

TRABAJO FIN DE MÁSTER
del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*
Curso Académico 2013 / 2014

ESTIGMA DEL ENFERMO MENTAL:
LA PERSPECTIVA DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

The Mentally ill stigma- A nursing prospective

Realizado por: Almudena Zotes González
Dirigido por: Cristina Liébana Presa y Delio del Rincón Igea

En León, a 8 de Septiembre de 2014

VºBº DIRECTOR/A



Fdo.: Cristina Liébana Presa

VºBº AUTOR/A



Fdo.: Delio del Rincón Igea

Fdo.: Almudena Zotes González

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO POLÍTICO DE REFERENCIA	5
CONCEPTO DE ESTIGMA SOCIAL.....	8
PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN.....	11
CONSECUENCIAS.....	11
ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	12
ESTIGMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	15
CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL	15
PROFESIONALES DE LA SALUD Y ESTIGMA SOCIAL	16
UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
METODOLOGÍA	18
DISEÑO DEL ESTUDIO	18
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	19
DISEÑO DE LAS TÉCNICAS / RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.....	20
VARIABLES / DIMENSIONES DEL ESTUDIO.....	21
TRABAJO DE CAMPO	22
ANÁLISIS DE LOS DATOS	23
PLAN DE TRABAJO: ETAPAS DE DESARROLLO.....	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
RESULTADOS.....	25
SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y EL ESTIGMA SOCIAL.....	26
<i>Realidad que viven las personas con enfermedad mental.....</i>	26
<i>Sobre la enfermedad mental.....</i>	30
<i>Personas con enfermedad mental.....</i>	34
<i>Imagen en los medios de comunicación.....</i>	36
<i>Estigma dirigido a los profesionales de enfermería.....</i>	36
SITUACIÓN ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.....	37
<i>Trato recibido en el HUIL.....</i>	37
<i>Profesionales de enfermería.....</i>	40
PROPUESTAS DE ACTUACIÓN CONTRA EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	43
<i>Dirigidas a las personas ingresadas y sus familiares</i>	44
<i>Dirigidas al entorno de los profesionales de enfermería</i>	44
<i>Dirigidas a la sociedad en general a través de los medios de comunicación.....</i>	45
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	60
ANEXO 1: ESTUDIOS SOBRE EL ESTIGMA EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN SALUD MENTAL .	60
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	62



ANEXO 3: GUIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	63
ANEXO 4: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES	64
ANEXO 5: PERFILES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	65
ANEXO 6: PERFILES DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES.....	66
ANEXO 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	67
ANEXO 8: MATRIZ DE DOMINIOS / METACATEGORÍAS / CATEGORÍAS	68
ANEXO 9: VERBATIM DEL DOMINIO “VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”	69
ANEXO 10: VERBATIM DEL DOMINIO “ESTIGMA SOCIAL”	74
ANEXO 11: VERBATIM DEL DOMINIO “VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”	77
ANEXO 12: VERBATIM DE LA METACATEGORÍA “PROPUESTAS DE ACTUACIÓN”	81

REFERENCIAS DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AP	Atención Primaria
APA	Asociación Americana de Psiquiatría (En inglés: American Psychiatric Association)
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Comisión Europea
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
DSM-IV	Manual de Diagnóstico y Estadística sobre Trastornos Mentales
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de familiares y enfermos y enfermas mentales
GD	Grupo de Discusión
HUIL	Hospital Universitario Infanta Leonor
ILT	Incapacidad Laboral Temporal
MSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TMG	Trastorno Mental Grave
TP	Trastorno de la Personalidad
UE	Unión Europea
UHB	Unidad de Hospitalización Breve
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

Uno de los problemas a los que se enfrentan las personas con trastorno mental es el estigma social y la discriminación, siendo factores limitantes para la recuperación y su integración en la sociedad. La literatura revisada pone de manifiesto que afecta a todos los agentes implicados, desde las personas que sufren la enfermedad (auto-estigma), sus familiares, la población en general, hasta los profesionales sanitarios que les atienden. El objetivo de este trabajo es explorar la percepción, los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Universitario Infanta Leonor con respecto al estigma asociado a la enfermedad mental. Se ha utilizado un diseño con metodología cualitativa de carácter fenomenológico descriptivo. La población objeto ha sido los profesionales de enfermería (DUEs y TCAEs) de la UHB, seleccionados de manera intencional. Para la recolección de datos se ha empleado una triangulación de métodos: grupos de discusión, entrevistas individuales y observación participante en la unidad investigada. Se han analizados los datos con la ayuda del programa informático Weft-QDA. Los hallazgos sugieren que las personas con enfermedad mental están influenciadas por el estigma asociado a la enfermedad, se encuentran limitaciones en su día a día debido a los estereotipos y prejuicios que tiene la población hacia los trastornos mentales y también les afecta en el ámbito sanitario, especialmente en el servicio de urgencias. Los profesionales de Salud Mental manifiestan actitudes más favorables hacia la enfermedad en comparación con la población en general y con otros profesionales sanitarios no específicos de Salud Mental. También sufren actitudes estigmatizantes hacia ellos mismos por el hecho de trabajar con personas con enfermedad mental. A pesar de los avances en Salud Mental el estigma social es un tema que sigue estando muy presente y los profesionales deben de poner en marcha propuestas de actuación para luchar contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

Palabras clave: auxiliares de enfermería, enfermeras, estigma social, salud mental, trastornos mentales.

ABSTRACT

One of the problems that people suffering with mental disorders need to fight is the social stigma and discrimination, factors which restrict their recovery and the insertion in the society. The literature reviewed gives evidence that it affects to all people implicated, from the people who suffer with the illness (self-stigma), their families, to the general population and the health professionals who look after them. The main goal of this project is to explore

the perception, the knowledge and the attitude of the nursing staff working in the Short Stay Unit (Unidad de Hospitalización Breve in Spanish) in the Hospital Infanta Leonor regarding this stigma linked to the mental illness. The methodology used to carry out this project has been descriptive qualitative. The sample used are nursing staff (nurses and health care assistants) from the Short Stay Unit, all participants chosen purposely. A triangulation of methods is been used to collect the data: discussion groups, individual interviews and participant observation in the investigated unit. All data collected has been analysed using the software Weft-QDA. The outcome suggest that mentally ill patients are influenced by the stigma linked to the illness, they find limits in their day-to-day lives due to the stereotypes and prejudice from the general population to the mental disorders, and so their health environment is affected, especially in A&E services. Mental Health Care professionals show a more favourable attitude to the mental illness comparing to the general population and to the other Health Care Professionals not specifically trained for Mental Care. The mentally ill suffer with self-stigma, caused sometimes only because they need to work with another mentally ill patients. Despite of the latest progress in Mental Health, the social stigma is a very common issue, and the Health Care Professionals must undertake action plans in order to fight against the stigma and the discrimination linked to the mentally ill.

Keywords: Health Care Assistants, Mental Disorders, Mental Health Care, Nurses, Social Stigma.

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que utiliza la OMS (2001, p.1) “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De este modo la Salud Mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de su vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001a, p.1).

La dimensión positiva de la Salud Mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarca la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. El grado de Salud Mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional. Esta propiedad depende de factores personales, del contexto sociocultural y económico (MSSI, 2007, p.25).

Debido a ello, para alcanzar mejores niveles de Salud Mental positiva no basta con tratar a los trastornos mentales sino que son necesarias políticas y estrategias dirigidas de forma específica a mejorar la Salud Mental (AEN, 2007). Se debe modificar el énfasis puesto por la perspectiva tradicional centrada en los trastornos mentales, hacia un nuevo enfoque que considere seriamente todo lo relativo a la Salud Mental entendida como un concepto con entidad propia y no sólo definida por la ausencia de trastorno.

El concepto enfermedad o trastorno mental engloba un buen número de patologías, muy diferentes entre sí, por lo que es complicado dar una definición única (Magallares, 2011). Presentan diversos grados de gravedad y comportan riesgos distintos para la vida, pueden presentar una duración limitada o extenderse en el tiempo y las repercusiones funcionales pueden ser mínimas o generar un alto grado de discapacidad y dependencia (AEN, 2007). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) la enfermedad o trastorno mental se define como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos que impide a la persona que lo padece un desarrollo normal. De aquí en adelante, llamaremos "*trastornos mentales*" a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10).

Un aspecto a tener en cuenta es que enfermedad mental y Salud Mental no son contrarias. Es decir, la ausencia de un trastorno mental reconocido no es necesariamente un indicador de contar con Salud Mental. Podríamos considerar más bien la Salud Mental como un continuum en el que la Salud Mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores (Estévez, 2013).

Según estimaciones de la OMS (2001b), a nivel mundial unos 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento en un momento dado de su vida. Sólo una minoría de los 450 millones recibe tratamiento. En Europa, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad, por delante de las enfermedades cardíacas y del cáncer. El 27% de los europeos adultos sufren alguna forma de alteración mental en algún momento de su vida (las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión). Se espera que en el 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. En España, entre un 2,5 y un 3% de la población adulta tiene un Trastorno Mental Grave (TMG), un 9% de la población tiene algún tipo de enfermedad mental y el 25%, según la OMS, lo tendrá a lo largo de su vida.

A lo largo de la historia, las sociedades han luchado constantemente con el impacto de las enfermedades mentales en la comunidad, siendo comunes las actitudes de rechazo y evasión (Zárate, Ceballos, Contardo y Florenzano, 2006).

Asimismo, uno de los mayores problemas al que se enfrentan las personas con trastornos mentales, a nivel mundial, es la estigmatización y la discriminación, en la medida que éstas pueden afectar a su autoestima y contribuir a dificultar las relaciones familiares y sociales (Lima, Sáez y Lima, 2011; OMS, 2001c).

La suerte del enfermo y del estigma que le acompaña está relacionada con épocas socio-históricas y con la conceptualización que, en esos momentos, se tiene de la enfermedad mental (Fernández, 2002). En algunas culturas se les dio a los enfermos mentales lugares de honor, ya que los creían “tocados” por el espíritu (Zárate et al., 2006). Pero lo más común es que las personas con enfermedad mental, han sido víctimas del “estigma social”, siendo un factor limitante para la recuperación del enfermo mental, ya que no sólo limita el acceso a los servicios y cuidados sanitarios y sociales, sino que además imposibilita una plena integración social y el consecuente ejercicio pleno de la ciudadanía.

El estigma social, dificulta y retrasa el acceso precoz y la continuidad de atención en los servicios sanitarios y sociales. Además, obstaculiza el acceso a la formación, el empleo, la vivienda, el ocio y la participación social. Ambos factores constituyen barreras para la recuperación y la inserción en la sociedad (AEN, 2007).

Con este proyecto se pretende profundizar, analizar el efecto y los aspectos clave del estigma de la enfermedad mental con el fin de lograr una oportunidad para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales.

MARCO POLÍTICO DE REFERENCIA

La protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con enfermedad mental es una preocupación en las últimas décadas para diversos organismos que promueven la lucha contra el estigma (FEDEAFES, 2013).

A nivel internacional destacan:

Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020 de la OMS

La visión del Plan es “un mundo en el que se valore, fomente y proteja la Salud Mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de

lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones” (OMS, 2013, p.10).

Su finalidad será “fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2013, p.37).

Declaración Europea de Salud Mental: Helsinki (2005)

La Conferencia Ministerial, celebrada con el impulso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el lema “Enfrentando desafíos, construyendo soluciones”, considera la Salud Mental como una prioridad sanitaria, económica y social.

Entre sus prioridades destaca “rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de Salud Mental y a sus familias para su activa implicación en este proceso” (OMS, 2005, p.3).

De hecho, entre sus acciones se recoge “eliminar los estigmas y la discriminación, garantizar la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas y adoptar la legislación necesaria que posibilite la capacitación de éstas ante situaciones de riesgo o cuando padezcan problemas de Salud Mental o discapacidad, a fin de lograr su plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad” (OMS, 2005, p.4).

