las siguientes ecuaciones de búsqueda:

Base de datos	Ecuación de búsqueda
PubMed	(“Nursing Care” OR “Nurses” OR “Nursing Staff”) AND (“Primary Health Care”) AND (“Anxiety Disorders” OR “Depressive Disorder” OR “Mental Disorders”) AND (“Perception” OR “Attitude of Health Personnel” OR “Professional Competence”)
Cuiden	“Enfermería” AND “Atención Primaria” AND (“Ansiedad” OR “Depresión”)
CINAHL	(“Nurses” OR “Nursing Care” OR “Primary Care Nursing”) AND (“Primary Health Care”) AND (“Anxiety Disorders” OR “Depression” OR “Mental Disorders”)
WOS	(“Primary Care Nursing” OR “Nurses” OR “Nursing Staff”) AND (“Anxiety” OR “Depression”) AND (“Perception” OR “Needs Assessment”)
Dialnet	Atención a los trastornos depresivos y de ansiedad.
Google Scholar	Ansiedad y depresión.

Tabla 1: Bases de datos y ecuaciones de búsqueda.

Fuente: Elaboración propia.

Todas las búsquedas se limitaron a los últimos 10 años para evitar la pérdida de información relevante, dado que acotar el periodo a los últimos 5 años suponía una restricción excesiva y, en consecuencia, la pérdida de estudios significativos que

aportaban contenido de gran validez para la comprensión del fenómeno de estudio. Asimismo, se incluyeron únicamente aquellos artículos que estuvieran disponibles a texto completo y publicados en los idiomas castellano e inglés.

Antes de desarrollar el presente marco teórico, se ha realizado por tanto una búsqueda bibliográfica exhaustiva mediante la integración y el análisis de distintas fuentes bibliográficas. Para ello, se han tenido en cuenta múltiples artículos científicos y literatura específica de la materia.

3.2 Salud mental: concepto y relevancia actual

La salud mental representa un componente imprescindible del bienestar integral de cada individuo, tratándose de un proceso continuo y complejo que cada persona experimenta de una forma diferente. Consiste en un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Por tanto, hace referencia a un derecho humano fundamental que puede verse comprometido o fortalecido según un conjunto diverso de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Es decir, la salud mental de cada individuo es el resultado de una compleja interacción entre factores sociales y ambientales, junto con la predisposición genética y biológica. Cuando se produce una alteración de este equilibrio, pueden desarrollarse trastornos mentales, los cuales constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (Moitra et al., 2023). Por tanto, las enfermedades mentales se definen como un grupo de trastornos que impactan significativamente sobre la cognición y la regulación afectiva o conductual de una persona, deteriorando el funcionamiento y causando sufrimiento. Estas condiciones pueden causar gran sufrimiento psicológico y en consecuencia también físico, conceptualizándose en consecuencia la enfermería como una relación interpersonal cuyo objetivo es ayudar al individuo y a la familia a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, así como a fomentar la esperanza. En este sentido, Watson (1979), considera la promoción de la esperanza como una actividad específica y esencial de la profesión enfermera (Barbosa et al., 2026).

No obstante, la salud mental no es un fenómeno único, ya que existen múltiples conceptos y su contenido es contextual. Por tanto, las personas pueden recorrer procesos significativamente distintos hacia el logro de una buena salud mental, aunque también pueden existir características compartidas. Asimismo, en este contexto, resulta fundamental comprender la diversidad de estas dinámicas, en vistas de promover una atención en salud mental más adaptada y equilibrada (French, 2025).

En cuanto a la prevalencia, las enfermedades mentales impactan sobre 1 de cada 4 personas a nivel mundial cada año, afectando al 25% de la población global (Latoo et al., 2022). Entre ellas, los trastornos depresivos y de ansiedad representan más de 970 millones de casos, lo que equivale a aproximadamente el 40% del total de las enfermedades mentales. Por otra parte, los trastornos por consumo de sustancias han mostrado un aumento sustancial en los últimos años, estimándose que los trastornos por consumo de alcohol representan aproximadamente 108 millones de casos, mientras que los asociados al abuso de drogas alcanzan los 56 millones de casos. Además, se calcula que más del 13% de los adolescentes a nivel mundial padece un trastorno mental, presentando esta dinámica una tendencia ascendente.

Por lo que refiere a la prevalencia de estos trastornos según el género, existe una diferencia significativa, siendo la depresión y la ansiedad más comunes entre las mujeres, mientras que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de conducta son más habituales entre los hombres. En el caso del consumo de sustancias, la prevalencia también varía, siendo el doble de frecuente en hombres en comparación con las mujeres (Moitra et al., 2023).

Ahora bien, pese a la gravedad de la situación y las múltiples necesidades generalizadas e insatisfechas en el ámbito de la salud mental, menos del 2% del presupuesto de salud es destinado a estas enfermedades. Además, los trastornos mentales y por consumo de sustancias son la principal causa de años vividos con discapacidad, lo cual supone un importante impacto en la calidad de vida de las personas afectadas y una elevada carga para los sistemas sanitarios (Latoo et al., 2022).

Para abordar la situación, la atención primaria de salud se entiende como la base para reducir la diferencia entre lo que la población necesita en términos de tratamiento y lo que ofrece la red de salud. Para ello, es importante capacitar a los equipos de atención

primaria mediante la formación necesaria, además de por medio de la potenciación del modelo de atención colaborativa. Esta atención colaborativa implica compartir información, decisiones clínicas y el intercambio de experiencias y conocimientos entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales (Salgado y Fortes, 2021).

Ante esta situación, una baja alfabetización, es decir, una baja capacitación en términos de salud mental se asocia a la agudización de estos problemas, por lo que resulta imprescindible formar a la población en vistas de mejorar los resultados de salud, reducir las inquietudes relacionadas con estos procesos y mejorar el funcionamiento de los sistemas y políticas de salud (Kutcher et al., 2016).

3.3 Trastornos depresivos

La depresión es un problema clínicamente significativo y en constante crecimiento. Se trata de un trastorno altamente prevalente e incapacitante, asociado a una disminución considerable del funcionamiento global y de la calidad de vida, así como a una elevada comorbilidad médica y a un incremento del riesgo de mortalidad (Cuijpers et al., 2019).

Los trastornos depresivos afectan a más de 300 millones de personas en el mundo, tratándose de una de las principales causas de discapacidad. A nivel nacional, es la novena enfermedad más habitual en la población mayor de 15 años, siendo más del doble de frecuente en mujeres (9,2%) que en hombres (4%) (Cabezas-Rodríguez et al., 2020). La depresión se asocia con frecuencia a otras condiciones de salud mental como el trastorno de ansiedad, los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno límite de personalidad. Por tanto, se trata de una enfermedad prevalente, que exhibe tendencia a la recurrencia y que genera un importante gasto económico (Lahera et al., 2019).

Los trastornos depresivos comprenden diversas entidades clínicas que se diferencian según su presentación sintomatológica, duración, intensidad y evolución. Entre ellos se encuentran: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor, siendo el más frecuente, el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica y otros trastornos depresivos no especificados. En cuanto a las características

definitorias, principalmente del trastorno depresivo mayor, el rasgo central es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en casi todas las actividades. El paciente debe experimentar, además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye: cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario y durante al menos dos semanas consecutivas. A su vez, el episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

El inicio de la depresión mayor es bimodal; es decir, la mayoría de las personas presentan el trastorno en sus veinte, y un segundo pico ocurre en los cincuenta. Las mujeres también tienen dos veces más probabilidades de tener depresión que los hombres. Otros factores de riesgo para desarrollar el trastorno depresivo mayor son: estar separado, episodios previos de depresión, niveles elevados de estrés, antecedentes de trauma y antecedentes de trastorno depresivo mayor en familiares de primer grado.

Los profesionales de atención primaria son fundamentales para reconocer y controlar la depresión, estimándose que cerca del 60% de la atención de personas con trastornos de la salud mental se da en el ámbito de la atención primaria. En este ámbito los profesionales de enfermería son claves en la detección precoz de la depresión y de los pensamientos o conductas suicidas, así como en la identificación de signos que permitan diferenciarla de otros trastornos del estado de ánimo. Asimismo, participan en el seguimiento de estos pacientes, en el apoyo a los distintos tratamientos y en la adecuación del plan terapéutico según las características clínicas y la respuesta individual del paciente (Park y Zarate, 2019).

En lo que respecta al abordaje terapéutico de los trastornos depresivos, en los últimos años se han producido avances significativos en distintos contextos asistenciales, incluida la atención primaria. Actualmente, se encuentran disponibles diferentes tipos de antidepresivos y psicoterapias, los cuales se utilizan ampliamente en las pautas de

tratamiento. Ambos tratamientos, tienen limitados beneficios, aunque positivos, sin diferencias clínicamente relevantes a corto plazo entre ellos.

La mayoría de las personas con trastornos depresivos reciben tratamiento en atención primaria, solo una pequeña proporción de ellos siendo derivados a servicios de salud mental. En el ámbito de la atención primaria, existe una marcada tendencia a pautar medicamentos antidepresivos, no obstante, se observa una creciente preferencia por las intervenciones psicoterapéuticas, aunque esta tendencia cambia en depresiones con síntomas graves, siendo casos en los que los pacientes prefieren los medicamentos.

La psicoterapia puede definirse como la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y de relaciones interpersonales derivados de principios psicológicos establecidos con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones y otras características personales en las direcciones que los participantes consideren deseables. Los tipos de terapias que mejores resultados han demostrado en atención primaria son: la terapia cognitivo-conductual, la terapia de activación conductual, la psicoterapia interpersonal, la terapia de resolución de problemas y la terapia no directiva. Cada una de ellas tiene sus particularidades y se seleccionan según el objetivo esperado, existiendo una gran variabilidad interindividual (Cuijpers et al., 2019).

Por otra parte, los tratamientos farmacológicos mejoran la funcionalidad diaria en la fase aguda, independientemente de la medicación. Es decir, en los pacientes con trastornos depresivos existen deficiencias significativas en sus actividades cotidianas, alterándose la función psicosocial general que, con el uso de los antidepresivos, mejora notablemente. En estos casos, la monoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y las combinaciones de bupropion-ISRS y venlafaxina-mirtazapina son las terapias con mejores resultados en la recuperación del funcionamiento y la actividad cotidiana.

Por tanto, el efecto de la psicoterapia es comparable al de los fármacos antidepresivos a corto plazo y probablemente, superior en términos de eficacia a largo plazo. Sin embargo, el tratamiento combinado es más eficaz que la psicoterapia o la farmacoterapia solas, sobre todo en depresiones moderadas y graves (Jha et al., 2017).

3.4 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, además de alteraciones conductuales asociadas. En este sentido, la ansiedad y el miedo son emociones conservadas evolutivamente que aumentan la probabilidad de que un organismo sobreviva a situaciones amenazantes. Sin embargo, los estados de ansiedad y vigilancia están regulados por redes neuronales que involucran múltiples regiones cerebrales, por lo que, en los trastornos de ansiedad, el sistema regulador se altera, conduciendo por tanto al miedo excesivo y prolongado (Koskinen y Hovatta, 2023).

Por una parte, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, ya sea real o imaginaria y, por otra parte, la ansiedad se trata de una respuesta anticipatoria a una posible amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas comparten características, aunque también presentan diferencias, estando el miedo asociado a mecanismos de activación autonómica imprescindibles para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está relacionada con tensión muscular, vigilancia a razón de un peligro futuro y comportamientos evitativos. Además, los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por ser desmesurados o persistentes fuera de los periodos de desarrollo considerados apropiados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

La prevalencia de este tipo de trastornos es desigual, observándose diferencias significativas entre mujeres y hombres. Asimismo, el 17,5% de las mujeres han experimentado algún trastorno de ansiedad a lo largo de sus vidas, frente al 9,5% de los hombres. La edad promedio de aparición de los trastornos de ansiedad es los 7 años, debutando habitualmente en la niñez. Sin embargo, se mantienen como los trastornos más frecuentes durante la adolescencia para alcanzar su máxima prevalencia en la mediana edad. Por otra parte, estos trastornos son más frecuentes en personas con enfermedades crónicas, observándose la mayor prevalencia en individuos con enfermedades del aparato digestivo, seguidos por aquellos con dolor crónico y en siguiente lugar los pacientes con enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

A nivel nacional, cerca del 90% de los trastornos de ansiedad son abordados desde atención primaria, siendo también los trastornos de salud mental más registrados en las historias clínicas en este ámbito de atención. Se trata de un trastorno con gran

prevalencia que muestra una distribución bimodal según la edad, con mayor prevalencia en las etapas tempranas de desarrollo y en la tercera edad, manteniéndose relativamente estable en la edad adulta media, entre los 35 y 84 años. Presenta también una prevalencia desigual entre hombres y mujeres, siendo del 10% en mujeres, en comparación con el 5% en hombres, además la incidencia anual de casos nuevos es del 19,9% en mujeres y del 10,4% en hombres. Por otra parte, las personas con menores ingresos, en situación de desempleo y quienes residen en poblaciones con mayor densidad de habitantes presentan más frecuentemente problemas de ansiedad (Domínguez Domínguez et al., 2024).

Existen diferentes entidades clínicas dentro de los trastornos de ansiedad, entre las cuales se encuentran: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y otros trastornos de ansiedad no especificados. Entre todos ellos, la fobia específica es el trastorno más común, siendo su característica clave el miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente delimitados, denominados estímulos fóbicos. En presencia de este trastorno, el miedo o la ansiedad son intensos o graves, la exposición al estímulo fóbico generando una respuesta de ansiedad inmediata. Además, el sujeto evita activamente la situación, la ansiedad generada por la circunstancia también es desproporcionada en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva y el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes. Finalmente, para el diagnóstico de este trastorno, debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

La ansiedad se trata de un proceso psicológico y emocional complejo que influye negativamente en la atención, el aprendizaje, los procesos cognitivos, el procesamiento de la información y el rendimiento académico o la capacidad laboral. Además, existe evidencia de que influye en la presión arterial y en el umbral de resistencia al dolor, aumentando también los niveles de estrés y reduciendo la actividad del sistema inmunitario. Asimismo, diferentes investigaciones indican que la ansiedad predice la depresión, condiciona el proceso de toma de decisiones, influye en el consumo elevado

de alcohol, se asocia con migrañas, se correlaciona con afecciones cutáneas y con la rumiación negativa posterior al evento (Nechita et al., 2018).

El objetivo del tratamiento de los trastornos de ansiedad es aliviar los síntomas, prevenir recaídas y evitar las posibles secuelas. Los antidepresivos y los ansiolíticos son los pilares del tratamiento de estos trastornos. A nivel nacional, además, la prescripción y el consumo de estos fármacos ha ido aumentando de forma exponencial en los últimos años. En cuanto al tratamiento empleado, los antidepresivos son los fármacos de elección, en concreto los ISRS, sobre todo en tratamientos a largo plazo. Como segunda opción estarían los ansiolíticos, entre los que se encuentran las benzodiacepinas y los fármacos Z, estando sobre todo indicados en fases agudas. A su vez, la mayor evidencia de efectividad del tratamiento farmacológico se obtiene cuando este se combina con la terapia cognitivo-conductual, la cual tiene como función principal identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y los patrones de conducta desadaptativos que mantiene la ansiedad (Also Fontanet et al., 2024).

3.5 Estigma asociado a la depresión y ansiedad

El estigma asociado a los trastornos mentales constituye un fenómeno complejo que influye significativamente en la atención, la inclusión social y el bienestar de las personas afectadas. La población estigmatizada tiende a ser percibida como diferente e inferior al resto, definiéndose el estigma en salud mental como un atributo profundamente desacreditador, construido a través de las prácticas sociales y asociado a actitudes negativas.

Además, estas actitudes estigmatizantes también se pueden extender al entorno inmediato, incluyendo a la familia e incluso a los profesionales de la salud. Esto se conoce como estigma asociativo, es decir, ser estigmatizado debido a un vínculo con una persona con un problema de salud mental (Zayts-Spence et al., 2023).

Durante mucho tiempo, la investigación sobre el estigma en los trastornos mentales se ha centrado en el estigma público, sin embargo, los efectos del estigma en las personas incluyen el estigma percibido, el experimentado, el anticipado y el autoestigma. Concretamente, el autoestigma ocurre cuando una persona va más allá del estigma público y realmente está de acuerdo con él y se lo aplica a sí mismo, se trata de un

estigma internalizado, haciendo referencia a un proceso de transformación en el que la identidad social previa de una persona es reemplazada progresivamente por una visión devaluada y estigmatizada de uno mismo. Este autoestigma tiene un gran impacto y resulta fundamental abordarlo para intervenir eficazmente en la situación clínica. Particularmente, las personas con trastornos depresivos y de ansiedad presentan un alto grado de autoestigma por diversos motivos, entre los que destacan la invisibilidad de la sintomatología, que genera sentimientos de incompreensión; la autoinculpación derivada de las dificultades en el funcionamiento diario; y el miedo a la discriminación, que con frecuencia conduce al aislamiento y en consiguiente, dificulta la búsqueda de ayuda y agrava la situación clínica (Dubreucq et al., 2021).

El estigma asociado a la salud mental puede afectar a las relaciones interpersonales, a las perspectivas profesionales y a la discriminación en los servicios de salud. Partiendo de la base, un recurso aparentemente trivial como el lenguaje puede oprimir y avergonzar, por lo que se debe replantear, separando el sesgo inherente a la terminología enfermera empleada (Soltis-Jarrett, 2023). El estigma y la discriminación acostumbran a estar arraigados a las estructuras institucionales, por tanto, dificultan notablemente el pleno ejercicio de los derechos de las personas afectadas. Asimismo, el estigma asociado a otras características individuales, como la identidad sexual y de género, es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad.

Por otra parte, los distintos determinantes sociales y económicos contribuyen al riesgo de aparición de trastornos mentales, afectando desproporcionadamente a la población que vive en contextos de adversidad, asociándose sobre todo al desarrollo de estos en la infancia. Conjuntamente, las características individuales como el género, la etnia y la edad son marcadores de discriminación relacionados con la aparición de trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y el desarrollo y uso de sustancias (Moitra et al., 2023).

La adolescencia es la etapa álgida para la aparición de los trastornos depresivos y de ansiedad, tratándose de un periodo de gran vulnerabilidad que, añadido al estigma asociado a estos diagnósticos, conduce a la exclusión social, al trato dañino y a la reducción de las expectativas vitales. El estigma combina estereotipos negativos, prejuicios y discriminación en un contexto de desigualdad de poder, por lo que su impacto en la adolescencia es mayor, dado que se trata de una etapa en la que la

importancia de las relaciones y opiniones de los pares aumenta sustancialmente. El estigma tiende a ser mayor en los trastornos depresivos en comparación con los trastornos de ansiedad y existen importantes diferencias de género, tanto en el estigma personal como percibido. Por una parte, los hombres tienden a tener un nivel de estigma personal mayor, mientras que las mujeres acostumbran a sobreestimar el nivel de estigma público (Lynch et al., 2021).

Por tanto, el simple hecho de formar parte de la red de salud mental puede situar a las personas en una posición de vulnerabilidad frente a circunstancias de discriminación y trato desigual, extendiéndose a múltiples niveles de la vida cotidiana. Ante esta situación, la enfermería como práctica social y como labor constitutiva del trabajo de la salud, es una categoría que tiene un intenso acercamiento a las personas con problemas de salud mental en todos los niveles asistenciales y, por tanto, se debe relacionar directamente con la protección efectiva de los derechos humanos de las personas (Barros et al., 2021). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por educar a los pacientes, las comunidades y los profesionales sanitarios, el estigma sigue siendo una barrera importante para reconocer y brindar tratamiento a las personas con enfermedades mentales (Park y Zarate, 2019).

3.6 Especialidad de enfermería en salud mental

Los sistemas sanitarios deben responder a las demandas de salud de la población que atienden, existiendo en la actualidad un mayor requerimiento de personalización y por tanto de especialización para garantizar la calidad de los cuidados. Por ello, son necesarios profesionales con una mayor preparación y cualificación, capaces de ofrecer cuidados desde unas competencias específicas. El caso de la enfermera especialista en salud mental hace referencia al profesional sanitario que, desde una actitud científica responsable, y haciendo uso de los recursos clínicos acordes al avance del conocimiento en cada momento, ofrece atención especializada en salud mental a través de la prestación de cuidados de enfermería. Estos cuidados se desarrollan en los distintos niveles asistenciales, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación.

Concretamente en el ámbito comunitario, las intervenciones de estos especialistas deben adaptarse adecuadamente a cada contexto, existiendo un compromiso claro con

la filosofía de recuperación. La integración e inclusión social se presentan como la base de la intervención en salud mental, debiéndose fomentar la participación individual desde un modelo basado en la humanización de los cuidados. Por tanto, estas enfermeras especializadas en salud mental cumplen con múltiples funciones, ya que actúan como motor de cambio en el modelo de cuidados, desde la promoción de la salud mental y la prevención de riesgos, coordinan el seguimiento con Atención Primaria, favorecen la continuidad asistencial y el trabajo en equipo. Asimismo, estas enfermeras también desempeñan funciones de consultoría, formación e investigación, impulsan la mejora del entorno terapéutico, también participan en el diseño e implementación de guías basadas en la evidencia y promueven estándares de calidad en la práctica clínica (Huizing et al., 2019).

Desde esta perspectiva, la esperanza se presenta como un concepto clave ya que incluye varios aspectos determinantes que la definen como un constructo personal, multidimensional, dinámico y empoderador. Es fundamental para la vida y está intrínsecamente orientada hacia el futuro. Por tanto, promover la esperanza es una de las acciones clave de la enfermería psiquiátrica y de salud mental. La esperanza es imprescindible para progresar y en ocasiones las personas pueden necesitar la orientación de los profesionales de enfermería. Sin embargo, a pesar de su importancia aún existe un alto grado de incertidumbre sobre como incorporar y poner en práctica este concepto en la práctica clínica, siendo la formación especializada la clave para ello (Barbosa et al., 2026).

La enfermería psiquiátrica y de salud mental ha tenido en ocasiones un pasado aislado dentro de la disciplina enfermera, existiendo cierta segmentación en el entorno sanitario, sin embargo, con el paso del tiempo, esta especialidad ha ido adquiriendo un mayor reconocimiento y valor. Las enfermeras especializadas en salud mental están capacitadas para promover el bienestar y la salud, así como para evaluar y manejar enfermedades crónicas y agudas dentro de sus respectivos ámbitos de práctica. Además, pueden promover la igualdad en la salud al integrarse en todas las facetas de la atención sanitaria, incluidos los entornos especializados y la expansión a entornos no tradicionales. Sin embargo, para participar plenamente en la promoción de la equidad en salud, la formación especializada es la llave a la autonomía necesaria para ello (Soltis-Jarrett, 2023).