Libro Verde de la Comisión Europea: Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental (2005)

Surge como respuesta a la invitación de la OMS en la Conferencia ministerial europea sobre Salud Mental. Describe la necesidad de un planteamiento exhaustivo que abarque no sólo el tratamiento y la asistencia a los individuos, sino también las acciones dirigidas al conjunto de la población a fin de promover la Salud Mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos.

La Comisión de las Comunidades Europeas (2005, p.11) en el *Libro Verde* pone de manifiesto que “estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete”.

El artículo 13 del Tratado CE establece un fundamento jurídico para la actuación de la Comunidad en la lucha contra la discriminación por razones, entre otras, de discapacidad. También es necesario que cambien las actitudes de los ciudadanos en general, de los interlocutores sociales, de las autoridades públicas y de los gobiernos: una mejor concienciación con respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas en la vida laboral, pueden generar una mayor aceptación y comprensión en el seno de la sociedad (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005, p.12).

Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos de la OMS

“Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de Salud Mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano” (OMS, 2003, p. vii).

Uno de los motivos por lo que es imprescindible la legislación sobre Salud Mental es debido a que las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, la discriminación y la marginalización en la mayor parte de las sociedades. La estigmatización incrementa la probabilidad de que a éstas personas se les niegue el tratamiento o que reciban una atención de menor calidad e inadecuada para sus necesidades. La marginación y la discriminación aumentan el riesgo de que se produzcan violaciones de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por parte de los proveedores de servicios de Salud Mental y de otros. Por tanto, la legislación proporciona un marco legal para tratar temas complejos relacionados con la Salud Mental, incluyendo la accesibilidad a la atención, unos cuidados de alta calidad, la rehabilitación y el seguimiento, la integración total de los enfermos mentales en la comunidad, la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la Salud Mental en diferentes sectores de la sociedad.

A nivel nacional tenemos:

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013

Su primera línea estratégica es la “Promoción de la Salud Mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental” (MSSI, 2007, p.25).

Se plantean como objetivo general “erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales”; como objetivos específicos el MSSI y las CC.AA.

incluirán planes y programas de intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización, se revisarán y actuará sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental, los centros asistenciales dispondrán de normas específicas encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y se llevarán a cabo iniciativas de coordinación con la OMS, la UE y otros organismos para el fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación.

En cuanto a las recomendaciones destacan aquellas intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma que se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

A nivel de la Comunidad de Madrid nos encontramos:

Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

Uno de los principios fundamentales que inspiran el modelo asistencial que adopta el Plan es el rechazo a la estigmatización, a la discriminación y a la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen enfermedades mentales.

El Plan coincide con la Consejería de Sanidad en avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de personas con trastornos mentales. Una de sus líneas de actuación está centrada en la “lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales en colaboración con la consejería de familia y asuntos sociales y las asociaciones de familiares”, para ello la Comunidad de Madrid se plantea como objetivo el “diseño, desarrollo y evaluación de un Plan contra el estigma asociado al trastorno mental”.

La Comunidad de Madrid en 2010 emitió la *Declaración contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental*, en ella se comprometió a rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación en todos los ámbitos de la sociedad, analizar y proponer las reformas necesarias para conseguir la igualdad de oportunidades y luchar contra los procesos de estigmatización y discriminación.

CONCEPTO DE ESTIGMA SOCIAL

La representación del estigma y el rol estigmatizado es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia (Marichal y Quiles, 2000).

Etimológicamente, el término “estigma” está derivado de la palabra latina “stigma, -atis”, cuyo significado es “marca hecha con hierro candente” (Miric, 2003).

Los griegos dieron al estigma un significado de atravesar, hacer un agujero; durante mucho tiempo hizo referencia a la marca de hierro candente, infligida a un individuo infamado, convirtiendo a su poseedor en persona mancillada, alguien a quien había que evitar especialmente en los lugares públicos. En la Edad Media se señalaba de forma indeleble a quien había cometido alguna infamia, o alguna conducta reprobable, de modo que quedara expuesto al reconocimiento público para su rechazo y desprecio (AEN, 2007).

El estigma indica un fallo, deficiencia o minusvalía de la persona que lo porta, ya sea en sentido físico (como un vestigio o signo persistente de una anomalía o enfermedad congénita o adquirida) o social (como señal de infamia, deshonra y bajeza moral) (Miric, 2003). Es un constructo heterogéneo que incluye actitudes negativas, sentimientos, creencias y comportamientos influenciados por la cultura, los valores y las normas sociales (Autonell, Ballús-Creus y Busquets, 2001).

El término se ha empleado a lo largo de los siglos para indicar que ciertas características personales, tales como el color de la piel, la orientación sexual, la religión, muchas enfermedades, especialmente el VIH y la enfermedad mental (Hayward y Bright, 1997) despiertan prejuicios contra las personas que las presentan.

La definición más ampliamente reconocida es la que propuso Goffman (1963), pionero en el estudio sociológico del estigma, lo define como “un atributo profundamente deshonroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien “manchado”. Goffman considera centrales los procesos de construcción social, describe al estigma como “un tipo especial de relación entre un atributo y un estereotipo y asevera que el estigma está incrustado en un “lenguaje de relaciones” (Yang et al., 2007). Diferencia en principio tres tipos de «marcas», según derivasen de defectos físicos, «defectos de carácter» o de factores étnicos o «tribales» (López et al., 2008). Esta clasificación podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías claramente identificables en los distintos tipos de estigma (Marichal y Quiles, 2000), y que pueden encontrarse simultáneamente en una misma persona.

Siguiendo la idea de Goffman, Jones, Scout y Marcus (1984) lo define como “marca que vincula a la persona con características indeseables”. Magallares (2011) establece seis dimensiones relevantes: la visibilidad del estigma (en qué medida se puede ocultar o no), el desarrollo del estigma (si es estable, como la ceguera, o se desarrolla poco a poco, como la

esclerosis múltiple), la disruptividad (en qué medida interfiere las relaciones sociales del estigmatizado), los aspectos estéticos (relacionado con las reacciones de las demás personas al aspecto del estigmatizado), el origen (a aquellas persona que les atribuye responsabilidad en la adquisición o mantenimiento del estigma se les rechaza más) y por último el peligro (en qué medida el estigma implica riesgo para la vida de los demás).

Para Stafford y Scott (1986) el estigma es una “característica de la persona que resulta contraria a la norma de una unidad social”.

Crocker, Major y Steel (1998) han afirmado que “los individuos estigmatizados poseen algún atributo o característica que conlleva a una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular”. El estigma no se localiza completamente dentro de la persona estigmatizada, sino que ocurre en un contexto social que define un atributo como algo que devalúa (Yang et al., 2007). Asimismo, estos autores citan brevemente la influencia del poder en la determinación de la susceptibilidad y la posible respuesta al estigma por parte de alguien. Estas definiciones de la Psicología Social coinciden en que el estigma, por un lado, consiste en un atributo que señala a las personas como diferentes y conduce a la devaluación, y por otro, depende tanto de la relación como del contexto, es decir, el estigma se construye socialmente (Major y O'Brien, 2005).

Otros autores como Link, Yang, Phelan y Collins (2004) abordan el estigma desde una perspectiva más social y conceptualizan el proceso de estigmatización a través de una serie de fases que se expondrán a continuación.

Angermeyer y Schulze (2001) destacan la discriminación como uno de los elementos del estigma, consiste en la devaluación, rechazo o exclusión de las personas señaladas. Señalan, además, la existencia de diferentes tipos:

- Discriminación directa: principalmente en el área interpersonal y el acceso a los trabajos. También en el área de la salud, incluyendo la psiquiatría.
- Discriminación estructural: se refiere a las consecuencias negativas que tienen para las personas con enfermedades mentales las decisiones políticas, estructuras sociales y regulaciones legales.
- Auto-discriminación o auto-estigmatización: los pacientes, igual que el resto de personas, son conscientes de lo que supone tener una enfermedad mental y esperan un rechazo social. Para disminuir discriminaciones potenciales pueden realizar una evitación social activa, que ocasiona aislamiento, desmoralización y baja autoestima.

Corrigan y Watson (2002a) prestan especial atención en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma asociado a la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio). En misma línea, Thorndicroft (2006) afirma que el estigma se ha conceptualizado como la combinación de tres problemas: la falta de conocimiento acerca del fenómeno o persona en particular (ignorancia), la generación de actitudes negativas hacia el mismo (prejuicio) y la evitación o exclusión de la persona (discriminación).

PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

La asociación del complejo de actitudes a personas y grupos tiene lugar a través del denominado “proceso de estigmatización” que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos (Link et al., 2004; López et al., 2008):

1. La distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.
2. La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
3. Su consideración como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.
4. Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal (Link et al., 2004; Marichal y Quiles, 1998).
5. La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.
6. Por último, la existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder (Arnaiz y Uriarte, 2006; Corrigan, Markowitz y Watson, 2004; Rüsck, Angermeyer y Corrigan, 2005) sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

CONSECUENCIAS

Todas estas actitudes tienen consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, según Goffman (1963), tanto las ya “desacreditadas” como las

potencialmente “desacreditables”, es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras, promoviendo directamente el rechazo o la distancia social (Angermeyer y Matschinger, 2005; Corrigan et al., 2003) lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda. En las segundas, generando conductas de evitación (Corrigan y Watson, 2002b; Rüsck et al., 2005). En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social de las personas con enfermedad mental.

ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El estigma hacia la enfermedad mental está muy extendido e impregna todos los aspectos de la sociedad (Corrigan, Larson, Sells, Niessen y Watson, 2007; Lawrence y Kisely, 2010; Serafini et al., 2011).

En el proceso de estigmatización de las personas con enfermedad mental nos encontramos que una fuente de variabilidad tiene que ver con los distintos tipos de problemas que incluimos bajo esa denominación genérica de “trastornos mentales” (López et al., 2008). Las actitudes hacia las personas con esquizofrenia no son las mismas que las relacionadas con otros síndromes, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo (López et al., 2008), encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas de Salud Mental “*que pueden afectarnos a todos*” y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la “locura”, como la esquizofrenia (Crisp, 2001). Se ha demostrado que los trastornos psicóticos son más estigmatizantes que los del estado de ánimo (Granello y Wheaton, 2001), es probable que esto sea así por el hecho de que los trastornos del estado de ánimo son más prevalentes y por tanto más aceptados socialmente.

La imagen de las personas con un trastorno mental considerado grave (TMG) suele ser más negativa que la imagen provocada por otras enfermedades físicas y se asemeja más a la imagen social que provoca la drogodependencia, la prostitución y otras conductas consideradas antisociales (López et al., 2008).

Según la literatura revisada, la exclusión que sufren las personas con enfermedad mental no es un hecho moderno sino que desde tiempos muy remotos ha existido un trato vejatorio hacia los miembros de este colectivo. Desde hace muchos años, estas personas han sido constantemente afectadas por fuerte estigmatización social, y por extensión, lo han venido

siendo sus familiares, los lugares donde han sido atendidos o recluidos y muy a menudo también los profesionales que les han atendido.

Para Goffman (1963) la marginación del enfermo mental tiene su origen en el reconocimiento público de la enfermedad que se confirma con el diagnóstico psiquiátrico, iniciándose la llamada “carrera moral”, la cual conlleva una aceptación formal de la despersonalización del enfermo, al tiempo que se justifica su exclusión de la vida social y se le da soporte moral a su incapacidad como persona.

Estas personas a menudo deben afrontar una doble dificultad (López et al., 2008), por un lado la sintomatología de la propia enfermedad, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente (López y Laviana, 2007) y por otro lado, los relacionados con el estigma, que suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención (Corrigan y Penn, 1999; Rüsck et al., 2005).