A pesar de que la salud mental se reconoce como un área prioritaria, una de las carencias de personal de enfermería más significativas se produce en los servicios de salud mental. Con la creciente demanda, la insuficiencia de recursos y el deterioro de la satisfacción laboral, las plantillas de enfermería se encuentran sobrecargadas, abandonando la profesión más personas de las que se incorporan, generando por tanto una escasez preocupante, siendo aún más marcado este déficit en el ámbito de la salud mental. El agotamiento físico y mental son los principales motivos de abandono, de forma que la elevada carga emocional, la exposición continuada al sufrimiento psíquico, la alta carga asistencial y la escasa percepción de reconocimiento profesional incrementan el riesgo de desgaste y por tanto de abandono. Por tanto, resulta imprescindible abordar esta situación en vistas de reforzar la red de salud mental, por lo que se precisan estrategias organizativas orientadas a la prevención del desgaste profesional (Adams et al., 2021).

Por otra parte, los requerimientos exigidos en este ámbito difieren notablemente entre países, como por ejemplo en el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS) donde únicamente las enfermeras especializadas pueden ejercer en el área de la salud mental. Esta diversidad en los modelos formativos condiciona el rol profesional de la enfermería y por tanto la atención brindada a la población, generando desigualdades entre territorios (Moyo et al., 2023).

3.7 Impacto de la atención a pacientes con problemas de salud mental en las enfermeras sin formación especializada

La atención de personas con problemas de salud mental supone un desafío significativo para los profesionales de enfermería, acentuándose la dificultad para quienes no cuentan con formación especializada en este ámbito. La complejidad clínica, la elevada carga emocional y la necesidad de habilidades comunicativas y relacionales específicas pueden generar inseguridad, incertidumbre y en ocasiones sentimientos de desbordamiento, por lo que resulta imprescindible conocer el verdadero impacto que esta realidad asistencial tiene sobre los profesionales sin formación especializada en salud mental.

En términos generales, las enfermeras generalistas reconocen la importante contribución de las enfermeras especializadas en salud mental, valorando positivamente

las aportaciones en términos de calidad asistencial, gracias a la experiencia, habilidades clínicas y liderazgo aportado. Todo ello conduce a la mejora de la eficacia del equipo, sobre todo en casos psiquiátricos complejos, por la existente mayor dotación de herramientas y recursos. En contraposición, en ausencia de formación especializada, las enfermeras experimentan mayores niveles de inseguridad y, por tanto, sensación de desprotección y vulnerabilidad ante casos de elevada exigencia, percibiendo una menor preparación para gestionar crisis, conductas desorganizadas o elevada carga emocional. Esta percepción de falta de competencias incrementa el estrés laboral, generando un mayor desgaste a largo plazo y en ocasiones, una actitud de reticencia hacia el ámbito de la salud mental (Duyilemi y Mabunda, 2025).

En el ámbito de la atención primaria, una adecuada alfabetización en materia de salud mental, entendida como una formación óptima en este campo, resulta necesaria para las enfermeras con el objetivo de mantener una comunidad mentalmente saludable. La falta de competencia en la identificación de los trastornos de salud mental es indicativa de una baja alfabetización en salud mental y como consecuencia desemboca en trastornos agravados con un abordaje deficiente. Por tanto, la participación del personal de enfermería de atención primaria en el reconocimiento temprano de los trastornos de salud mental es esencial. Los profesionales de enfermería con frecuencia son el punto de contacto inicial para las personas que experimentan un malestar relacionado con la salud mental, por lo que deben estar capacitados para identificar y abordar estos trastornos, de modo que se brinde una atención y tratamiento eficaces. Si no se dispone de una adecuada alfabetización en salud mental se pueden generar barreras de comunicación entre profesionales y pacientes, pudiendo conducir a diagnósticos erróneos si los síntomas no se reconocen como problemas de salud mental.

El hecho de integrar la red de salud mental en la atención primaria beneficia a las comunidades ya que facilita la accesibilidad a los servicios, además de enfatizarse la función preventiva. Sin embargo, este proceso de integración se puede ver obstaculizado por múltiples factores, entre los que destaca la capacitación inadecuada en salud mental. Esta limitación no solo afecta a la capacidad temprana de detección de los trastornos y situaciones de riesgo, sino que también incrementa la carga emocional y la sensación de inseguridad de los profesionales de enfermería no especializados en salud mental. Por tanto, todo ello, dificulta la prestación de unos cuidados de calidad y la continuidad asistencial (Jansen y Morifi, 2026).

Dado que las enfermeras representan el mayor contingente de profesionales de la red de atención primaria, es fundamental que estén preparadas y se les anime a desarrollar actitudes que las lleven a asumir la responsabilidad de ofrecer una atención de salud mental singular y eficaz. Las actitudes son convicciones y sentimientos que predisponen a las personas a reaccionar ante objetos, personas y eventos. Cuando las actitudes son negativas, promueven la baja autoestima, el aislamiento social y el abandono del tratamiento, sin embargo, cuando son positivas, son menos estigmatizantes, estimulan la vinculación y facilitan el acceso de los usuarios de salud mental a la red.

En diversos países europeos, entre ellos Finlandia, Lituania, Irlanda, Italia y Portugal, se observa como las actitudes de las enfermeras tienden a ser ligeramente más negativas hacia las personas con diagnósticos de salud mental en comparación con la población general, existiendo inclinación a mostrar un perfil actitudinal estigmatizante. Las principales actitudes negativas evidenciadas son la restricción social y el autoritarismo, este último estando caracterizado por la idea de irrecuperabilidad y peligrosidad, aunque paralelamente también existe una perspectiva actitudinal positiva benevolente. En este sentido, se vincula directamente el tiempo de formación relativamente corto con la imposibilidad de desarrollar una base relacional que permita establecer una relación terapéutica adecuada con las personas con un trastorno de salud mental, en consecuencia, existiendo tendencia al rechazo. No obstante, cambiar de actitud ante cualquier situación requiere de oportunidades y experiencia, lo que facilita nuevos aprendizajes y diferentes posturas.

Finalmente, para cerrar el marco teórico, incluir la salud mental en la atención primaria es uno de los mayores desafíos que enfrentan los sistemas de salud en el mundo y para hacerle frente, es fundamental la cualificación de quienes se encuentran en la primera línea de la atención en este ámbito, es decir, las enfermeras. Una adecuada intervención formativa permite adquirir una mayor responsabilidad, concienciación y liderazgo profesional para mantener una actitud respetuosa y positiva ante las personas con problemas de salud mental (Nóbrega et al., 2021).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Este estudio se enmarca en una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico, en vistas de comprender en profundidad los significados individuales atribuidos a la experiencia. La metodología cualitativa se orienta a explorar fenómenos sociales no susceptibles de cuantificación vinculados a la propia experiencia humana. Por tanto, se trata del diseño ideal para comprender las perspectivas y vivencias individuales, en este caso de los profesionales de enfermería sin formación especializada en salud mental.

A diferencia de los enfoques cuantitativos, la metodología cualitativa no busca medir ni generalizar los resultados, sino comprender la realidad desde la perspectiva individual, centrando la atención en el contexto y la vivencia. Además, este abordaje ofrece una perspectiva holística y global del fenómeno, tratándose de una metodología flexible e inductiva, que por tanto evita la adherencia a un diseño rígido (Subirana y Castellanos Pineda, 2019).

Dentro de esta metodología, se emplea un punto de vista fenomenológico, dirigiendo por tanto la atención a la subjetividad. Este enfoque se centra en explorar en profundidad la vivencia individual, atendiendo a como los participantes interpretan y dan sentido a los fenómenos estudiados. Por tanto, desde esta perspectiva se adopta una actitud abierta y reflexiva, partiendo de las percepciones tal y como se presentan en la conciencia. Es decir, la fenomenología busca captar los significados que las personas otorgan a los procesos, evitando las interpretaciones externas que distorsionen la experiencia vivida (Palacios-Ceña y Corral Liria, 2010).

4.2 Participantes y unidad de observación

La población de estudio seleccionada está formada por profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito de la atención primaria, concretamente en el centro de Atención Primaria (CAP) de Constantí, un pueblo de la provincia de Tarragona de 7.155 habitantes aproximadamente. La población mencionada se caracteriza por una estructura demográfica mayoritariamente adulta, con un alto porcentaje de personas mayores que, aunque no representa una población envejecida, si implica una creciente necesidad de cuidados crónicos y de un seguimiento continuado (Gencat, 2025).

Este centro cuenta con un equipo asistencial multidisciplinar adaptado a los múltiples servicios que ofrece, entre los que se incluyen: atención directa (diagnóstico y tratamiento) en el centro de Atención Primaria, atención domiciliaria: programa ATDOM y urgente, atención sexual y reproductiva, cirugía menor, crioterapia, eco doppler, enfermería, extracciones, infiltraciones, odontología, pediatría, rehabilitación ambulatoria y domiciliaria, servicios de soporte, trámites administrativos y gestiones y TAO (control y tratamiento anticoagulante oral).

Por tanto, el centro está formado por profesionales de enfermería, médicos de familia, pediatra, personal de odontología, profesionales de rehabilitación y personal administrativo que gestiona los servicios de soporte y trámites. Respecto al ámbito enfermero, el centro lo conforman 9 profesionales de enfermería, manteniendo una ratio aproximada de 1 enfermera por cada 1.000 habitantes (ICS, 2025).

Por otra parte, los informantes se han escogido en base a distintos criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que no dispongan de formación especializada en salud mental y que con frecuencia atiendan a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión en el centro de Atención Primaria.
- Consentimiento informado firmado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Tiempo de experiencia atendiendo a pacientes con ansiedad y depresión inferior a un año.
- Profesionales de enfermería que previamente han trabajado en un servicio de salud mental o disponen de formación especializada.

4.3 Selección y reclutamiento de la muestra

Para la selección de la muestra, se ha realizado un muestreo intencional y razonado, de modo que las unidades de muestreo no se han elegido con criterios de representatividad estadística, sino con criterios de representatividad del discurso, puesto que se han

escogido los profesionales a los que se tenía acceso. Es decir, la selección de los participantes se ha realizado mediante un muestreo no probabilístico, reclutando deliberadamente a los participantes que poseían las características más relevantes para los objetivos de estudio.

Participante	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Años de experiencia en atención primaria
Enfermera 1	Mujer	44 años	Constantí	5 años
Enfermera 2	Mujer	61 años	Tarragona	8 años
Enfermera 3	Mujer	45 años	Els Pallaresos	11 años
Enfermera 4	Mujer	43 años	Cambrils	22 años

Tabla 2: Características sociodemográficos de los entrevistados.

Fuente: Elaboración propia.

El muestreo intencional y razonado se trata del muestreo propio de los estudios cualitativos, el cual busca información profunda y contextualizada. Para ello, en este caso se ha entrevistado a cuatro profesionales de enfermería seleccionados de acuerdo con los criterios previamente establecidos, con el fin de asegurar la aportación de experiencias y percepciones relevantes respecto al fenómeno de estudio. Por tanto, este tipo de muestreo busca la pertinencia y riqueza informativa, por ello, el reclutamiento se centra en los casos que contribuyen de forma más sólida a la comprensión del fenómeno de estudio (Seoane-Pillado et al., 2007).