Según Magallares (2011) el estigma afecta a diversas áreas: falta de oportunidades de empleo, problemas interpersonales, barreras para obtener el tratamiento y la imagen negativa que se da de este tipo de personas en los medios de comunicación. El estigma social es una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

El estigma de la enfermedad mental se puede experimentar desde dos ángulos:

ESTIGMA PÚBLICO

Consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo.

Como se ha expuesto anteriormente, etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”. Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros”. Dados los antecedentes de distinción entre grupos, etiquetado y separación de “nosotros” y “ellos”, la Psicología Social ha identificado diferentes aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma público: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Los *estereotipos* son conocimientos sociales aprendidos por la mayoría de los miembros de una sociedad. Generan rápidamente impresiones de las personas que pertenecen a un

grupo estereotipado y expectativas hacia ellas. Por otra parte, evidentemente conocer un estereotipo no significa estar conforme con él. Algunos de los estereotipos más utilizados sobre las personas con enfermedad mental son: loco, peligroso, extraño, impredecible, con dificultad para relacionarse, incapaz de mantener una vida normal, incurable, se les atribuye cierto grado de responsabilidad y culpa sobre su enfermedad (López et al., 2008).

Los *prejuicios* consisten fundamentalmente en las respuestas cognitivas y afectivas que desarrollan las personas que se adhieren a los estereotipos. Así las personas con prejuicios refrendan estos estereotipos negativos y tienen reacciones emocionales negativas como consecuencia, como por ejemplo miedo, rechazo, desconfianza...

La *discriminación* es la reacción conductual ante los prejuicios; si un prejuicio genera enfado, se responderá con un comportamiento hostil, si genera miedo se desarrollará evitación y mantenimiento de una distancia social.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros. Parecería que los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta (López et al., 2008).

En definitiva, el estigma es la etiqueta negativa que se pone sobre la persona y resulta muy difícil desprenderse de ella. Llega a ocultar a la persona, porque se la identifica plenamente con el atributo por el que se le etiqueta y resulta muy difícil ser aceptada como tal persona, con su dignidad y derechos, como todas las demás personas (FEDEAFES, 2013).

AUTOESTIGMA

Se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Al igual que el estigma público, consta de estereotipos, prejuicio y discriminación (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Los prejuicios en muchos casos afectan a la persona con enfermedad mental hasta el punto que los asumen como verdaderos y pierden la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida normalizada. Estereotipos y prejuicios acaban por instalarse en la persona, que asume esas actitudes marginadoras y se auto discrimina (FEDEAFES, 2013). Se generan sentimientos de vergüenza, incapacidad y culpa, que afectan psicológica y socialmente a las personas, haciendo que se retraigan de situación sociales, que se sientan desvalorizados; siendo la causa de que muchas personas no estén diagnosticadas ni tratadas, especialmente al comienzo del trastorno, cuando el éxito del

tratamiento es mayor (Aristegui, Vázquez, Dorigo y Lucas, 2012). Asimismo, el miedo y la aversión de la sociedad cierra muchas puertas a estas personas: sanitarias, laborales, de vivienda o de relaciones sociales (FEDEAFES, 2013).

ESTIGMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Es importante mencionar a los medios de comunicación debido a su capacidad de influencia, ya que son la principal fuente de información que tiene la población sobre la Salud Mental. Juegan un papel decisivo en la producción, propagación y reforzamiento de los estereotipos asociados al proceso de estigmatización, al constituir mecanismos de conformación de la identidad colectiva (Bates y Stickley, 2012; López, 2007).

Las imágenes más frecuentes de la enfermedad mental que aparecen en los medios son aquellas relacionadas con la agresividad, la violencia y el crimen, acompañado de la creencia de que son personas impredecibles, con las que no se puede establecer comunicación y diferentes del “resto de nosotros” (Mena, Bono, López y Díaz, 2010); lo que provoca la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias. No obstante, también hay autores que defienden que los medios son tan sólo un espejo de la realidad social y transmiten la imagen que está en la calle y los ciudadanos quieren leer, ver u oír (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén, e Izquierdo, 2011).

CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL

El estigma y la discriminación poseen componentes cognitivos, emocionales y conductuales, lo que provoca consecuencias negativas en el comportamiento hacia las personas con enfermedad mental y, más allá, sobre el conjunto del sistema de atención en Salud Mental (Angermayer y Schulze, 2001; López-Ibor y Cuenca, 2000; Wahl, 1999; Warner, 2001).

Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con enfermedad mental sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud (OMS, 2013). Así, estas personas suelen vivir situaciones de vulnerabilidad, viéndose excluidas y marginadas de la sociedad. Estas barreras, además de afectar la dignidad y la autoestima de dichas personas (Wahl, 1999), tienen efectos discriminatorios en el acceso al ejercicio de derechos ciudadanos, así como a indispensables cuidados y servicios de atención (López-Ibor y Cuenca, 2000; OMS, 2001b). Tiene, además, un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes (Lee, 2002).

El estigma de agresión o peligrosidad de los pacientes se asocia con el desarrollo de cuadros depresivos, una mayor ansiedad y aislamiento social, disminución de la autoestima y menores oportunidades de empleo (Steadman, 1998). Además impacta negativamente en el diagnóstico y tratamiento pues reduce las probabilidades de búsqueda temprana de atención especializada (Depla, De Graaf, Van Weeghel y Heeren, 2005), lo que empeora el pronóstico clínico e incrementa el riesgo de exclusión y la vulnerabilidad de los pacientes.

Dentro de las enfermedades mentales, las personas con esquizofrenia constituyen uno de los grupos sociales más discriminados (Serafini et al., 2011). Las personas con trastornos mentales, que sufren estigma, son más propensas a experimentar exclusión por parte de sus familias, mayor hostilidad por parte de otras personas, sufrir abusos, recibir peor atención sanitaria y por tanto, morir más jóvenes. En ocasiones, estas personas también interiorizan el estigma reduciendo notablemente sus perspectivas de recuperación (Schafer, Woog y Williams, 2011), ya que influye directamente en los factores que la favorecen como la autoestima, la creatividad y el empoderamiento (Delaney, 2012).

PROFESIONALES DE LA SALUD Y ESTIGMA SOCIAL

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las personas que sufren la enfermedad (auto-estigma), sus familiares, la sociedad, los profesionales sanitarios que les atienden e incluso aquéllos que trabajan específicamente en Salud Mental.

Las investigaciones consultadas informan que estas actitudes negativas también se observan en los profesionales sanitarios, como médicos, psiquiatras, psicólogos o enfermeros (Albuixech, 2004; Álvarez y Almeida, 2008; Brinn, 2000; Hapel y Gough, 2007; López et al., 2008; Wallach, 2004) y también repercute en los sistemas de salud (Corrigan et al., 2007; Lawrence y Kisely, 2010; Serafini et al., 2011). Prueba de ello, es que en algunos estudios se ha encontrado que los usuarios que acuden a los servicios de salud, se quejan del trato y las actitudes negativas por parte de los profesionales, proporcionándoles además un menor nivel de atención (Boyle et al., 2010; Kassam, Glozier, Leese, Loughran y Thornicroft, 2011; Magliano et al., 2011).

Los profesionales de la enfermería, al igual que otros profesionales sanitarios, también desarrollan actitudes estigmatizantes (Angel, Cooke y Kovac, 2005), como aquellas basadas en el paternalismo, otras veces cierta deshumanización (las personas con enfermedad mental están carentes de sentimientos, tienen menor sensibilidad y derechos básicos) y también a la hora de transmitir mensajes desmoralizantes, al anunciar que el curso de la enfermedad será difícil y será un largo proceso la enfermedad (Muñoz, Pérez-Santos,

Crespo y Guillén, 2009). Según Delaney (2012) “por supuesto que las enfermeras de Salud Mental son conscientes del problema del estigma y del daño causado por éste a los pacientes, pero lo que no pueden “ver” es el estigma que ellas promueven con su propio comportamiento y con las repercusiones del tratamiento y los cuidados que proporcionan”.

Muñoz et al. (2009) han realizado una revisión sobre el estigma en los profesionales que trabajan con la enfermedad mental (Anexo 1).

Las actitudes de los profesionales sanitarios son de suma importancia ya que constituyen un factor determinante en la calidad de la atención prestada a las personas con enfermedad mental (Kassam, Glozier, Leese, Henderson y Thornicroft, 2010). Algunos autores han mostrado que los efectos de las actitudes estigmatizadoras de los profesionales puede influir en el retraso del diagnóstico de estas enfermedades, o en el hecho contrastado de que los pacientes con enfermedades mentales reciban una peor atención en otras patologías que padezcan (Thorndicroft, 2006); también pueden disuadir a las personas en la búsqueda de ayuda, ya que no quieren sufrir la correspondiente etiqueta de “enfermo mental” (Bobes, Fillat y Arango, 2009; Mena, 2009), empeorando de esta forma la evolución y el pronóstico de la enfermedad mental y por tanto, de sus condiciones de vida.

UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Los profesionales de enfermería como grupo integrante de la sociedad pueden presentar también ideas erróneas y estereotipos que perpetúen el estigma hacia las personas con enfermedad mental. Las intervenciones y la manera de comportarse de forma consciente en algunos casos e inconscientes en otros, puede provocar situaciones de discriminación y prejuicio hacia estas personas. Resulta obvio, que para dar cuidados de salud eficaces, los profesionales sanitarios no se vean obstaculizados por estas actitudes estigmatizantes.

La integración de la red de Salud Mental en el nivel de atención especializada, constituye una gran oportunidad para avanzar en la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental. Esta lucha debe comenzar por los propios sistemas de salud, de este modo, los profesionales se encuentran en una posición privilegiada que los capacita para motivar e impulsar el cambio y los convierte en “agentes sociales” del proceso de “desestigmatización” contribuyendo a mejorar la situación de las personas con enfermedad mental.

La pertinencia de investigar en esta área también puede aportar información para mejorar el actual sistema de salud, por un lado contribuyendo al desarrollo de diversas maneras de formar a los nuevos profesionales sanitarios y por otro lado, los profesionales debemos

realizar una reflexión que permita poner en tela de juicio nuestras propias actitudes posiblemente estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental.

Este proyecto se enmarcaría en base a todo lo expuesto anteriormente, y también, como una manera de profundizar y analizar el efecto y los aspectos clave del estigma de la enfermedad mental para llegar a establecer propuestas de actuación que colaboren en la disminución del rechazo social de enfermedad mental y así contribuir a una mejora de la situación de las personas que las padecen y a su integración en la sociedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar la percepción, los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería de la UHB del Hospital Universitario Infanta Leonor con respecto al estigma asociado a la enfermedad mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actitudes de los profesionales y sus componentes afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con el estigma social del enfermo mental.
- Conocer las opiniones y actitudes, en función de la categoría profesional (DUE o TCAE), sobre el estigma de asociado a la enfermedad mental.
- Identificar propuestas de actuación que puedan contribuir a reducir el estigma de la enfermedad mental por parte de los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización de esta investigación se empleará un diseño con metodología cualitativa de carácter fenomenológico descriptivo. Este paradigma analiza un fenómeno social a través del significado de las experiencias y comportamientos de las personas que lo viven en un contexto determinado (Maykut y Morehouse, 1994). Se trata de una concepción humanista, ya que no reduce las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas que pierden de vista el aspecto humano de la vida social.

El uso de métodos cualitativos permite un acercamiento a la realidad concreta de los participantes, poniendo especial atención en su percepción, interpretación y vivencias como profesionales de enfermería que trabajan con personas con enfermedad mental.

Por la naturaleza del estudio, se ha decidido usar esta metodología cualitativa ya que permite la comprensión del fenómeno en su entorno natural, mediante análisis interpretativo y una descripción densa de lo que se dice, se hace y se piensa. En este estudio lo que interesa conocer es el discurso de los profesionales de enfermería que atienden a personas con enfermedad mental, para comprender sus vivencias, opiniones, expectativas y percepciones del estigma asociado a la enfermedad mental.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El contexto elegido para llevar a cabo esta investigación es la unidad de hospitalización breve psiquiátrica (UHB) ubicada en el Hospital Universitario Infanta Leonor perteneciente a la Red de Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid. Dicha unidad está destinada a atender las necesidades de hospitalización en Salud Mental de la población de los distritos de Villa de Vallecas y Puente de Vallecas, así como a aquellos otros ciudadanos de la región que lo han elegido en virtud de la Ley de Libre Elección Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Es un dispositivo de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad.

La población objeto principal de esta investigación son los profesionales de enfermería que ejercen su labor asistencial dicha unidad de Salud Mental. Se divide en dos clases:

- Diplomados Universitarios Enfermería * (DUE).
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

* Únicamente se mencionan los diplomados ya que ningún trabajador posee la titulación de Grado en Enfermería.

Respecto a la UHB del Hospital Universitario Infanta Leonor el personal de enfermería está formado por catorce DUEs (cuatro de ellos especialistas en Salud Mental), quince TCAEs, una supervisora de la unidad que en el momento de la investigación se encuentra en situación de ILT y una encomienda que ejerce labores de supervisión. Actualmente la hospitalización cuenta con 12 camas. Será criterio de exclusión aquellos profesionales de enfermería que no pertenezcan a la plantilla de trabajadores de la UHB del HUIL.

En la metodología cualitativa, el poder de la muestra no radica en su tamaño sino en su capacidad de reflejar la diversidad del fenómeno estudiado. Este estudio pretende trabajar sobre una muestra seleccionada intencionalmente atendiendo a criterios de adecuación y diversidad. El número de participantes lo determinará el principio de saturación de la información dejando de incorporar participantes cuando éstos no aporten datos nuevos.

Para la elección de la muestra intencional de DUEs se tendrán en cuenta los criterios de: *Titulación* (enfermero especialista en Salud Mental o enfermero generalista con experiencia en Salud Mental) y *Años de experiencia en la red de Salud Mental* (5 años o más y menos de 5 años). En el caso de la muestra intencional de TCAEs únicamente se consideró el criterio de *Años de experiencia en la red de Salud Mental*.

Respetando la normativa ética, serán seleccionados sólo los profesionales que voluntariamente deseen participar en el estudio y que firmen el consentimiento (Anexo 2).

DISEÑO DE LAS TÉCNICAS / RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

La recogida de información se realizará a través de la triangulación de métodos, lo que ayudará a controlar la tendencia del observador y garantizar la veracidad y fiabilidad de la información. Las técnicas utilizadas serán:

A. Grupos de discusión:

Esta técnica busca la interacción entre los participantes como método de recoger información. No es la suma de respuestas individuales sino que explora el discurso social que se genera entre los participantes en torno al tema objeto de estudio.

Se realizarán grupos homogéneos y no dirigidos para que los participantes puedan conversar dentro de un ámbito informal. A pesar de no ser dirigidos, la moderadora cuenta con un guión temático para estructurar la sesión y sugerir temas que se consideren importantes para la evaluación del objeto de estudio. Este guión temático fue elaborado a partir de la revisión de la bibliografía sobre el tema y de la propia experiencia (Anexo 3).

B. Entrevistas individuales en profundidad semiestructuradas:

Las entrevistas se realizarán con el objetivo de retomar y ampliar aspectos importantes tratados en los grupos de discusión, así como profundizar en la propia experiencia individual y explorar las actitudes personales con respecto al tema tratado.

Los temas y preguntas estarán decididos previamente y reflejados en una guía a modo de áreas generales ampliables y revisables (Anexo 4). El número de entrevistas dependerá de la información relevante obtenida y del grado de saturación de los datos.

C. Observación participante en la UHB objeto de la investigación:

Esta técnica permite al investigador verificar definiciones de los términos que los participantes usan en entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir y observar situaciones que han descrito en entrevistas y en los grupos (Marshall y Rossman, 1995).

El objetivo es obtener información en el contexto en el que se genera, sin la presión de un entrevistador. Para ello, se tomarán notas de campo mediante la observación participante y se llevará a cabo un registro anecdótico de todos los datos que nos aporten las observaciones y conversaciones para obtener la máxima información posible relativa a las actitudes y comportamientos de los profesionales de enfermería que sean de alguna manera estigmatizantes para las personas ingresadas en la UHB.

VARIABLES / DIMENSIONES DEL ESTUDIO

Se recogerán las siguientes variables para la selección y segmentación de la muestra:

Perfil de personas participantes:

- Categoría profesional: DUE (especialista en Salud Mental o generalista) o TCAE.
- Años de experiencia en la red de Salud Mental: 5 años o más y menos de 5.

Áreas a explorar:

- Realidad que viven las personas con enfermedad mental.
- Dificultades y obstáculos percibidos por los usuarios de la red de Salud Mental.
- Posibilidades de recuperación.
- Diferencias de la imagen suscitada entre los diferentes trastornos por la población.
- Trato recibido en el HUIL (UHB y otras áreas de hospitalización y urgencias).
- Experiencia vivida por los profesionales de Salud Mental.
- Propuestas de actuación en la lucha contra el estigma.

Y las categorías emergentes que pudieran surgir en el transcurso de los grupos de discusión y las entrevistas individuales.

TRABAJO DE CAMPO

A. Grupos de discusión

Se han realizado dos grupos de discusión para la categoría de DUEs y uno para la categoría de TCAEs. Dichos grupos han tenido una duración media de unos 60 minutos. Fueron grabados con el consentimiento de los participantes y moderados por la investigadora, una vez finalizados se han recogido, en un cuaderno de campo, las incidencias y sensaciones observadas en el grupo, así como las ideas e interrogantes que iban surgiendo, susceptibles de un análisis posterior.

La elección de los participantes ha tenido un carácter intencional, seleccionando perfiles representativos de todas las clases que conforman la población objeto. La captación de los investigados la ha realizado directamente el investigador. En el Anexo 5 se puede ver las variables de las personas que han formado parte de cada uno de los grupos de discusión

Se llevaron a cabo en una habitación silenciosa, fuera de la unidad donde trabajan los profesionales, pero dentro del hospital para facilitar a los participantes acudir a la reunión.

En el sistema de notación que se ha empleado para identificar las transcripciones se ha sustituido el nombre de la persona por la palabra “*Participante*” seguido de un número o letra que lo identificase pero garantizando el anonimato de la persona.

B. Entrevistas individuales en profundidad semiestructuradas:

En total se han realizado tres entrevistas individuales para la categoría de DUE y dos para la categoría de TCAE. Con una duración media de 30 minutos. Fueron grabadas previa autorización de los participantes, una vez finalizadas se han registrado las incidencias y observaciones pertinentes por el investigador en un cuaderno de campo.

Al igual que en los grupos, la captación de las personas entrevistadas la ha realizado directamente el investigador y la selección de los participantes tuvo un carácter intencional. En el Anexo 6 se muestran las variables de las personas entrevistadas.

C. Observación participante en la UHB objeto de la investigación:

Durante los meses que ha durado la investigación se ha llevado a cabo un registro anecdótico sistematizado, que incluyó fecha de registro, lugar dónde se produjo el acontecimiento, contexto en el que sucedió, descripción objetiva de los hechos y por último,

la valoración subjetiva del observador. También se ha registrado aquellos acontecimientos conocidos por la investigadora y que guardan relación con el estigma asociado a la enfermedad mental que han sucedido antes de comenzar este proyecto.

Una de las ventajas de esta técnica es que el observador conoce perfectamente el entorno físico donde se lleva a cabo la recogida de datos ya que forma parte de él, por tanto no es visto como persona ajena y la información recogida no estará sesgada.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Pretende extraer el significado de la información obtenida, transformándola en datos útiles para el estudio. Se seguirán las distintas fases propuestas por Taylor y Bodgan (1998):

- a) *Preparación de los datos*: una vez finalizados los grupos de discusión y las entrevistas individuales se llevará a cabo la transcripción y la lectura comprensiva de los discursos para la segmentación de los datos.
- b) *Descubrimiento de temas*: tras una lectura comprensiva se elaboraran tipologías o categorías con unidad de significado propio para su posterior codificación y se desarrollarán conceptos y proposiciones teóricas.
- c) *Codificación*: reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones; estableciendo categorías, metacategorías y dominios.
- d) *Relativización*: interpretarlos en el contexto en que se recogieron.
- e) *Redactar las conclusiones*: descripción general que refleja la opinión de los participantes y en la que estarán expuestas explícitamente todas las unidades de significado y temas comunes.

Se empleará el programa informático para datos cualitativos Weft-QDA.

Se contará con la colaboración de un investigador externo que revise el análisis de la información, removiendo el sesgo potencial que proviene de una sola persona y asegurando la confiabilidad en las observaciones. La fiabilidad de los resultados quedará garantizada gracias a la utilización de distintas fuentes de datos y por la triangulación de técnica.

Al tratarse de un estudio cualitativo, se considera que a lo largo de la fase de recogida y análisis de datos pueden ir emergiendo nuevas dimensiones de análisis que no se hayan contemplado en la fase de elaboración del proyecto y que se irán incorporando a medida que vayan surgiendo y sean consideradas de interés.

PLAN DE TRABAJO: ETAPAS DE DESARROLLO

Fase 1ª: Establecimiento de bases teóricas y metodológicas del estudio.

- Investigación bibliográfica y rastreo de fuentes primarias.
- Estudio piloto de la metodología propuesta.
- Reajuste metodológico y elaboración de propuesta definitiva de investigación.

Fase 2ª: Recogida de datos.

- Grupos de discusión.
- Realización de entrevistas.
- Observación participante.

Fase 3ª: Transcripción y análisis de los datos

Fase 4ª: Redacción de memoria de investigación y divulgación de resultados.

- Redacción de los resultados y conclusiones, elaboración del informe final.
- Divulgación de resultados.

En el Anexo 7 se puede ver el cronograma de actividades.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el fin de cumplir los requisitos éticos, el trabajo se realizará siguiendo las Normas de Buena Práctica Clínica y se contemplarán los aspectos éticos señalados en la Declaración de Helsinki y leyes al respecto.

El estudio está aprobado por el Grupo de Apoyo a la Investigación Enfermera y presentado ante el Comité de Investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor.

La ejecución de dicho estudio no representa ningún riesgo ni perjuicio para los participantes, ya que se limita a recoger y analizar su discurso, no suponiendo ninguna intervención invasiva ni que vulnere su seguridad y privacidad. Además, por las particularidades de la metodología de la investigación, no se hace necesario recoger ningún dato de filiación de las personas participantes. Del mismo modo, para asegurar la voluntariedad en la participación de dicho estudio, todos los participantes han leído y firmado un consentimiento informado, donde aparecerá reflejado el nombre y tipo de estudio, la finalidad del mismo, la aportación concreta al mismo y se puntualizará el aspecto de la participación voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Tras analizar el discurso de los participantes en los grupos de discusión, entrevistas individuales y notas de campo se han establecido diecinueve categorías independientes que engloban todas las unidades de análisis relevantes que recogen la percepción, los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería de la UHB del HUIL con respecto al estigma asociado a la enfermedad mental. Para un mejor análisis e interpretación de los datos se llevó a cabo una comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes, identificándose ocho núcleos temáticos que incluían todas las categorías. Por último, tras un análisis lineal y transversal de los núcleos temáticos, estas metacategorías pudieron ser agrupadas en tres dominios que recogían, ordenaban y facilitaban la interpretación de los resultados (Anexo 8).