4.4 Técnicas de recogida de datos

Se ha escogido la entrevista semiestructurada como técnica de recogida de datos debido a que ofrece una gran riqueza a la hora de obtener información, permitiendo por tanto explorar en profundidad las distintas necesidades y percepciones. Parte de un guion preestablecido, sin embargo, permite reformular las preguntas, adaptar el orden e incluir nuevos temas emergentes, ofreciendo por tanto una gran flexibilidad que facilita obtener información detallada y contextualizada (Díaz-Bravo et al., 2014).

El guion de la entrevista se ha diseñado en base a la literatura revisada y en consonancia con los objetivos establecidos al comienzo del estudio. Antes de realizar las entrevistas, se ha contactado con la adjunta de enfermería del CAP de Constantí, comunicando

nuestro deseo de realizar el presente estudio e informando de los requisitos que debían cumplir los participantes.

Una vez obtenida la autorización, se entregó la hoja de información (Anexo 3) y el consentimiento informado (Anexo 2) a los participantes. Las entrevistas tuvieron una duración de unos 50 minutos aproximadamente y se realizaron previo acuerdo de día y hora con los entrevistados, fuera del horario laboral. Se les pidió permiso a los participantes para poder grabar las entrevistas y posteriormente transcribirlas. Por último, las transcripciones de las entrevistas se han almacenado en el OneDrive de la Universitat Rovira i Virgili donde sólo los autores del trabajo y la tutora han tenido acceso.

4.5 Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) con el código CEIPSA-2025-TFG-0174. Se ha solicitado el consentimiento informado a todos los participantes. Se ha garantizado la confidencialidad y el respeto por la autonomía de los participantes en todo momento, cumpliendo con las normas éticas de investigación en salud. Para asegurar la protección de datos, las grabaciones y transcripciones se han guardado en el OneDrive de la Universidad Rovira i Virgili y únicamente han tendido acceso la tutora de este TFG y los autores. Esta información se eliminará en 5 años. Toda la información obtenida se ha tratado de manera confidencial y anónima. Este estudio cumple con los aspectos éticos descritos en la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de diciembre, LOPD).

4.6 Categorización y análisis

Dentro de la metodología cualitativa la etapa de análisis es una de las más importantes, dado que es la fase que permite comprender el fenómeno de estudio. En este caso, se ha optado por un análisis descriptivo mediante el método Colaizzi, a través del cual se presentan y detallan los datos recogidos, otorgando por tanto el papel central a las palabras expresadas por los entrevistados. Este análisis se centra en interpretar los significados profundos y en explorar las experiencias humanas a través del contenido narrativo.

Además, después de la transcripción de las entrevistas, se ha realizado un análisis temático de los contenidos, mediante la identificación de los patrones y temas recurrentes dentro de los datos cualitativos. Este proceso incluye distintas fases, entre ellas: la lectura exhaustiva de las transcripciones, la extracción de los significados más relevantes, la formulación de las unidades de sentido y finalmente, la agrupación de estas unidades en temas centrales. Por tanto, estos temas han sido posteriormente integrados para describir el fenómeno estudiado, manteniendo siempre la perspectiva de los participantes en el estudio (Hanzelíková Pogrányivá y Noriega Matanza, 2016).

5. RESULTADOS

Una vez realizadas las 4 entrevistas, se procedió al análisis del contenido, combinando la categorización inductiva y deductiva para obtener las distintas categorías y subcategorías. Por tanto, las categorías han emergido tanto de las transcripciones de las entrevistas como de los objetivos inicialmente establecidos. Los resultados obtenidos permiten organizar y comprender de forma sistemática los aspectos más relevantes de las entrevistas, de este modo, facilitan la interpretación de la información obtenida, posibilitando identificar percepciones compartidas y posibles diferencias relativas a la atención de pacientes con depresión y ansiedad. Se han obtenido un total de 5 categorías y 10 subcategorías tras la transcripción de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería.

Categorías	Subcategorías	Descripción
1.Necesidades formativas en salud mental	1.1 Inseguridad profesional 1.2 Dificultad en el abordaje clínico	La insuficiente formación en salud mental genera inseguridad entre los profesionales además de dificultades en el abordaje y manejo de los pacientes con depresión y ansiedad.
2.Limitaciones percibidas en la atención asistencial	2.1 Restricción del tiempo en consulta 2.2 Ausencia de recursos de derivación	Las barreras organizativas que dificultan una adecuada atención, estando principalmente relacionadas con la falta de tiempo y con la escasez de recursos de derivación.
3.Impacto emocional en la práctica asistencial	3.1 Sentimientos de malestar 3.2 Sobrecarga emocional	Conjunto de efectos negativos experimentados tanto durante, como después de la atención de pacientes con depresión y ansiedad, así como el impacto en el bienestar y en la vida personal.
4.Estigmatización en el entorno sanitario	4.1 Competencia profesional 4.2 Internalización y normalización social	Aspectos que perpetúan las actitudes estigmatizantes en los entornos sanitarios, incluyendo la baja competencia profesional y el arraigamiento social y cultural.

5.Estrategias de afrontamiento empleadas	5.1 Estrategias de comunicación y abordaje clínico 5.2 Autocuidado y manejo de la carga emocional	Las acciones y recursos empleados para abordar adecuadamente los casos de depresión y ansiedad, así como las prácticas de autocuidado dirigidas a proteger el bienestar personal.
--	--	---

Tabla 3: Categorías y subcategorías tras el análisis de las entrevistas.

Fuente: Elaboración propia.

Categoría 1. Necesidades formativas en salud mental

1.1 Inseguridad profesional

A lo largo de los discursos de las distintas participantes, se identifica de forma recurrente la percepción de que la formación recibida en salud mental es insuficiente y limitada, lo que influye notablemente en el afrontamiento de este tipo de situaciones en la práctica asistencial. De esta forma, las entrevistadas manifiestan la existencia de una relación entre la falta de formación específica en este ámbito y la sensación de inseguridad en el momento del abordaje en atención primaria.

Las enfermeras entrevistadas coinciden en que la atención de pacientes con sintomatología emocional supone un desafío añadido dentro de la consulta de atención primaria. Esta percepción está relacionada con la dificultad para identificar las necesidades de los pacientes, saber cómo iniciar el abordaje o determinar cuál es la intervención más adecuada en cada momento. Ante esta situación, la sensación de falta de recursos formativos y herramientas específicas contribuye a la aparición de la inseguridad profesional durante la atención.

“Porque si no estamos bien formadas y preparadas y no vamos escudadas a la hora de que nos venga un paciente, [...]” (E2)

“[...] el no tener formación o experiencia específica hace que te sientas insegura y tengas inquietud, una inquietud delante del paciente que se puede llegar a notar.” (E3)

Se otorga un papel de gran importancia a la formación, presentándose como un aspecto esencial de la práctica profesional enfermera, considerándose fundamental, especialmente en aquellas situaciones que se perciben como menos habituales o más

complejas dentro de la consulta, como es la atención de pacientes con depresión o ansiedad en el ámbito de la atención primaria. Por tanto, el elemento clave para afrontar con mayor seguridad este tipo de situaciones es la formación específica, tal y como lo determinan las entrevistadas. Por el contrario, una escasa formación, puede generar dudas e inquietudes, describiéndose por tanto la formación como un factor determinante de la confianza profesional.

“Influye muchísimo, ya no solo por los recursos que tú puedes tener para responder a estos pacientes, sino por la seguridad que te va a dar el tener más conocimiento, el dominar un poco más el terreno.” (E4)

1.2 Dificultad en el abordaje clínico

La atención de pacientes con depresión y ansiedad puede resultar compleja tal y como indican las distintas entrevistadas, además, señalan que la falta de formación condiciona negativamente el abordaje de estas situaciones. Los profesionales perciben que no cuentan con las herramientas suficientes como para brindar una atención óptima, desencadenando deficiencias en el manejo clínico.

Las enfermeras describen que la falta de conocimientos específicos en salud mental dificulta orientar la consulta adecuadamente o determinar qué tipo de intervenciones realizar ante estas problemáticas emocionales. Por tanto, la falta de formación en ocasiones conduce a dificultades a la hora de iniciar el abordaje, así como al desconocimiento sobre las estrategias a emplear durante las interacciones y sobre como estructurar la atención.

*“Porque no sabes si estás haciéndolo bien, nadie te enseña esto. No nos han enseñado, nos han enseñado a ser unas buenas enfermeras, nos han enseñado a cuidar, pero atender especialmente a pacientes con ansiedad y con depresión, no.”
(E2)*

“Considero que tenemos poca formación, pocas herramientas para enfocar ese tipo de problemáticas [...] Poca formación y que nos cuesta enfocar porque no sabemos cómo abordarlos.” (E3)

Esta dificultad en el manejo clínico también influye en las decisiones relacionadas con las derivaciones a otros profesionales. Tal y como mencionan las entrevistadas, la ausencia de conocimientos específicos puede favorecer la realización de derivaciones inadecuadas y prematuras, además de generar dudas sobre el recurso o profesional más adecuado al que dirigir al paciente.

“A veces derivamos con mucha facilidad porque no tenemos formación y como no sabemos cómo abordar esas situaciones... pero luego cuando hay que realmente derivar no sabemos cómo hacerlo o a que profesional.” (E3)

Teniendo en cuenta la carencia de formación a la que hacen referencia las entrevistadas, mencionan la constante actualización como el elemento que facilitaría el abordaje clínico de estos pacientes. Se menciona la importancia de recibir formación continuada que permita reforzar conocimientos previos, recordar estrategias útiles en la práctica clínica e incorporar nuevas metodologías. Sin embargo, las opciones formativas son limitadas, en ocasiones siendo inaccesibles por las condiciones laborales y los medios necesarios.

“Si me fueran actualizando, iría recordando cosas que a lo mejor has dejado de hacer o nuevas técnicas que pueden beneficiar al paciente. Pero tampoco hay una actualización constante porque cada vez es más frecuente que tengamos que hacer cursos online.” (E4)

Categoría 2. Limitaciones percibidas en la atención asistencial

2.1 Restricción del tiempo en consulta

Las enfermeras entrevistadas coinciden en que el tiempo del que disponen en las consultas es una gran limitación a la hora de atender a pacientes con problemas de depresión y ansiedad. Tal y como comentan, las consultas no suelen durar lo suficiente como para atender las necesidades de estos pacientes, especialmente cuando hay más de un tema a tratar en la misma consulta. Incluso algunas enfermeras coinciden en que ni con veinte minutos sería suficiente.

Los problemas de salud mental requieren, según señalan las entrevistadas, una atención que vaya más allá de una sesión, exigiendo por tanto de seguimiento de

manera continuada. En consecuencia, las consultas con tiempo tan limitado no son efectivas para personas con trastornos de ansiedad o procesos de depresión. La atención de estos pacientes implica un proceso progresivo que exige generar un espacio de diálogo y confianza con el paciente, así como realizar valoraciones sucesivas que permitan conocer la evolución del caso.

“Nosotros en la consulta, claro por el poco tiempo que tenemos y que tenemos que abarcar más cosas, a veces no tienes tampoco los recursos necesarios para poderlos ayudar.” (E1)

“La verdad es que todos los problemas mentales necesitan de más de una intervención y de más de una sesión. No lo solucionas con solamente una visita de 15 o 20 minutos.” (E3)

La falta de tiempo hace que sea difícil gestionar los recursos disponibles y dar una atención individualizada y adaptada a cada individuo, en consiguiente afectando a la calidad de la intervención realizada y por tanto también a la salud de estos pacientes. De hecho, según comentan las enfermeras, la ausencia de tiempo constituye uno de los principales problemas en las consultas de atención primaria, ya que la formación especializada tendría una utilidad limitada si no se dispone del tiempo suficiente para realizar una valoración estructurada del paciente y poder plantear las intervenciones más adecuadas.