Como se observa en la matriz, se han identificado tres dominios: *Valoración de la situación actual de las personas con enfermedad mental, valoración de la situación asistencial y el estigma social.* El primero de ellos describe la realidad que viven las personas con enfermedad mental y las características propias de la enfermedad; el segundo hace referencia al trato que reciben las personas con trastorno mental ingresadas en el HUIL y los conocimientos, actitudes y comportamiento de los profesionales de enfermería; en el tercer y último dominio se identifica el estigma asociado a la enfermedad, tanto el sufrido por las personas que padecen la enfermedad como el de los profesionales que les atienden, se describe la imagen emitida en los medios de comunicación y se establecen propuestas de actuación para luchar contra el estigma de las personas con enfermedad mental.

Para comprender mejor el análisis es preciso matizar que tanto la realidad vivida de las personas con enfermedad mental como su situación asistencial está fuertemente influenciada por el estigma social que desde siempre se ha asociado a la enfermedad.



Ilustración 1. Diagrama de análisis (Dominios/Metacategorías/Categorías)

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y EL ESTIGMA SOCIAL

Aunque se han considerado como dos dominios independientes es necesario realizar un análisis conjunto para comprender mejor la situación que viven las personas con enfermedad mental.

Dentro del dominio “*Valoración de la situación actual*” se han identificado dos metacategorías: *realidad que viven y sobre la enfermedad mental*.

Realidad que viven las personas con enfermedad mental

Uno de los objetivos de este proyecto es explorar la percepción de los profesionales de enfermería (DUEs y TCAEs) sobre las personas con enfermedad mental, interesa conocer la visión que tienen los profesionales sobre la situación que viven estas personas. Para ello se organizó toda la información emitida por los participantes, en referencia a esta cuestión, en tres categorías independientes pero relacionadas entre sí: “*imagen que transmiten*”, “*dificultades y obstáculos*” y “*apoyos que tienen*” las personas con enfermedad mental.

Imagen que transmiten las personas con enfermedad mental

Esta categoría engloba la opinión de los profesionales sanitarios sobre el concepto y la imagen que transmiten las personas con enfermedad mental para la sociedad en general.

Desde el punto de vista de los DUEs, la sociedad tiene una imagen negativa y estereotipada de las personas con enfermedad mental. En la mayoría de las ocasiones, esta imagen negativa, es potenciada por los medios de comunicación, lo que acaba configurando el verdadero estigma de la enfermedad mental.

PARTICIPANTE A [3771-3868] “*Un psicótico pues es algo horroroso, es ese malo que te va a matar y te va a violar por la noche*”

PARTICIPANTE D [62-510] “*En los medios de comunicación, en las películas, en las series... se asocia al enfermero mental con violencia o con asesinos, yo creo que parte del estigma está asociado a la imagen que se da en los medios de comunicación*”

Analizando el discurso no se han detectado diferencias entre las DUE Generalistas y las Especialistas en Salud Mental, así como entre las que tienen cinco años o más de y las que tienen menos de cinco años, todas ellas coinciden en que la imagen de “enfermo mental” en la sociedad está estereotipada, asociando a éstas personas con la violencia, peligrosidad y

la imprevisibilidad, creando prejuicios y discriminación. Se han detectado múltiples adjetivos negativos para definir a las personas con patología mental: *bichos raros, malas personas, agresivos, se les considera el rechazo social de la sociedad, peligrosos, impredecibles, maquiavélicos, locos...* lo que se traduce en miedo y rechazo por la población. Además los profesionales afirman que dentro del mundo sanitario la Salud Mental no está “tan bien vista” como otras especialidades.

PARTICIPANTE 2 [94-153] “La psiquiatría sigue siendo el "patito feo" de la medicina”

La imagen negativa que tiene la sociedad de las personas con enfermedad mental difiere del punto de vista que tienen las enfermeras que trabajan en Salud Mental ya que el hecho de conocer la enfermedad te da otro punto de vista y en vez de ver a una persona peligrosa ven a una persona con sufrimiento.

Los TCAEs, coinciden en que la imagen de las personas con enfermedad mental en la sociedad, es una imagen negativa. Tanto los profesionales con menos de cinco años como los de cinco años o más, afirman que la imagen ha ido cambiando con la sociedad, en sentido positivo.

PARTICIPANTE 1 [1502-1728] “Ahora no se llama loco pero antes era manicomio y loco... pero es verdad que antes un esquizofrénico estaba encerrado, un bipolar también y ahora sí está controlado y medicado, está trabajando, algunos tienen su vida normal”

Consideran que la imagen negativa y las reacciones que provocan en la población, sobretodo miedo y rechazo, son debidas al desconocimiento y a la falta de información sobre los trastornos mentales. Afirman que las enfermedades mentales “van a ser uno de los hándicaps de esta sociedad” y uno de los retos del futuro debido al aumento del número de personas que padecen o padecerán un trastorno mental.

Dificultades y obstáculos

Esta categoría trata de identificar las dificultades y obstáculos a los que se enfrentan las personas con enfermedad mental en su día a día y en diferentes ámbitos de su vida.

Desde el punto de vista de las enfermeras que trabajan en la UHB consideran que las personas que padecen una enfermedad mental presentan más dificultades que otra persona que no sufre esta enfermedad en su día a día.

PARTICIPANTE 2 [1268-1332] “Si tienes una enfermedad mental se te cierran todas las puertas”

Las DUE generalistas identifican más dificultades que las especialistas, puede ser debido a que las DUE especialistas tienen menos experiencia profesional (menos de cinco años).

Se han detectado obstáculos para las personas con enfermedad mental en diferentes ámbitos: en la vida relacional – afectiva (a la hora de buscar pareja, de tener un hijo, bien porque con los tratamientos de las pacientes no pueden quedarse embarazadas y es preciso cambiar la medicación o bien porque las parejas de un paciente con enfermedad mental no quieren tener hijos por miedo a que hereden la enfermedad de su progenitor), en el ámbito social (suelen ser personas más retraídas con dificultades para socializarse, tener amigos e incluso mantener una conversación), en el vecindario (en ocasiones son rechazadas por sus vecinos) y en el ámbito laboral (tienen grandes problemas para encontrar un trabajo y/o mantenerlo).

PARTICIPANTE 2 [3372-3696] "Además que tengo esto, que es una putada, afecta a mi familia, afecta a mi trabajo, afecta a mi vida en general..."

Otra dificultad detectada por los profesionales sanitarios es la falta de recursos y dispositivos en la red de Salud Mental, ya que muchas veces tienen que esperar largas listas de espera para una plaza en una media o larga estancia.

PARTICIPANTE 2' [367-478] "Muchas veces aquí nos vemos un poco limitados porque no hay plazas o porque las listas de espera son muy largas"

Hay diferencias en cuanto a las dificultades detectadas en función de la zona o barrio en el que se viva, del nivel socioeconómico de la persona con enfermedad mental y del nivel educacional; ya que una persona de una clase social media-alta va a tener menos dificultades pero debido a la clase social a la que pertenece va a estar más estigmatizada por las personas que la rodean; en cambio una persona que resida en un barrio más humilde va a tener más dificultades en su día a día a causa de su enfermedad. En el discurso de los participantes se pone de manifiesto el barrio de Vallecas en el que está ubicado el hospital y en concreto a algunas personas ingresadas en la UHB pertenecen a círculos en los que está muy presente la drogadicción, estas personas tendrán menos estigma social pero mayores dificultades en su día a día.

Las personas con trastornos mentales tienden a organizarse y relacionarse entre ellos lo que hace que se aislen más de la sociedad y dificulte el poder relacionarse con gente de su entorno que no tenga una enfermedad mental.

Según los TCAEs las dificultades que encuentran las personas con trastorno mental están relacionadas con el estigma social asociado a la enfermedad.

PARTICIPANTE 1' [1042-1333] "Obstáculos todos, todos los que tenemos los normales más los suyos añadidos... desde los propios de la enfermedad mental que tienen hasta los efectos secundarios de la medicación que toman"

Al igual que los DUEs detectan dificultades en su vida relacional – afectiva (buscar y mantener amigos, pareja...), en el ámbito social (a la hora de relacionarse, debido al aislamiento social que sufren debido al estigma asociado a la enfermedad), en el ámbito laboral...

Apoyos que tienen las personas con enfermedad mental

Las redes de apoyo son de vital importancia para todos los seres humanos ya que tienen especial interés para la calidad de vida de las personas. Existe una relación directa entre el apoyo social y la salud mental, pero en ocasiones los profesionales de la salud se centran más en los aspectos más "médicos" dejando a un lado la parte más "social" de las personas.

Esta categoría trata de agrupar los apoyos con lo que cuentan las personas con enfermedad mental y lo que influyen estas redes sociales en su vida.

Analizando el discurso de las enfermeras llama la atención que las especialistas en Salud Mental apenas mencionan los apoyos que tienen las personas con un trastorno mental, en cambio, las DUEs generalistas dan gran importancia a la red de apoyo que tenga una persona para el desarrollo de su vida y la prevención de recaídas.

Consideran un pilar básico el *apoyo familiar* ya que en la sociedad occidental está considerada el eje vertebrador, en el que se desarrolla y mueve una persona. El problema detectado por los profesionales es que un gran número de las personas que ingresan en la unidad no cuentan con dicho apoyo, al provenir de familias desestructuradas que no van a ayudar ni dar una estabilidad a la persona con enfermedad mental.

PARTICIPANTE 3' [7739-7851] "Lo involucrado que esté la familia que es la que mueve mucho el sistema, que es la que lo lleva indefinidamente"

El segundo apoyo más mencionado son las asociaciones de personas con enfermedad mental, como puede ser por ejemplo la *Asociación de Enfermos con Trastornos Bipolares*, donde realizan terapias grupales y diversas actividades, favoreciendo la integración de sus miembros, aumentando la sociabilidad de las personas con una enfermedad. Uno de los

inconvenientes de tener como apoyo principal una asociación es que, en ocasiones, las personas con enfermedad mental se relacionan únicamente con los miembros de la asociación, asilándose cada vez más del resto de la sociedad.

PARTICIPANTE 2' [919-1084] "Tendrían que relacionarse con gente de todo tipo, que no tengan ese tipo de patología y que puedan tener una relación normal con otras personas... no que te una el hecho de tener una enfermedad mental"

Otro de los puntos de apoyo importante para las personas con un trastorno mental es el vínculo que tengan con su psiquiatra y enfermera de referencia, ya que si la relación es positiva en ambos sentidos, ante cualquier indicio de desajuste, la persona con enfermedad mental va a recurrir a los profesionales sanitarios previniendo complicaciones mayores, además tendrá una mejor adherencia terapéutica y conciencia de enfermedad, dos aspectos fundamentales para un mejor pronóstico de la enfermedad.

Hay unanimidad entre las DUEs sobre la falta de apoyo y la escasez de recursos que tienen las enfermedades mentales en comparación con cualquier otra enfermedad física.

Desde el punto de vista de las TCAEs, sólo aquellos profesionales con menos de cinco años de experiencia, han hablado sobre los apoyos que tienen las personas con estos trastornos, considerando como pilar básico el *apoyo familiar* que tengan.

Consideran que cualquier persona con enfermedad mental debe tener al menos un apoyo, que esté siempre ahí, para poder detectar cualquier síntoma de desajuste, solicitando ayuda profesional lo antes posible, para prevenir complicaciones.

PARTICIPANTE 1 [3368-3626] "Es que desde el principio, es como el árbol, si están mal las raíces, o a veces están bien las raíces pero se tuerce en el camino, entonces está torcido y como no esté alguien sujetándolo para que se ponga recto, se cae... pero tiene que haber alguien ahí"

También mencionan la diferencia que existe al vivir en diferentes zonas o barrios, el nivel socioeconómico y cultural que tengan su familia o círculo cercano en el desarrollo de la enfermedad y las posibilidades de recursos que tengan.

Sobre la enfermedad mental

Es la segunda metecategoría del dominio "*Valoración de la situación actual*". Las personas con trastornos mentales están fuertemente influenciadas por su enfermedad, por lo que en este proyecto se ha considerado importante hacer una mención a las características de la enfermedad mental para comprender mejor cómo influye en las personas que la padecen.

Diferencias entre patologías

Como se expuso en la introducción, bajo la denominación de enfermedad mental se engloba un amplio y diverso número de patologías. No todas ellas se consideran igual ni tienen la misma imagen a ojos de la sociedad, van desde las más aceptadas socialmente porque “nos puede pasar a todos” hasta otras que se acercan más a la visión tradicional de “la locura”.

Desde el punto de vista de los DUEs, consideran que las enfermedades mentales más aceptadas, son la depresión y el trastorno de ansiedad; en el lado contrario está la esquizofrenia, siendo la enfermedad con peor imagen y más estigmatizada.

PARTICIPANTE 1' [2118-2352] “La imagen social que se tiene de una persona con esquizofrenia generalmente tiende siempre a ser mala, es una persona mala, es una persona agresiva... y por ejemplo con el tema de la depresión pues es una persona que pobrecita...”

En el discurso de las participantes también mencionan los trastornos de personalidad (TP) como algo muy negativo, especialmente los antisociales, debido a las dificultades de manejo de las personas con esta enfermedad cuando están ingresadas en la UHB.

En el discurso de los TCAEs también señalan las diferencias que existen entre unas patologías y otras. Al igual que los DUEs consideran la depresión como “una enfermedad más light”, existen patologías como el trastorno por ansiedad con mejor aceptación social ya que “nos puede pasar a todo el mundo” y en el lado opuesto está la esquizofrenia que la consideran como “una enfermedad mucho más grave”.

Uno de los TCAEs participantes ve la necesidad de hacer divisiones y grupos entre las patologías a la hora de trabajar en las unidades, para adecuar el tratamiento de unas y otras en función de sus características.

PARTICIPANTE 1' [1370-1815] “Yo creo que las enfermedades mentales tenían que hacer aquí subgrupos porque hay cosas que se pueden parecer, unas son más afectivas, otras se relacionan más con las sustancias, otras se relacionan más con hábitos malos de vida... creo que esto se debería cribar un poquito, y si se criban un poquito y se quitara tanta mezcla creo que su tratamiento funcionaría mucho mejor”

Causas de la enfermedad mental

Los trastornos mentales responden muy pocas veces a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas.

Los profesionales de enfermería son conscientes de que la sociedad en ciertas ocasiones tiene una idea errónea de las causas de las enfermedades y atribuyen la responsabilidad a la persona con un trastorno mental del origen de su enfermedad, como si se la mereciera. Al considerar a alguien como responsable de lo que le pasa, la reacción ante sus problemas suele ser de rabia en vez de deseo de ayudar, o de compasión en un sentido más amplio. Visto desde la perspectiva del paciente, si se considera que es responsable esto hace que no busque ayuda y empeore el pronóstico de su enfermedad.

***PARTICIPANTE 3 [1520-2016]** “Tienes una enfermedad mental, una esquizofrenia por ejemplo, pues a lo mejor por haber consumido cocaína durante tantos años, entonces en cierto sentido te lo mereces, te lo has buscado. Tienes esta enfermedad mental pues a lo mejor porque de pequeño te juntaste con estas compañías que no eran lo más adecuado para ti, te empezaste a meter tú en un ambiente un poco turbio... y ya está, te lo has buscado”.*

Los DUEs consideran que los trastornos mentales son difíciles de entender para la sociedad por dos motivos, bien porque no hay un desencadenante que provoque la enfermedad o bien porque los síntomas no son físicos y no se pueden objetivar en muchas ocasiones.

***PARTICIPANTE 1' [2355-2554]** “Cuando no hay un motivo aparente o una desgracia aparente se empieza a no entender la enfermedad, "pero bueno que le pasa, joder, si es que no le pasa nada, si es que lo tiene todo...”*

Únicamente uno de los TCAEs entrevistados mencionó las causas de la enfermedad, considera que la sociedad atribuye a la persona con trastorno mental responsable de su enfermedad.

***PARTICIPANTE 2' [5075-5160]** “Deberían de saber que uno no está loco porque quiere, sino hay una enfermedad por medio”*

Posibilidades de recuperación

La recuperación se puede definir como un estado en el que la persona con enfermedad mental tiene la capacidad para funcionar en la sociedad, social y laboralmente, al tiempo que está relativamente estable de sintomatología. Dicho de otra manera, que permita vivir una vida digna e integrada socialmente a pesar de la discapacidad producida por su enfermedad.

Esta categoría agrupa la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a las posibilidades de recuperación de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental.

Desde el punto de vista de las DUE especialistas en Salud Mental con menos de cinco años de experiencia consideran que la curación de la enfermedad mental no existe, pueden mejorar y llevar una vida normalizada siempre y cuando tengan una serie de precauciones. Afirman que hay que trabajar dos temas fundamentales para conseguir tener una vida “normalizada” que son la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento ya que pueden prevenir nuevos episodios y mejorar su calidad de vida.

Por otro lado las enfermeras generalistas con cinco años o más de experiencia diferencian entre las enfermedades mentales crónicas y aquellos brotes puntuales. En el primer caso, coinciden en que la curación no existe al ser una enfermedad crónica pero pueden llevar una vida completamente normal y estable siempre y cuando cumplan un tratamiento y tengan un seguimiento de su enfermedad, ya que ante cualquier factor estresante se pueden desestabilizar. En el caso de los brotes puntuales, como puede ser un brote psicótico por consumo de sustancias, si se realiza una intervención temprana, se trabaja la conciencia de enfermedad y el cese de los hábitos tóxicos es muy probable que la enfermedad no vuelva a suceder y se quede en algo aislado.

Los TCAEs al igual que los DUEs coinciden en que las posibilidades de curación son escasas o mínimas, existe una recuperación o mejoría de la sintomatología de su enfermedad mientras cumplan el tratamiento y mantengan un estilo de vida adecuado.

***PARTICIPANTE 2 [502-607]** “Creo que mejoran, con un mantenimiento... Pueden tener periodos mejor o periodos peores...”*

Consideran importante para las posibilidades de recuperación, que una persona sea consciente de su enfermedad para aceptarla y desarrollar habilidades personales que faciliten su día a día para tener una vida normalizada.

***PARTICIPANTE 1 [3047-3211]** “Luego las habilidades de cada uno, los trucos, las capacidades, las rutinas... al final el paciente se acostumbra y sabe controlarlo si realmente está bien ajustado”*

Al igual que los DUEs diferencian entre las personas con enfermedad mental crónica, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno obsesivo compulsivo, de las patologías mentales agudas como las psicosis orgánicas. El primer tipo no tiene curación, pero sí una recuperación y estabilización; en las enfermedades agudas, una vez que se resuelva la causa que lo produce, remite la enfermedad y en este caso sí se puede hablar de curación.

En el Anexo 9 se pueden ver más verbatim de DUEs y TCAEs sobre la “*Valoración de la situación actual de las personas con enfermedad mental*”.

Dentro del dominio “*Estigma social*” se han identificado cuatro metacategorías: *personas con enfermedad mental, imagen en los medios de comunicación, estigma dirigido a los profesionales de enfermería y propuestas de actuación* (ésta última la analizaremos más adelante).

Como hemos visto tanto la realidad de las personas con enfermedad mental como el propio trastorno está fuertemente influenciado por el estigma social que acompaña a la enfermedad, es por este motivo por el que se ha decidido analizar los discursos de los profesionales participantes de una manera conjunta y transversal.

Personas con enfermedad mental

Esta metecategoría refleja el estigma social que sufren las personas con trastornos mentales. En el discurso de los participantes se diferencia el *estigma público* que sufren debido a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación producida por la sociedad y el *auto-estigma* que sufren cuando las propias personas con enfermedad mental interiorizan los estereotipos y prejuicios de su enfermedad.

Estigma público

Esta categoría hace referencia a las actitudes y creencias que el público en general tiene en relación a las personas con una enfermedad mental o sus familiares.

Los estereotipos más frecuentes en la sociedad, según los profesionales de enfermería, son: *personas problemáticas, peligrosas, impredecibles, agresivas, violentas...* Siendo los prejuicios más frecuentes el *miedo* y el *rechazo*.

Las enfermeras creen que el estigma público se debe al desconocimiento que existe de las enfermedades mentales en la sociedad. Reconocen que incluso ellos mismos cuando están fuera de la unidad y se encuentran con una persona con enfermedad mental mantienen los estereotipos y los prejuicios del resto de la sociedad, una DUE generalista afirma que se cambiaría de piso si tuviera un vecino con enfermedad mental.

PARTICIPANTE 2 [158-431] “ *Hasta nosotros mismos a veces tenemos este propio estigma, entonces si nosotros lo tenemos y lo trasmitimos pues la sociedad que no sabe ni de qué va la enfermedad ni lo que les afecta, ni los problemas que hay familiares pues evidentemente el estigma es brutal*”

Desde el punto de vista de los TCAEs confirman los estereotipos, prejuicios y discriminación expuesta anteriormente. Los profesionales afirman que la población estigmatiza todo aquello que se sale de lo considerado “normal” y que se tiende a ocultar la enfermedad mental, no hablando abiertamente de ello y escondiéndolo.

***PARTICIPANTE 3 [356-738]** “Realmente tiene que ser muy complicado el poder decirle a alguien “mi hijo es esquizo, mi hijo oye voces, mi hijo se piensa que le perseguimos”, es realmente complicado. Pero ahora tú profesionalmente conociendo todo esto, si tienes un hijo que hace un debut de esquizofrenia...”*

***PARTICIPANTE 1 [782-1123]** “Me cago en todo”*

Los TCAEs afirman que en los profesionales sanitarios, como parte integrante de la sociedad, también está presente el estigma. El estigma de los profesionales sanitarios que trabajan en Salud Mental se manifiesta con mayor frecuencia fuera de la unidad donde ejercen su labor asistencial. No obstante, los profesionales sanitarios que trabajan en cualquier servicio experimentan más conductas estigmatizantes que los profesionales de Salud Mental, debido al desconocimiento de la enfermedad mental.

***PARTICIPANTE 1 [6058-6185]** “Todos somos estigmatizantes, todos somos etiquetadores, la sociedad es así, nosotros no somos nada más que parte de la sociedad”*

***PARTICIPANTE 1 [7017-7277]** “No todos quieren venir a una planta de psiquiatría, yo prefiero estar con los abuelitos cambiando pañales o haciendo cambios posturales... que miedo, ¿y si me hacen algo?... Eso lo he odia yo de sanitarios de este hospital”*

Dentro del hospital no sólo los profesionales sanitarios tienen conductas estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental también se observan en el personal de limpieza, seguridad, mantenimiento, informática...

Auto-estigma

Esta categoría incluye el estigma que sufre una persona con enfermedad mental cuando interioriza el estigma presente en la sociedad; es decir, la persona afectada reproduce los prejuicios y la discriminación hacia sí misma y su colectivo.

Los profesionales de enfermería en su actividad asistencial del día a día se topan con personas afectadas de una enfermedad mental que sufren auto-estigma: muchas veces no quieren decir que están ingresadas a sus familiares y amigos por “el qué dirán”, otras veces

ellos mismos se limitan a la hora de realizar actividad básicas y se justifican con sufrir una enfermedad mental, se sienten avergonzados de sí mismos...

***PARTICIPANTE 1´ [419-821]** “El que tú no aceptes tener una enfermedad mental es mucho más complicado con lo cual creo que es una pescadilla que se muerde la cola... si tú no entiendes bien lo que tienes, porque la gente te hace pensar que lo que tienes es malo, entonces eso va a hacer que tú rechaces tú enfermedad con lo cual... estás en un círculo que no te deja avanzar...”*

Una persona con enfermedad mental que sufre auto-estigma dificulta mucho su tratamiento y su recuperación ya que en muchas ocasiones no buscan ayuda por la vergüenza y desesperanza que sienten.