“Si tuviera más tiempo, quizás conseguiríamos una atención más mimada... pero es que si no tienes tiempo, por mucho que te formen, no vas a poder dedicárselo.” (E4)

2.2 Ausencia de recursos de derivación

Las distintas enfermeras entrevistadas coinciden en señalar que en el ámbito de la atención primaria no hay suficientes recursos para ayudar a los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. No se dispone de espacios para redirigir a estos pacientes hacia una atención más especializada y adaptada, en consecuencia, esta carga recae sobre el personal de medicina y enfermería. Esto conduce a una mayor sobrecarga en las consultas y al retraso en la atención, limitando la posibilidad de ofrecer una atención individualizada y acorde a las necesidades específicas de cada paciente.

Se plantea la necesidad de disponer de sistemas organizados y accesibles que permitan redirigir a los pacientes directamente a psicólogos ubicados en los centros de atención primaria. Por ello, se hace referencia a la figura del psicólogo como un recurso prioritario que debería incorporarse y consolidarse en los centros de atención primaria. Por tanto, existe consenso en torno a la necesidad de contar con más recursos humanos especializados que permitan dar respuesta a la demanda existente.

“[...] en el CAP también estamos muy limitados, a nivel de enfermería en cuanto a recursos de derivación [...]” (E1)

“Tendría que haber una psicóloga para las visitas ya programadas y otra psicóloga de urgencia. No la hay. Entonces, claro que nos cargan a nosotros.” (E3)

Asimismo, se hace referencia al cambio del funcionamiento de todo el sistema de atención primaria que también influye directamente en la disponibilidad de recursos para la atención de pacientes con depresión y ansiedad. Señalan que el modelo asistencial se ha ido orientando progresivamente hacia la resolución de demandas inmediatas, disminuyendo en consecuencia las intervenciones propias de atención primaria, como son la comunitaria y la prevención. Este nuevo paradigma limita la posibilidad de desarrollar intervenciones más amplias, individualizadas y prolongadas en el tiempo.

“La atención primaria está perdiendo la parte comunitaria y se está tornando en algo de urgencias, en una incidencia constante.” (E3)

Categoría 3. Impacto emocional en la práctica asistencial

3.1 Sentimientos de malestar

Las participantes describen una vivencia emocional intensa y diversa asociada a la atención de pacientes con problemas de ansiedad y depresión. La incertidumbre y la impotencia derivadas del desconocimiento sobre cómo abordar estas situaciones, así como la duda sobre si la intervención realizada ha resultado de ayuda y la preocupación por el rumbo que pueden tomar posteriormente estos pacientes, son los sentimientos de malestar que predominan en las entrevistas realizadas. En conjunto, los entrevistados reflejan con sus relatos la complejidad de la atención de pacientes con ansiedad y depresión, ya que no solo implica una alta demanda asistencial, sino también

una importante carga emocional, caracterizada por la incertidumbre, la responsabilidad percibida y la dificultad de gestionar situaciones complejas.

“Fue una situación impotente, insegura y preocupante por la decisión o por como pudiera actuar el paciente.” (E1)

“También he sentido incertidumbre cuando se marchan” (E2)

Las emociones pueden variar a lo largo del proceso asistencial, sin embargo, todas las reacciones emocionales mencionadas son intensas y principalmente se relacionan con malestar. Algunas enfermeras mencionan situaciones que pueden resultar especialmente impactantes y que por tanto requieren de una adecuada gestión emocional. Por tanto, todo ello, además de afectar al plano profesional, puede extrapolarse al ámbito personal, provocando estrés y preocupación constante.

En consecuencia, la complejidad de las situaciones individuales de los pacientes con ansiedad y depresión genera dificultades en el manejo a los profesionales de enfermería, destacando principalmente la incertidumbre y la frustración como las emociones más recurrentes. Además, estas emociones surgen como consecuencia de la imprevisibilidad de las situaciones a abordar, así como de la indefensión percibida por los profesionales.

“Sí, he sentido dudas, he sentido miedo, inquietud y nerviosismo.” (E3)

“Es como una sensación un poco de frustración... pues antes de que vengan a consulta puede haber un poco de miedo.” (E4)

3.2 Sobrecarga emocional

Cuando estos sentimientos de malestar experimentados se intensifican o se alargan en el tiempo, aparece la sobrecarga emocional. Las enfermeras indican que la reiteración de experiencias intensas relacionadas con pacientes con depresión y ansiedad puede llevar a los profesionales a sentirse sobrepasados, hasta el punto de requerir estrategias complementarias para aliviar el malestar generado, como el apoyo psicológico.

Se destaca la dificultad para evadirse emocionalmente del ámbito laboral, sobre todo en los casos que generan un mayor impacto emocional como son los pacientes con depresión y ansiedad. Esta circunstancia pone de relieve la estrecha línea que separa la vida profesional de la personal, mostrando y evidenciando por tanto como las experiencias y emociones vividas en el ámbito laboral pueden tener un gran impacto en la vida personal de los profesionales.

“Creo que puede afectar negativamente... Puede ser que, a esas personas, al final, la mochila se les vaya llenando y a veces se sienten sobrepasadas.” (E1)

“Lo que sí es que cada vez me doy cuenta de que estás más cargada emocionalmente, porque poco a poco se va llenando el vaso, ¿no?... Emocionalmente estoy bien, pero cargada.” (E2)

Tal y como mencionan las enfermeras entrevistadas, estas circunstancias generan una sobrecarga emocional difícil de evitar. A pesar de disponer de formación y conocimientos que sugieren la necesidad de establecer límites profesionales y no trasladar las problemáticas de los pacientes al ámbito personal, reconocen que resulta prácticamente inevitable. Esta situación evidencia como, incluso con estrategias de contención emocional y conciencia profesional, las vivencias clínicas pueden generar un impacto constante, repercutiendo notablemente en el bienestar personal, que también se traslada al ámbito profesional.

“Evidentemente impacta emocionalmente y es inevitable que haya ese impacto en ti. Te llevas esas problemáticas a tu casa. O sea, es imposible que no lo hagas. Por mucho que sepas y que estudies desde la carrera, que tienes que ponerte una barrera y que esto no te tiene que afectar y que esto no es tuyo, es inevitable.” (E3)

Categoría 4. Estigmatización en el entorno sanitario

4.1 Competencia profesional

En los discursos de las enfermeras participantes se evidencia la presencia de estigmatización en los entornos sanitarios hacia los pacientes con depresión y ansiedad. Las enfermeras describen que la frecuencia con la que acuden algunos pacientes a consulta y la repetición de algunas demandas asistenciales influye en la forma en que

son percibidos por los profesionales. Estas circunstancias favorecen la aparición de determinadas etiquetas dentro del equipo sanitario, en consecuencia, consolidando también el estigma y los estereotipos.

Asimismo, algunos profesionales reconocen que dentro de los equipos de trabajo pueden aparecer comentarios o expresiones que reflejan estas percepciones estigmatizantes, especialmente en situaciones de alta carga asistencial. En este contexto, la percepción de demandas constantes favorece las interpretaciones previas sobre el motivo de consulta, influyendo en la atención de estos pacientes.

“A veces también puede ser que pienses, mira, esta otra vez el pesado este de la ansiedad ya, no sé qué decirle, [...]” (E1)

“Entonces sí que es verdad que hacemos comentarios un poco despectivos hacia la persona, ¿no? decir, ya lo tengo aquí otra vez. Y pides ayuda a otro compañero para decirle, mira, dévalo a otra persona y yo estoy con mucho trabajo porque he tenido que ir al pesado de fulanito de tal, ¿no? Sí, se los llevan, se los llevan. Esa etiqueta la ponemos, sí que es verdad.” (E2)

“Lo más típico es el comentario de que son personas muy pesadas, que reconsultan muchas veces y que siempre es lo mismo, entonces al final entras en ese bucle de ya conoces al paciente, ya sabes lo que viene por eso y al final ya lo etiquetas.” (E3)

Los participantes también hacen referencia al papel que desempeña la formación en la manera en que los profesionales perciben y atienden a los pacientes con depresión y ansiedad. En los discursos se señala que disponer de mayores conocimientos en este ámbito puede favorecer una comprensión más amplia de estos pacientes, contribuyendo por tanto a la reducción de los prejuicios durante la atención. En consiguiente, se señala que la baja capacitación en salud mental influye en la tendencia a etiquetar determinadas situaciones clínicas, siendo casos en los que los profesionales no disponen de herramientas suficientes para abordar este tipo de problemáticas. Por tanto, los relatos relacionan directamente la formación en salud mental con la competencia profesional.

“Bueno, el conocimiento sí que te ayuda a que tengas menos prejuicios, [...]” (E1)

*"[...] la falta de formación específica hace que pongamos etiquetas a estos pacientes."
(E3)*

4.2 Internalización y normalización social

Por otra parte, en los discursos de los participantes también destaca la internalización de creencias y prejuicios socialmente extendidos y aceptados en relación con los trastornos de ansiedad y depresión. Las enfermeras señalan que, pese a que desde el ámbito profesional se intenta evitar la estigmatización de estos pacientes, en ocasiones resulta inevitable por tratarse de ideas previamente interiorizadas en el contexto social. Además, estos prejuicios pueden manifestarse tanto de forma explícita como implícita.

Asimismo, en los distintos relatos se pone de manifiesto la dificultad para modificar determinadas creencias, incluso cuando los profesionales disponen de las herramientas y la formación necesaria. Por tanto, se evidencia como algunas ideas preconcebidas pueden mantenerse a pesar del conocimiento específico adquirido, ya que se tratan de creencias profundamente arraigadas al contexto social. Así pues, esta internalización social es la que dificulta la modificación del estigma basado en estereotipos preconcebidos, incluso cuando existe conciencia de la problemática.

"Eso a veces sí que a nivel profesional intentas que no se estereotipen, pero yo creo que muchas veces el prejuicio es inevitable. Yo hablo de mi propia experiencia. Los prejuicios a veces cuestan de cambiar mucho, aunque tengas toda la información y sepas mucho del tema." (E1)

"Si no lo he dicho, lo he pensado. Haces juicios de valor, el ser humano hace juicios de valor porque sí, [...]" (E3)

Categoría 5. Estrategias de afrontamiento empleadas

5.1 Estrategias de comunicación y abordaje clínico

Las participantes destacan las habilidades comunicativas centradas en la persona como un elemento clave en la atención de pacientes con trastornos de depresión y ansiedad. En este sentido, coinciden en señalar la escucha activa y la empatía como pilares fundamentales de una atención óptima. Por otra parte, también se destaca como

estrategia terapèutica la derivació a recursos comunitaris, com són els grups de suport amb el servei de psicologia.

Algunes professionals mencionen la importància de adaptar la conversa al estat emocional del pacient, especialment en moments d'agudització. A més, s'aborda la importància de disposar d'un espai que afavoreixi la confiança i l'expressió emocional. S'indica com a estratègia el fet de centrar la conversa en altres aspectes de la vida del pacient, amb l'objectiu de poder oferir una atenció individualitzada i disminuir la tensió emocional. Igualment, s'indica el fet simple d' escoltar sense intervenir activament com una gran forma de suport.