Imagen en los medios de comunicación

La imagen que la sociedad tiene de las personas con enfermedad mental depende mucho de los medios de comunicación, tanto para crearla como para modificarla. Esta categoría agrupa la opinión que tienen los profesionales de enfermería sobre cómo se trata la enfermedad mental en los medios de comunicación y las redes sociales.

Según el discurso de los DUEs la imagen que existe en los medios de comunicación y/o en las redes sociales es una imagen negativa, estereotipada y estigmatizada de las personas con enfermedad mental. Apuntan que únicamente mencionan en las noticias a éstas personas para relacionarlas con algún acto de violencia y agresividad.

***PARTICIPANTE 3 [617-891]** “A lo mejor no te cuentan que es una persona tranquila, amable y agradable, eso a lo mejor no porque es superfluo, no tienen ninguna importancia; a lo mejor lo que van y te cuentan es pues mira este mato a no sé quién... lo más morboso por así decirlo”*

Una de las DUEs especialistas hace referencia a la importancia del cine en la imagen que se ha dado de la enfermedad mental. Películas del director Alfred Hitchcock como *Psicosis* o *Los pájaros* han transmitido una imagen estigmatizada de las personas con estas enfermedades lo que conlleva a mantener y arraigar el estigma asociado.

Estigma dirigido a los profesionales de enfermería

El estigma asociado a la enfermedad mental está presente en todos los ámbitos y puede afectar a todos los agentes implicados en el cuidado de las personas con enfermedad mental. Los profesionales sanitarios no son la excepción y es posible que los encargados de proporcionar cuidados de calidad a las personas con enfermedad mental sientan el estigma de la sociedad por trabajar en dicha área.

Todas las enfermeras que han participado en el estudio han experimentado conductas estigmatizantes hacia su persona por el simple hecho de trabajar en una unidad de agudos, en la mayoría de las ocasiones han sido comentarios despectivos y estereotipados.

***PARTICIPANTE 1´ [9449-9618]** “La gente se piensa que vengo aquí con casco, con armadura porque según entro por la puerta me llueven bofetadas... lo ven como horrible”*

Los TCAEs también sufren el estigma de la sociedad al trabajar en Salud Mental.

***PARTICIPANTE 1´ [5529-6051]** “Nunca buenas, no te ven bien; además la gente no se hace idea de lo que haces y claro cuando ya entras el tema peliagudo este de las contenciones, ahí ya la gente se pierde completamente, yo me he encontrado con el que dice que se cree que tú estás haciendo algo malo a alguien por sujetarle. La gente tiene mucho desconocimiento, mucho desconocimiento pero está claro que la imagen no es buena. Y realmente las noticias que salen al exterior siempre es la parte mala, o sea que eso no crea nada bueno... falta normalizar todo yo creo”*

Algunos de los participantes afirman que sus familias tienen miedo de que sufran alguna agresión mientras están trabajando, otros narran como su familia tiene curiosidad sobre cómo son las personas con enfermedad mental, lo que hacen y dicen.

En el Anexo 10 se pueden ver más verbatim de DUEs y TCAEs sobre “*Estigma social*”.

SITUACIÓN ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Dentro este dominio se han identificado dos metacategorías: *trato recibido en el HUIL y profesionales de enfermería*.

Trato recibido en el HUIL

Recoge los testimonios de los profesionales, que ejercen su labor asistencial en la UHB del HUIL, sobre cuál es su percepción acerca del trato que reciben las personas con enfermedad mental en el hospital.

Trato en la UHB

Esta categoría recoge la opinión de los profesionales de enfermería (DUEs y TCAEs) sobre el trato que reciben las personas con enfermedad mental ingresadas en la UHB.

Desde el punto de vista de los enfermeros, tanto DUEs generalistas como especialistas, consideran que hay diferencias en el trato que recibe una persona con una enfermedad mental ingresada en una unidad de Salud Mental al que recibiría en cualquier otra unidad.

Los profesionales de Salud Mental están formados, sensibilizados y comprometidos con el cuidado de estas personas, son conscientes del gran problema que supone el estigma para ellos y trabajan intentando normalizar la enfermedad mental y reducir el estigma asociado.

El trato a las personas ingresadas en la UHB lo definen como cercano, individualizado y más humano, lo que puede provocar que los pacientes se sientan muy cómodos en la unidad y reingresen con facilidad generando una dependencia del sistema sanitario. Una DUE generalista con más de cinco años de experiencia compara la UHB con un spa en referencia al trato que reciben las personas ingresadas en ella.

PARTICIPANTE 2´ [1182-1603] “Tenemos muchos pacientes que quieren reingresar porque están aquí muy contentos, hacen muchas actividades, como aquí tenemos pacientes que en su vida diaria pues están solos o tienen familiares disfuncionales... pues aquí tienen actividades, tienen todas sus necesidades básicas cubiertas y encima tienen personal experto que están totalmente dedicados a ellos y entonces ya para qué quieren más”

Consideran que la enfermedad mental se normaliza en la unidad, las personas ingresadas reciben un trato personal en el que se les trata por su nombre y no se observan las conductas estigmatizadoras presentes en la sociedad, aunque se ha observado cierto paternalismo por parte de los profesionales de enfermería.

Desde el punto de vista de los TCAES, definen el trato proporcionado en la UHB como “privilegiado”, lo que provoca un aumento del índice de reingresos en la unidad.

Analizando el discurso de los participantes, un TCAE con más de cinco años de experiencia en Salud Mental, señala la necesidad de establecer diferencias según las patologías; considera que no es pertinente para desarrollar una buena labor asistencial tratar con personas con una patología muy variada, propone como alterativa abrir más unidades de Salud Mental en el hospital para cribar a los pacientes según su patología.

PARTICIPANTE 1´ [112-329] “A nivel hospitalario veo que hay mucha, mucha mezcla. Hay un hospital entero para enfermedades físicas y una unidad simplemente para cuestiones psíquicas y la una mezcla no creo que favorezca el ambiente terapéutico”

Trato en otras áreas de hospitalización y/o urgencias

En la realidad asistencial podemos encontrarnos con algunos profesionales sanitarios que ante la atención a un paciente con algún tipo de enfermedad mental, presenten pensamientos o realicen comentarios estereotipados negativos que contribuyen al estigma de este tipo de pacientes. A pesar de los avances en la Salud Mental, todavía se puede

observar que las personas con enfermedad mental se sitúan en un plano diferente de atención respecto del enfermo con problemas de tipo somático.

Las DUEs consideran que el trato que recibe una persona con enfermedad mental en cualquier unidad no específica de Salud Mental es bastante peor que el que recibiría en una UHB. Creen que es debido al desconocimiento que existe dentro de los profesionales de la enfermedad mental, al no estar formados específicamente poseen los mismos estereotipos y prejuicios que la sociedad en general lo que se traduce en una atención discriminada y estigmatizada hacia las personas con trastornos mentales.

PARTICIPANTE 1' [5318-5708] "No tiene nada que ver el trato que tienen fuera de la unidad de psiquiatría quizá porque no están tan acostumbrados a tratar con ellos como nosotros y obviamente uno, tengas o no tengas la especialidad, pues es verdad que al estar trabajando una planta te da una experiencia que si estás trabajando en medicina interna pues de psiquiatría no te la da"

Especialmente hacen hincapié en el trato que reciben las personas ingresadas en el servicio de urgencias, consideran que el personal de dicho servicio (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, seguridad...) en muchas ocasiones, tienen miedo, lo que hace que no atiendan a la persona de manera adecuada e incluso lleven a cabo medidas terapéuticas excepcionales como es la contención mecánica en casos no justificados.

Los DUEs consideran que los profesionales sanitarios que no trabajan en Salud Mental les tratan "como a disminuidos", "como si fueran tontitos", se encuentran abandonados, "casi rozando el maltrato", nadie se quiere hacer cargo de estas personas por el miedo que les produce, en otras ocasiones "como que restan importancia a sus problemas", calificándolos de no urgentes o bien agilizan su atención "para quitárselos del medio cuanto antes". También se observa ese miedo y esa incertidumbre al tratar a las personas ingresadas en la UHB por personal sanitario de otras especialidades.

La manera más frecuente de referirse a las personas con enfermedad mental por aquellos profesionales sanitarios y no sanitarios (seguridad, limpieza...) es decir que "son de los nuestros" al dirigirse al personal específico de Salud Mental, de manera despectiva.

Los TCAEs tienen la misma opinión que los DUEs sobre el trato que reciben las personas con enfermedad mental en cualquiera de las unidades no específicas de Salud Mental. Apuntan un peor trato, estigmatizado y discriminado hacia las personas con trastorno mental. También señalando el servicio de urgencias como el que proporciona una peor atención a las personas con enfermedad mental.

PARTICIPANTE 1´ [2710-3054] “Está claro que si tiene una patología psiquiátrica pero no es la principal del motivo del ingreso, el trato que se le puede dar en la planta no psiquiátrica pues está con el estigma psiquiátrico "cuidado que es psiquiátrico" sea lo que sea el paciente ya le miran raro junto con la desconfianza”

Profesionales de enfermería

Esta categoría engloba la experiencia personal de los profesionales de enfermería participantes (DUEs y TCAEs) sobre su experiencia al trabajar en Salud Mental, abarca los tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.

Primera experiencia en Salud Mental

Esta categoría recoge el testimonio de los participantes sobre cómo fue el primer contacto con la Salud Mental, sus impresiones y valoraciones.

Desde el punto de vista de las DUEs, tanto especialistas como generalistas, coinciden en que antes de comenzar a trabajar en la red de Salud Mental tenían una visión estigmatizada de las personas con enfermedad mental, siendo común las reacciones de miedo y rechazo en su primer contacto. La mayoría tenían una imagen preconcebida y estigmatizada, formada por lo que habían visto en los medios de comunicación.

PARTICIPANTE B [1248-2508] “Yo cuando empecé la primera vez que trabaje en psiquiatría tenía la imagen que hay en las películas, del típico loco que todos visualizamos. Cuando entre por el pasillo largo, yo me imaginaba a la gente que iba a estar por ahí pegándose contra las paredes y no sabes que te vas a encontrar y ahí está todo el mundo dándose golpes contra las paredes, hablando solo... Después, cuando ya te das cuenta de que la gente no se da golpes contra las paredes dije pues a lo mejor en cualquier momento me intentar ahogar o se creen que soy el demonio”

En su primera experiencia en Salud Mental es común que definan a las personas con trastorno mental como *gente asilada, poco sociable, imprevisibles, agresivos, peligrosos...* estereotipos comunes a los que tiene la sociedad por el desconocimiento de la enfermedad.

Hay que tener en cuenta que los profesionales antes de comenzar a trabajar en Salud Mental tienen una formación específica; los DUEs generalistas en el plan de estudios de la carrera han cursado una asignatura sobre Salud Mental o mal llamada Psiquiatría, los DUEs especialistas además de lo estudiado en la carrera, han recibido formación específica durante los dos años que ha durado su especialidad en Salud Mental; pero como se ha observado no es suficiente formación ya que antes de tener el primer contacto con la persona con enfermedad mental siguen manteniendo el estigma presente en la sociedad.

Los TCAEs al igual que otros profesionales, antes de trabajar en Salud Mental, tienen una imagen preconcebida y estigmatizada de las personas con enfermedad mental, fomentada por los medios de comunicación.

Cuando un TCAE tiene su primer contacto en una unidad específica de Salud Mental reconoce que no tiene formación suficiente sobre los diferentes tipos de patologías y sus características, englobándolas todas: “metemos a todas en el mismo saco” y es a base de trabajar en el día a día cuando los profesionales adquieren la formación suficiente y las herramientas adecuadas para aportar cuidados de calidad a las personas ingresadas.