“[...] per exemple del psicòleg comunitari que fa grups, tracta doncs de aquestes ansietats, depressions, el duel, hi ha grups als que tu pots derivar-ho” (E1)

“Sempre he intentat empatitzar amb el pacient, tenir una escolta activa i sobre tot mirar-ho als ulls. Sobre tot, tenint una zona clara, tranquil·la, donar-li temps a que ell respongui, donar-li el seu espai.” (E2)

“[...] intentant primer ser empàtica... fer-hi un petit context social, saber com és la seva família, si té germans, etc... els desvia un poc de la seva temàtica, de la temàtica de fer-se mal... si no està per parlar perquè està molt ansiosa, doncs fas una escolta activa... a vegades no cal dir res, simplement la escoltes... així com resumint, la prudència, el saber escoltar i el no jutjar.” (E3)

A la seva vegada, s'indica la importància de mantenir la calma davant situacions d'agressió, evitant la confrontació i adoptant una actitud comprensiva i empàtica. Per tant, des d'aquesta perspectiva es protegeix la relació terapèutica amb el pacient i es facilita un entorn segur i estructurat que afavoreix la comprensió i l'expressió de sentiments. A més, també s'introdueix la idea de fragmentar l'atenció en diverses consultes per millorar l'abordatge.

“Perquè moltes vegades al respondre a un pacient agressiu, tens que recordar que aquesta persona en aquest moment no està molt cala. Per tant no pots posar-te a aquesta altura, a aquest nivell de pujar la veu. Perquè així només es consegueix més confrontació i

más problemas... es que realmente es un tipo de paciente que necesita mucho tiempo y saber escuchar.” (E4)

“El consejo sería que escuche bien, que yo creo que es lo más importante, escucha activa, que escuche, que intente, que no se ponga nerviosa y que se puede dividir esa entrevista o esa ayuda en diferentes momentos, en diferentes consultas.” (E4)

5.2 Autocuidado y manejo de la carga emocional

Con el transcurso de las entrevistas se evidencia la intensa carga emocional que puede implicar la atención de pacientes con trastornos de depresión o ansiedad, así como las repercusiones que estas experiencias pueden generar a largo plazo. En este contexto, las entrevistadas destacan la importancia del autocuidado y la implementación de estrategias personales y profesionales que les permiten gestionar esta carga emocional.

Las estrategias personales que describen son muy diversas, incluyendo tanto recursos individuales como apoyos provenientes del entorno. Estas estrategias comprenden desde el establecimiento de ciertos límites durante la consulta, en vistas de protegerse emocionalmente, hasta la búsqueda de apoyo de un profesional de la salud mental para manejar de la mejor manera el impacto emocional derivado de la práctica asistencial. Asimismo, los relatos evidencian que la mayoría de los entrevistados reconocen la necesidad de contar con apoyo externo. Se destaca también la importancia de la expresión emocional como un método de descarga, complementado con la comunicación con personas de confianza en el entorno próximo.

“[...] a lo mejor cuando empiezan a hablar de alguna cosa, intentar reconducir... para no llevarlo al ámbito personal... intento no profundizar... y eso también supongo que lo hago para protegerme un poco de lo que me pueda generar.” (E1)

“Tengo a veces que ir a socorrerme a una compañera o a un medico... yo he tenido que recurrir a un psicólogo...” (E2)

“[...] lo primero que haces es llorar... luego a veces hablarlo con alguien... Y luego otra cosa que me ayuda es estar con los míos.” (E3)

Finalmente, las enfermeras entrevistadas también recurren a estrategias relacionadas con el estilo de vida, como la práctica de ejercicio físico o el contacto con la naturaleza, complementadas con el apoyo de familiares y amigos. En conjunto, los distintos discursos reflejan el uso de múltiples mecanismos de afrontamiento orientados a gestionar la sobrecarga emocional, destacando la importancia tanto de los recursos personales, como del apoyo social y profesional.

“Pues en mi caso que tengo dos hijos, la distracción, el cambio de chip es casi inmediato, eso ayuda mucho. Yo creo que es un poco eso, acompañarlo con algo de vida sana, algo de ejercicio físico, algo de naturaleza, intentar cambiar el chip, rodearte de gente que te aporta, amigos, familia. Como yo tampoco vivo en Constantí, pues esto también es más fácil.” (E4)

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio ponen de manifiesto la existencia de importantes necesidades formativas en salud mental en el ámbito de la atención primaria. Nóbrega et al. (2021) concuerdan con esta afirmación y señalan que la inclusión de la salud mental en la atención primaria constituye uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud, una adecuada intervención formativa resultando clave para desarrollar un mayor sentido de responsabilidad entre los profesionales. En este sentido, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (2025) afirman que la salud mental continúa siendo una prioridad global insuficientemente atendida, especialmente en el ámbito de la atención primaria, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la capacitación de los profesionales. Además, los participantes manifiestan una percepción generalizada de falta de preparación para abordar de forma óptima circunstancias relacionadas con pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad, implicando en consecuencia un impacto negativo en la práctica clínica diaria.

Entre las consecuencias de la falta de formación en salud mental en este ámbito, destaca la inseguridad profesional. Las enfermeras refieren sentimientos de duda, incertidumbre y falta de confianza al abordar situaciones relacionadas con cuadros ansiosos o depresivos. Estos sentimientos se relacionan con la percepción de falta de herramientas, atribuida a una escasa formación específica, es decir, se vincula directamente con una baja capacitación en salud mental. Estos hallazgos coinciden con lo expuesto en el artículo de Duyilemi y Mabunda (2025), donde destacan la inseguridad y la percepción de falta de competencias ante estas situaciones, lo que genera estrés laboral y, en ocasiones, reticencia hacia el ámbito de la salud mental.

Además, las entrevistadas también destacan dificultades en el abordaje clínico de este tipo de pacientes, encontrando obstáculos a la hora de identificar y determinar la intervención más adecuada en cada caso. Entre los principales desafíos se encuentran la toma de decisiones sobre el manejo adecuado y la derivación a otros niveles asistenciales, así como las dificultades en la identificación precoz de los síntomas y el establecimiento de una comunicación terapéutica eficaz con los pacientes. Asimismo, estos hallazgos se ven respaldados por la literatura, ya que Jansen y Morifi (2026) señalan que una baja alfabetización en el ámbito de la salud mental dificulta la correcta interpretación clínica de los síntomas, conduciendo a abordajes inadecuados, con el consiguiente riesgo de agravamiento de la sintomatología. Por ello, Cuijpers et al. (2019)

destacan que existen dificultades a la hora de implementar intervenciones eficaces, especialmente cuando no se dispone de formación específica en salud mental.

Por otra parte, se han evidenciado múltiples limitaciones percibidas por las enfermeras de atención primaria relativas a la atención de pacientes con trastornos de depresión y ansiedad. Las entrevistadas identifican factores estructurales y organizativos que condicionan negativamente la atención ofrecida, desencadenando en consecuencia dificultades para resolver las demandas asistenciales. Jansen y Morifi (2026) refuerzan esta afirmación, destacando la integración de la red de salud mental en la atención primaria como elemento clave capaz de potenciar la accesibilidad.

Destaca también la insuficiencia de tiempo en consulta como una de las principales restricciones para abordar de manera integral las distintas necesidades de los pacientes con cuadros ansiosos y depresivos. Esta ausencia de tiempo condiciona todo el proceso asistencial, impidiendo en consecuencia llevar a cabo intervenciones de calidad en el ámbito de la salud mental. Por tanto, esta circunstancia imposibilita explorar en profundidad la clínica del paciente y establecer una relación terapéutica adecuada. Además, Adams et al. (2021) coinciden con esta afirmación, determinando la alta carga asistencial y la falta de reconocimiento profesional como factores desencadenantes del desgaste profesional.

A su vez, los participantes señalan la escasez y dificultad de acceso a servicios especializados que permitan garantizar una adecuada continuidad asistencial. La ausencia de recursos de derivación se ha tornado una verdadera problemática para los profesionales de atención primaria, generando incertidumbre en la toma de decisiones clínicas y dificultando en consecuencia el manejo terapéutico. Todo ello, afecta negativamente al seguimiento clínico de los pacientes, incrementando el riesgo de fragmentación en la atención y dificultando el seguimiento adecuado de la evolución clínica. En consonancia con estos hallazgos, Adams et al. (2021) indican que pese a reconocerse la salud mental como un área prioritaria, la ausencia de profesionales de enfermería en este ámbito, junto con la sobrecarga asistencial, limita la disponibilidad de recursos especializados y dificulta la derivación.

Además, lejos de limitarse al ámbito estrictamente clínico, los resultados derivados de las entrevistas realizadas evidencian el gran impacto emocional que experimentan las

enfermeras de atención primaria en su práctica asistencial al atender pacientes con trastornos ansiosos y depresivos. Jansen y Morifi (2026) refuerzan estas observaciones, señalando que la alta exposición al contacto con el paciente y la implicación en su cuidado constituyen los principales factores desencadenantes de este elevado impacto. Es decir, la atención de estos pacientes no solo implica aspectos clínicos, sino que también una importante carga emocional que requiere ser gestionada adecuadamente, dada su influencia en el bienestar individual y en el desempeño profesional.

Las emociones expresadas por las entrevistadas se relacionan mayoritariamente con el malestar individual, experimentando emociones como impotencia, incertidumbre o preocupación. Estos sentimientos se relacionan directamente con la percepción de falta de formación, afectando a la atención ofrecida debido a la limitada capacidad de respuesta ante las necesidades de los pacientes. Además, el trabajo de Duyilemi y Mabunda (2025) se alinea con estos planteamientos y relaciona directamente la formación especializada con la adecuada gestión emocional.

A consecuencia del alto impacto emocional que genera la atención de pacientes con síntomas ansiosos y depresivos, se genera un efecto acumulativo que desencadena la sobrecarga emocional. Por ello, las participantes ven necesario implementar estrategias complementarias que promuevan el autocuidado y el desarrollo de recursos personales para la gestión emocional. Además, esta reiteración de situaciones emocionalmente exigentes favorece la aparición de fatiga, la dificultad para evadirse tras la jornada laboral y un desgaste progresivo que repercute en el bienestar general. En esta línea, Duyilemi y Mabunda (2025) señalan que la atención de estos pacientes, especialmente en ausencia de formación especializada, puede generar inseguridad y sobrecarga emocional entre los profesionales de enfermería, dada la alta complejidad de las situaciones clínicas y la necesidad de diferentes habilidades comunicativas.

En continuidad con los hallazgos previos, se pone de manifiesto la persistencia de la estigmatización hacia los pacientes con trastornos depresivos y ansiosos en el ámbito de la atención primaria. Park y Zarate (2019) coinciden con lo expuesto, destacando las barreras existentes a causa del estigma, pese a los intentos de alfabetización poblacional en salud mental. Las participantes describen como distintos factores del contexto profesional, como la falta de formación específica, la alta carga asistencial o

las limitaciones organizativas, pueden condicionar la forma en la que se aborda este tipo de problemáticas.

Por tanto, en los distintos discursos, se destaca como la baja capacitación en salud mental predispone a etiquetar determinadas situaciones clínicas, aumentando de esta forma los prejuicios y la estigmatización de los trastornos ansiosos y depresivos. En consecuencia, esta limitación formativa condiciona la valoración clínica, favoreciendo en consiguiente interpretaciones erróneas de la sintomatología. Los planteamientos de Soltis-Jarrett (2023) resultan consistentes con los hallazgos previos, presentándose el estigma en salud mental como un factor determinante que afecta a las relaciones interpersonales y a la discriminación en los servicios de salud.

Por otra parte, las participantes sugieren la influencia de las creencias y prejuicios socialmente extendidos y aceptados en torno a los trastornos de ansiedad y depresión, los cuales son asumidos inconscientemente incluso en la práctica asistencial. Esta internalización conduce a la normalización del estigma, afectando de esta forma a la calidad de la atención ofrecida a estos pacientes. Asimismo, puede influir en la percepción y en el trato hacia los pacientes, perpetuando actuaciones asistenciales condicionadas por el estigma. En este sentido, la literatura refuerza estas observaciones, ya que Barros et al. (2021) indican que el hecho de formar parte de la red de salud mental sitúa directamente a las personas en una situación de vulnerabilidad frente a la discriminación y el trato desigual.

Finalmente, se han identificado diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las enfermeras de atención primaria para hacer frente a las demandas asociadas a los pacientes con síntomas ansiosos y depresivos. Estas estrategias están orientadas tanto al establecimiento de una adecuada relación terapéutica como a la gestión del impacto emocional derivado de la práctica clínica. Las entrevistadas destacan la importancia de mantener una escucha activa y de la empatía como elementos clave para mejorar la atención. Además, también hacen referencia a la adaptación del lenguaje al contexto y estado emocional del paciente y al uso de recursos como la contención emocional. En consonancia con lo expuesto, Soltis-Jarrett (2023) señala que la formación especializada en salud mental resulta la clave para dotar a las enfermeras de la autonomía y las habilidades necesarias para el adecuado abordaje clínico de estos pacientes.

De igual modo, las enfermeras entrevistadas señalan la necesidad de desarrollar mecanismos de autocuidado que permitan gestionar adecuadamente la carga emocional. Entre las estrategias mencionadas destaca la búsqueda de apoyo en profesionales de la salud mental, la identificación de espacios de descanso emocional o la búsqueda de respaldo y desconexión junto al entorno cercano. Sin embargo, estas medidas no siempre son suficientes, por lo que se evidencia la necesidad de implementar estrategias estructurales que potencien el bienestar individual. Además, la literatura respalda esta observación, ya que Adams et al. (2021) ven necesario reforzar la red de salud mental en vistas de prevenir el desgaste profesional y de este modo mejorar la atención ofrecida.

6.1 Limitaciones

El presente estudio no está exento de limitaciones, las cuales deben ser consideradas al interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, el proceso de reclutamiento de la muestra ha resultado complejo, viéndose además condicionado por las dificultades para concertar las entrevistas fuera del horario laboral.

Asimismo, el reducido tamaño muestral, compuesto por cuatro enfermeras, limita la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otros contextos asistenciales. Por tanto, no se alcanza la saturación de datos, sin embargo, cabe destacar la importancia de la investigación cualitativa, ya que permite comprender en profundidad las percepciones y necesidades de las enfermeras entrevistadas, favoreciendo una práctica asistencial de mayor calidad.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Los hallazgos de este estudio aportan información relevante para la práctica clínica enfermera diaria, concretamente en relación con la atención de los pacientes con trastornos ansiosos y depresivos. En conjunto, los aspectos abordados se orientan hacia el fortalecimiento de una práctica enfermera centrada en la persona y en la mejora del bienestar del paciente.

El acercamiento a la depresión y ansiedad realizado en este estudio favorece una mayor comprensión de la realidad asistencial, permitiendo identificar las áreas susceptibles de mejora. De este modo, se promueve una práctica más reflexiva e individualizada, en vistas de optimizar el cuidado.

Por otra parte, se evidencia la necesidad de implementar estrategias organizativas que favorezcan una mejor atención. Además, se pone de relieve la importancia de atender el bienestar emocional de los profesionales, de modo que se evite la sobrecarga y el desgaste emocional.

Algunas posibles futuras líneas de investigación para este proyecto podrían orientarse a profundizar en los factores que condicionan la atención de los trastornos ansiosos y depresivos, incorporando muestras más amplias y diversos contextos asistenciales, de modo que la transferencia de los resultados sea mayor. Resultaría de interés también analizar la evolución de las competencias de los profesionales de enfermería tras la implementación de intervenciones específicas en salud mental. Finalmente, otra posible línea de investigación sería realizar la comparativa entre profesionales de enfermería con formación especializada en salud mental y sin ella en relación al estigma y a las estrategias de afrontamiento empleadas.

8. CONCLUSIONES

Después de la realización del presente estudio, se han conseguido desarrollar todos los objetivos establecidos en un inicio, aportando una visión profunda de la complejidad de esta realidad asistencial. Las conclusiones principales a las que se ha llegado han sido las siguientes:

La evidencia obtenida en este estudio indica que la atención de pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad está condicionada por múltiples factores interrelacionados, entre los que destacan: la formación específica, las limitaciones organizativas, la carga asistencial y el impacto emocional derivado de la práctica clínica. Estos elementos influyen de manera directa en la percepción de las enfermeras sobre su capacidad para ofrecer una atención acorde a las necesidades percibidas.

En siguiente lugar, basándose en la percepción de las profesionales de enfermería no especializadas en salud mental que trabajan en el ámbito de atención primaria, se constata que la atención de pacientes con ansiedad y depresión genera un impacto emocional significativo. Este impacto, generalmente negativo, se manifiesta principalmente en forma de inseguridad, impotencia, frustración y sobrecarga emocional ante la atención de este tipo de problemáticas, en ocasiones trascendiendo más allá del ámbito clínico y, por tanto, impactando sobre el bienestar personal de los profesionales. De este modo, se evidencia la necesidad de dotar a los profesionales de enfermería de recursos para la gestión emocional que les permitan abordar este tipo de situaciones de manera eficaz.

Por otra parte, los resultados evidencian que las enfermeras perciben la existencia de factores asociados al estigma en la práctica asistencial. La ausencia de formación específica en salud mental se asocia con la aparición de determinadas categorizaciones y conductas de carácter discriminatorio en la práctica clínica, lo que pone de manifiesto que una menor capacitación en este ámbito se relaciona directamente con actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con depresión y ansiedad. Sin embargo, en múltiples ocasiones estas actitudes se sustentan en prejuicios y creencias socialmente aceptadas y ampliamente extendidas, lo que dificulta su identificación y posterior erradicación.

Finalmente, se identifican diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las enfermeras para hacer frente a las dificultades durante la atención de pacientes con trastorno de ansiedad o depresión. Entre ellas destacan las estrategias de comunicación y abordaje clínico, basadas en la escucha activa y la empatía, así como las estrategias orientadas al autocuidado y al manejo de la carga emocional. Sin embargo, estas estrategias no son suficiente si no se acompañan de medidas organizativas y estructurales que apoyen a los profesionales de enfermería.

En conjunto, los resultados obtenidos evidencian la necesidad de reforzar la formación en salud mental en el ámbito de la atención primaria, conjuntamente con la implementación de estrategias que favorezcan el apoyo a los profesionales y que mejoren la calidad global de la atención ofrecida a los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R., Ryan, T., y Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International journal of mental health nursing*, 30(6), 1476–1497. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/inm.12904>
- Also Fontanet, A., Echiburu Salinas, N., y Pinto Asenjo, J. (2024). Pharmacological treatment of anxiety disorders. *Atención Primaria Practica*, 6(1). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100189>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR)* (5.ª ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Barbosa, A., Robalo Nunes, I., Nunes, J., Sá, L., y Charepe, Z. (2026). Hope in mental health and psychiatric nursing: a scoping review. *BMC psychiatry*, 26(1), 18. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1186/s12888-025-07355-5>
- Barros, S., Rodrigues, J., Alves, T. C., y Almeida, A. B. (2021). Nursing and the rights of people in the field of mental health. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(suppl 3), <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/0034-7167.202275suppl301>
- Cabezas-Rodríguez, A., Bacigalupe, A., y Martín, U. (2020). Diagnosis and Treatment of Depression in Spain: Are There Gender Inequalities?. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9232. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/ijerph17249232>
- Comisión Europea (2025, 17 de noviembre). *Salud mental*. Public Health. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_es#situaci%C3%B3n-de-la-salud-mental-en-europa
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., y Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2014). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-505720130003000009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Díaz Consuegra, L., y Santana López, Y. (2023). La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. *MediSur*, 21(1), 261–263. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000100261&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., y Torres Tejera, E. (2024). Epidemiology of anxiety and its context in Primary Care. *Atención Primaria Practica*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Dubreucq, J., Plasse, J., y Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1093/schbul/sbaa181>
- Duyilemi, F. E., y Mabunda, N. F. (2025). Nurses' Perceptions on the Role of Advanced Psychiatric Nurses in Mental Healthcare: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(4). <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/ijerph22040626>
- French C. (2025). Mental health pluralism. *Medicine, health care, and philosophy*, 28(1), 65–81. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s11019-024-10233-8>
- Gencat (2025, 12 de marzo). *El municipi en xifres*. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible en: <https://www.idescat.cat/emex/?id=430477>
- Hanzelíková Pogrányivá, A. y Noriega Matanza, C., (2016). *Introducción a la investigación sociosanitaria: diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa (1.ª parte)*. *Enfermería en Cardiología*, 23(67), 50-57. Disponible en: https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/628391769678c_67_01.pdf
- Huizing, E., Rodríguez-Gómez, S., y Lafuente Robles, N. (2019). The implementation of the Mental Health Nursing Specialty in Andalusia. A community approach. *Enfermería Clinica*, 29(6), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.003>
- ICS (2025, 28 de noviembre). *EAP-CAP Constantí*. Disponible en: <https://icscampdetarragona.cat/es/centros-atencion-primaria/eap-cap-constanti-2/>

- Jansen, R., y Morifi, M. G. (2026). Primary Healthcare Nurses: Key Role Players in Early Recognition of Mental Health Issues. *Issues in Mental Health Nursing*, 47(1), 62–70. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1080/01612840.2025.2571624>
- Jha, M. K., Teer, R. B., Minhajuddin, A., Greer, T. L., Rush, A. J., y Trivedi, M. H. (2017). Daily activity level improvement with antidepressant medications predicts long-term clinical outcomes in outpatients with major depressive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 803–813. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.2147/NDT.S128407>
- Koskinen, M. K., y Hovatta, I. (2023). Genetic insights into the neurobiology of anxiety. *Trends in neurosciences*, 46(4), 318–331. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.tins.2023.01.007>
- Kutcher, S., Wei, Y., y Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1177/0706743715616609>
- Lahera, G., Andrade-González, N., Gasull, V., Pagés-Lluyot, JR, y Roca, M. (2019). Percepción de la población española sobre la depresión. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 31-39. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0590>
- Latoo, J., Mistry, M., Wadoo, O., Islam, S. M. S., Jan, F., Iqbal, Y., Howseman, T., Riley, D., Sura, D., y Alabdulla, M. (2022). Why mental health service delivery needs to align alongside mainstream medical services. *Asian journal of psychiatry*, 71, 103053. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.ajp.2022.103053>
- Lynch, H., McDonagh, C., y Hennessy, E. (2021). Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of affective disorders*, 281, 744–750. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.jad.2020.11.073>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonese, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., y Collins, P. Y. (2023). Global Mental

- Health: Where We Are and Where We Are Going. *Current psychiatry reports*, 25(7), 301–311. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Moyo, N., Jones, M., Dennis, S., Sharma, K., McKeown, M., y Gray, R. (2023). The Association between Nursing Skill Mix and Patient Outcomes in a Mental Health Setting: An Observational Feasibility Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2715. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/ijerph20032715>
- Nechita, D., Nechita, F., y Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 59(4), 1045–1051. Disponible en: <https://www.rjme.ro/RJME/resources/files/59041810451051.pdf>
- Nóbrega, M. D. P. S. S., Fernandes, C. S. N. D. N., Zerbetto, S. R., Sampaio, F. M. C., Carvalho, J. C., y Chaves, S. C. D. S. (2021). Primary health care nurses: attitudes towards the person with mental disorder. *Revista gaucha de enfermagem*, 42, e20200088. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/1983-1447.2021.20200088>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025, 8 de octubre). *Salud Mental*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palacios-Ceña, D., y Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
- Park, L. T., y Zarate, C. A., Jr (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1056/NEJMcp1712493>
- Salgado, M. A., y Fortes, S. L. C. L. (2021). Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos [Mental health indicators in primary healthcare: assessment of the quality of access through case detection capacity]. *Cadernos de saude publica*, 37(9), e00178520. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/0102-311X00178520>
- Sarahy, B., Guerrero, C., Guadalupe, Y., Salinas, M., Contreras, M. N., Melissa, J., González, R., Fernando, J., Livas, M., Jesús, M., y Livas, F. M. (2018). *Enfermería*

Psiquiàtrica: Un pilar en la salut mental. Disponible en:
<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2666/pdf>

Seoane, T., Martín, J., Martín-Sánchez, E., Lurueña-Segovia, S., Alonso Moreno, F., y Bulevar, E. C. (2007). *Capítulo 5: Selección de la muestra: técnicas de muestreo y tamaño muestral.* Medicina de Familia, 33(7), 356–361. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13109444>

Soltis-Jarrett V. (2023). The Future of Psychiatric-Mental Health Nursing: Observe, Reflect, and Take Action to Empower Knowledge for the Greater Good. *Issues in mental health nursing*, 44(10), 1071–1079. [https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1080/01612840.2023.2270066](https://doi.org.sabidi.urv.cat/10.1080/01612840.2023.2270066)

Subirana, R. C., y Castellanos Pineda, P. (2019). *Metodologías cualitativas para la investigación.* Disponible en:
<https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/d704e685-96f5-4ccd-bc40-a07de17679d4/content>

Zayts-Spence, O., Edmonds, D., y Fortune, Z. (2023). Mental Health, Discourse and Stigma. *BMC psychology*, 11(1), 180. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1186/s40359-023-01210-6>

Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., Muñoz, M., Zamorano, S., Sáez-Alonso, M., González-Sanguino, C., y Muñoz, M. (2023). Social Stigma Towards Mental Health Problems in Spain: A Systematic Review. *Clínica y Salud*, 34(1), 23–34. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a5>

10. ANEXOS

Anexo 1 – Cronograma

TFG 2025-2026	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Tutorías académicas										
Búsqueda literatura										
Justificación										
Diseño										
Guion entrevistas										
Realización entrevistas										
Transcripción										
Marco teórico										
Análisis										
Conclusiones										
Entrega borrador										
Entrega final										
Defensa TFG										

Tabla 4: Cronograma.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2 - Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Necesidades y percepciones de enfermeras no especializadas en salud mental en el cuidado de pacientes con ansiedad y depresión en el ámbito de la atención primaria: estudio cualitativo fenomenológico.

Datos de contacto del investigador/a principal:

- Unai Triana Cámaras - 688 89 62 33 - unai.triana@estudiants.urv.cat - Ubicación física: Bilbao
- Jordi Rico Salavert - 628 65 87 34 - jordi.rico@estudiants.urv.cat - Ubicación física: Tarragona

Yo con NIF/NIE/Pasaporte

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio de la que se me ha entregado una copia.
- He podido preguntar y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello que expresa la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de participar en el estudio sin que ello me pueda causar ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

☐ **Sí** ☐ **No**

- Doy mi consentimiento para grabar la entrevista con el fin de registrar adecuadamente la información proporcionada.

☐ **Sí** ☐ **No**

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las opciones siguientes:

☐ **NO autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

☐ **SÍ autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

Y para expresar este consentimiento, el participante firma en la fecha y el lugar esta hoja de consentimiento:

Firma del participante

Trabajos de Fin de Grado de la URV

○ Información básica sobre protección de datos (formato tabular)

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable	El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universitat Rovira i Virgili con CIF Q9350003A y con domicilio fiscal en la calle de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalidad	Participar en el estudio del Trabajo Final de Grado o de Máster en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En el caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado/a haya concedido su consentimiento.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registro General de la URV en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Información adicional	Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado <i>Trabajos de Final de Grado o de Máster de la URV</i> y sus derechos en el Registro de Actividades del Tratamiento de la URV publicado en https://seuelectronica.urv.cat/rgpd , donde también se puede consultar la Política de Privacidad de la URV. Así mismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede presentar a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de datos personales en la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat .

Anexo 3 - Hoja informativa

HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

He recibido esta hoja de información.

TÍTULO DEL ESTUDIO

Necesidades y percepciones de enfermeras no especializadas en salud mental en el cuidado de pacientes con ansiedad y depresión en el ámbito de la atención primaria: estudio cualitativo fenomenológico.

INVESTIGADOR PRINCIPAL / DOCTORANDO / ESTUDIANTE

- Unai Triana Cámaras - unai.triana@estudiants.urv.cat - Ubicación física: Bilbao
- Jordi Rico Salavert - jordi.rico@estudiants.urv.cat - Ubicación física: Tarragona

CENTRO

Universitat Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarlo sobre el estudio de investigación al que se le invita a participar.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universidad Rovira i Virgili.

Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere participar o no en este estudio. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le resolveremos las dudas que le puedan surgir. Adicionalmente, le informamos que usted es libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como objetivo explorar las necesidades y percepciones de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión y no disponen de formación especializada en salud mental.

La participación consistirá en la realización de una entrevista semiestructurada, orientada a explorar las experiencias y percepciones en relación con el fenómeno de estudio. Las entrevistas tendrán una duración de unos 50 minutos aproximadamente y se contactará con las personas participantes por medio de la adjunta de enfermería del CAP de Constantí. Las entrevistas se realizarán previo acuerdo de día y hora con los entrevistados fuera del horario laboral.

Los datos personales tratados se limitarán exclusivamente a aquellos necesarios para el desarrollo de la investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información. Para asegurar la protección de datos, las grabaciones y transcripciones se guardarán en el One Drive de la Universidad Rovira i Virgili y únicamente tendrán acceso la tutora de este TFG y los autores. Esta información se eliminará en 5 años.

BENEFICIOS Y RIESGOS

La participación en este estudio ofrece la oportunidad de reflexionar sobre la práctica profesional relacionada con la atención de personas con ansiedad y depresión. De esta forma, los resultados obtenidos podrán contribuir a una mejor comprensión del fenómeno de estudio, aportando conocimientos relevantes que ayuden a mejorar la calidad de la práctica asistencial y a desarrollar intervenciones más ajustadas a las necesidades detectadas.

El estudio no supone ningún riesgo para la persona participante.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información recopilada sobre las personas participantes en el marco de este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y con aplicación de las correspondientes medidas de seguridad que garanticen, además de su confidencialidad, su integridad, disponibilidad, autenticidad y trazabilidad.

Este estudio no implica el tratamiento de datos personales ya que los datos que se recogen no se podrán vincular, directa o indirectamente, a sus titulares.

Para el tratamiento de los datos se utilizarán los sistemas de información propios de la Universidad Rovira i Virgili instalados a su red informática aplicándose las medidas de seguridad de la información establecidas por el Real Decreto 3/2010 que regula el Esquema Nacional de Seguridad. Concretamente, los datos se recopilarán mediante entrevistas y se introducirán en el sistema de información OneDrive de la Universitat Rovira i Virgili.

El personal investigador del estudio se compromete a cumplir la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, además del Reglamento (UE) núm. 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales, y firmará un compromiso de participación y confidencialidad.

La finalidad del tratamiento de los datos es la participación en el estudio de acuerdo con el consentimiento de la persona participante. La persona participante también puede dar el consentimiento para la reutilización de los datos para estudios futuros que estén relacionados.

La persona participante podrá interrumpir su participación en el estudio o estudios futuros relacionados retirando su consentimiento en cualquier momento, sin que sea necesaria su justificación. En este caso, los datos no se podrán eliminar con el fin de garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero quedarán codificadas de manera que no sea posible vincularlas a su persona.

Anexo 4 - Guion entrevista

Duración:

Datos sociodemográficos:

Sexo:

Edad:

Años de experiencia trabajando en el CAP:

Dado el aumento de los problemas de salud mental en nuestro país y en ocasiones, la falta de recursos de los que disponemos...

1. ¿Cómo describiría su experiencia personal atendiendo a pacientes con ansiedad y/o depresión en el CAP?
2. ¿Qué considera que necesita como enfermera de atención primaria para la atención de pacientes con problemas de ansiedad y depresión?
3. ¿En qué aspectos considera que podría mejorar su atención?
4. ¿Considera la formación especializada en salud mental importante para la atención de los pacientes en el CAP? ¿Por qué?

Creemos que el atender con frecuencia a pacientes con problemas de salud mental, puede impactar emocionalmente a las enfermeras que les atienden...

5. ¿Qué emociones o sentimientos experimenta cuando atiende a este tipo de pacientes? (por ejemplo, antes, durante o después de la atención)
6. ¿De qué manera cree que la atención a pacientes con ansiedad y depresión impacta en su bienestar emocional y profesional como enfermera a largo plazo?
7. ¿Qué estrategias personales o profesionales utiliza para afrontar la carga emocional que puede suponer la atención a estos pacientes?

En relación con la formación especializada en salud mental...

8. Desde su experiencia, ¿Considera que la falta de formación especializada en salud mental influye en cómo afronta el cuidado de estos pacientes? ¿Cómo?
9. ¿Alguna vez ha sentido inseguridad, miedo o dudas durante la atención a pacientes con ansiedad o depresión? Cuénteme alguna situación concreta.
10. Desde su experiencia. ¿Ha observado actitudes o discursos estigmatizantes hacia este tipo de pacientes? ¿Podría describir algún ejemplo?

11. ¿Cree que la falta de formación específica puede influir en la aparición de estigmas o en la forma de tratar a estos pacientes? Explíqueme.

Entendemos que habrá tenido diversas situaciones clínicas que le han resultado desafiantes en su práctica diaria....

12. ¿Qué situaciones han sido desafiantes para usted durante su práctica asistencial atendiendo pacientes con problemas de ansiedad y depresión? ¿Podría ponerme un ejemplo?
13. ¿En qué momentos del proceso asistencial (por ejemplo, acogida, seguimiento, educación sanitaria, derivación, etc.) siente que tiene más limitaciones o dificultades a la hora de atender a estos pacientes?
14. ¿Qué recursos considera que serían necesarios para mejorar la atención enfermera a pacientes con ansiedad y depresión en Atención Primaria?

Para ir concluyendo con la entrevista...

15. ¿Hay algo más que le gustaría añadir sobre su experiencia o sobre la atención a pacientes con ansiedad y depresión que no hayamos abordado?
16. ¿Hay alguna anécdota que me puedas explicar que te haya pasado alguna vez atendiendo a estos pacientes?
17. ¿Y para acabar qué consejo le daría a una enfermera que no ha estado nunca en atención primaria?