Evolución de la opinión de las personas con enfermedad mental

La categoría anterior ha mostrado como los profesionales de enfermería antes de tener contacto directo con personas con trastornos mental tienen una imagen estereotipada de la enfermedad, esta categoría pretende explicar cómo evoluciona la opinión de los profesionales a medida que trabajan en la red de Salud Mental.

El discurso de los profesionales muestra como la imagen y sus actitudes hacia la Salud Mental van cambiando a medida que comienzan a trabajar con dichas personas:

***PARTICIPANTE D [783-1364]** “Quizá también porque lo llegamos a conocer, antes decíamos que la imagen que se tiene de un enfermo mental es una imagen basada normalmente en los medios de comunicación, entonces nosotros cuando llegamos a este mundo y vamos conociendo y vamos viendo que realmente hay muchos tipos, muchas alteraciones o muchas afecciones, a base del conocimiento, y de verles cada día y de trabajar con ellos cada día pues vamos desarrollando habilidades y cierta comprensión hacia ellos”*

Los estereotipos y los prejuicios, como el miedo y el rechazo, van desapareciendo a medida que se trabaja en las unidades de Salud Mental, al conocer a las personas afectadas se dan cuenta de que no son peligrosas sino que muchas veces lo que necesitan es hablar y que se les escuche ya que normalmente no pueden hacerlo en su círculo debido al estigma.

Los DUEs reconocen que para ellos trabajar en una UHB es como trabajar en cualquier unidad de hospitalización. Consideran que la evolución de su opinión y el comportamiento hacia la Salud Mental radica en el conocimiento de la persona y la enfermedad en su día a día, los profesionales no sólo comprenden la enfermedad y lo que conlleva, sino que son capaces de adquirir y desarrollar herramientas para su trabajo como la empatía, cercanía y comprensión de las personas con enfermedad mental y sus familiares.

Los TCAEs al igual que los DUEs narran una evolución positiva de su opinión sobre las personas con enfermedad mental. Al trabajar se van conociendo las peculiaridades que tiene cada enfermedad, identificándose las necesidades alteradas de cada persona ingresada lo que se traduce en un mejor trato hacia las personas con trastornos mentales,

PARTICIPANTE 1 [8202-8582] “Ahora ya vas viendo que cada cosa tiene un proceso, una patología, una evolución y dices pues no todo es igual”

Los profesionales reconocen que no sólo ha cambiado su opinión, también se han producido cambios en la red Salud Mental. Hace años las personas con enfermedad mental eran ingresadas en manicomios, únicamente destinados a este fin, estaban situados en el punto más aislado de la ciudad y totalmente alejados de la sociedad; en cambio hoy en día, las unidades de Salud Mental no están situadas en hospitales monográficos sino que forman parte de la estructura de hospitales generales. Esta evolución de la Salud Mental también se ha notado en las técnicas empleadas, las medicaciones y la formación del personal.

Mejor y peor experiencia

Esta categoría incluye la descripción de los participantes sobre sus experiencias en Salud Mental más positivas y por el contrario, aquéllas que destacan por su parte negativa.

Todos los profesionales entrevistados que han hablado sobre esta categoría, tanto DUEs como TCAEs, coinciden en que su peor experiencia en Salud Mental ha sido cuando han sufrido alguna agresión física hacia su persona o hacia algún compañero del personal.

Ambas categorías consideran como mejor experiencia vivida el ver como evoluciona una persona ingresada en fase aguda, que es incapaz de tener autonomía sobre su propia vida, y ver como con la ayuda de todos los profesionales, el tratamiento farmacológico, las terapias individuales, los talleres grupales que se realizan en la UHB, va mejorando hasta el punto de recuperarse y tener una vida normal y plena como parte integrante de la sociedad.

Sentimientos generados al trabajar en la red de Salud Mental

Esta categoría incluye el componente más afectivo de los profesionales, recoge todas aquellas emociones y sentimientos que se despiertan al ejercer su labor asistencial.

Hay diversidad de opinión dentro de los DUEs, por un lado está quien considera que los profesionales al trabajar en Salud Mental se hacen más sensibles (Generalista, más 5 años de experiencia), por otro lado está quien opina lo contrario, al trabajar en una unidad de

agudos te haces más fuerte y menos sensible para que no te afecten los problemas de los demás (Especialista, menos de 5 años de experiencia).

Existe unanimidad en el hecho de que las emociones y los sentimientos que te genera trabajar en Salud Mental van a depender del momento personal en el que se sitúen. Los DUEs con cinco años o más de experiencia se consideran cansados y agotados emocionalmente en muchas ocasiones, debido al desgaste personal que implica su trabajo.

PARTICIPANTE 1' [8414-8697] "Cada unidad tiene su sus cosas buenas y sus cosas malas; esta tiene muchas cosas buenas como trabajadora pero es verdad que cuando uno anímicamente no está bien o uno anímicamente se encuentra mucho más cansado y demás, una unidad psiquiátrica pues te quema mucho, quema mucho..."

Una de las participantes propone que el personal de Salud Mental cada cierto tiempo tendría que salir de la red y cambiar de servicio para recuperarse mentalmente del desgaste que supone trabajar cada día y durante varios años con personas con enfermedad mental.

Varios participantes señalan que no existe nadie con una Salud mental perfecta, que toda la sociedad, incluidos los profesionales, contamos con "defectitos mentales" o "una vuelta de rosca más" dicho en palabras de los DUEs.

Desde el punto de vista de los TCAEs valoran muy positivamente el trabajar en Salud Mental y consideran que nadie está exento de padecer algún trastorno.

PARTICIPANTE 3 [3148-3326] "Que trabajar en psiquiatría te enseña realmente muchas cosas de la vida, mucho más que una planta de cardío o de medicina interna; te enseña a tratar a la personas y te enseña a mejorar como persona"

En el Anexo 11 se pueden ver más verbatim sobre el dominio "Valoración de la situación asistencial de las personas con enfermedad mental".

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN CONTRA EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Las propuestas de actuación para la lucha contra el estigma corresponden a una metecategoría incluida en el dominio de "Estigma social" pero debido a su gran importancia siendo uno de los objetivos específicos de este proyecto se ha analizado independientemente. Las propuestas de actuación se han dividido en tres categorías:

Dirigidas a las personas ingresadas y sus familiares

El estigma puede afectar tanto a la persona con enfermedad mental (auto-estigma) como a las familias de las personas afectadas. Por esta razón los profesionales de enfermería han considerado que una de las propuestas de actuación sea proporcionar información y ayuda tanto a las personas ingresadas como a sus familiares.

Los DUEs generalistas proponen realizar talleres de educación sanitaria para reducir el estigma dirigidos a las personas ingresadas en la UHB, como método para prevenir y/o reducir el auto-estigma; y por otro lado, aprovechar el día de la Salud Mental, para colocar mesas informativas en el hospital con el objetivo de realizar una campaña para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.

Las enfermeras especialistas en Salud Mental proponen que desde los centro de Atención Primaria (AP) se puede hacer un gran trabajo ya que pueden proporcionar información no sólo al paciente y a su familia sino también a toda la población con la que se trabaja, fomentando la integración de la persona con enfermedad mental en la comunidad.

Los TCAEs, como medida para luchar contra el estigma, proponen normalizar la enfermedad a través de los familiares cuando acuden a visitar a las personas ingresadas en la unidad.

***PARTICIPANTE 3 [2715-3143]** Nosotros, a través de cuando vienen la familia a visitar al paciente, o cuando la familia lo ingresa que empiezan sobre todos los abuelos: "ay dónde estamos", ay que no sé qué..." contestar pues igual que su tuviera diabetes, igual que si le fueran a operar de una hernia... Y no consentir cuando vienen algún familiar "Ay es que aquí hay gente muy loca" "No, no señora aquí no hay locos". No consentir esa palabra"*

Dirigidas al entorno de los profesionales de enfermería

Otra de las líneas de actuación es la emprendida por los profesionales de enfermería ya que inconscientemente pueden potenciar el estigma de "enfermo mental".

En su día a día, los profesionales sanitarios deben de informar a sus familiares, amigos y otros profesionales, de lo que es la enfermedad mental, ya que el estigma muchas veces radica en la desinformación, se debe hacer especial hincapié en los aspectos positivos de la enfermedad y quitar importancia a aquéllas situaciones que pueden ser más "morbosas" para la población.

En la misma línea se sitúa la opinión de los TCAEs, consideran importante hablar de la enfermedad mental con normalidad en su círculo de amigos y familiares, confrontando los

comentarios estigmatizantes que le lleguen y transmitiendo de manera positiva la Salud Mental.

Dirigidas a la sociedad en general a través de los medios de comunicación

El estigma es un fenómeno complejo con múltiples factores que lo determinan, combatirlo resulta complejo, es responsabilidad de muchos, y los medios de comunicación pueden jugar un gran papel. Los profesionales de enfermería ven la necesidad de llegar a la población en general para luchar contra el estigma para ello han planteado como línea de actuación proporcionar información verídica y real a la población a través de los medios de comunicación y las redes sociales.

Debido a que los medios emiten, en la mayoría de las ocasiones, una imagen estigmatizada y una información sesgada de estos trastornos, tanto las enfermeras especialistas en Salud Mental como las generalistas coinciden en que es preciso cambiar la imagen emitida por una que sea real ya que es la única manera de llegar a toda la población para así demostrar que las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada.

PARTICIPANTE 1´ [10974-11320] “Yo creo que básicamente es educación sanitaria y creo que hay que incidir en los medios de comunicación y en las redes sociales, que además creo que no ayuda en nada, todo lo contrario la imagen que te devuelven de un enfermo mental es bien a modo de parodia o bien a modo de noticias es una imagen horrible, entonces creo que ahí hay que trabajar mucho”

En el Anexo 12 pueden verse verbatim sobre la metecategoría “Propuestas de actuación”.

DISCUSIÓN

El presente estudio tenía el objetivo de explorar la percepción, los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería de la UHB del Hospital Universitario Infanta Leonor con respecto al estigma asociado a la enfermedad mental. Se recogieron los datos mediante la triangulación de métodos (grupos de discusión, entrevistas en profundidad y observación participante) lo que aumenta la credibilidad de la información recogida; la transferibilidad de la investigación la proporciona tanto una descripción densa del contexto donde se llevó a cabo el estudio como la recogida de abundante información. Posteriormente se analizaron los datos con métodos cualitativos.

Se lograron los objetivos del estudio pidiendo a los profesionales de enfermería (DUEs y TCAEs) que describieran a la persona con enfermedad mental, su situación y lo que supone tener un trastorno mental, de esta manera se consiguió definir el componente cognitivo de

los profesionales entrevistados. Para analizar el componente afectivo se solicitó a los participantes que contaran su experiencia en Salud Mental y los sentimientos generados durante labor asistencial. Por último, a través de la observación participante se pudo describir el componente más conductual de las actitudes de los profesionales de enfermería.

Los resultados del estudio apoyan que las personas con enfermedad mental están fuertemente influenciadas por el estigma social asociado a la enfermedad.

Respecto a la situación actual de las personas con enfermedad mental, los hallazgos sugieren que la imagen que tiene la sociedad es una imagen preconcebida, manteniendo los estereotipos asociados a la enfermedad que han permanecido invariables con el paso del tiempo, lo que ha provocado la creación de sólidos prejuicios, que se ven reflejados en pensamientos y actitudes arbitrarias o parciales respecto de la enfermedad o las personas que la padecen, sin analizar si existe alguna razón que lo justifique (Goffman, 1963; Link y Phelan, 2001; Miric, 2003; Rüsck et al., 2005). Por ejemplo, estudios científicos como el de Bobes et al. (2009) demuestran que la agresividad no es una conducta que deba asociarse a la enfermedad mental.

Los participantes afirman que la imagen que la población percibe de las personas con enfermedad mental es a través de los medios de comunicación. A menudo desarrollan, de forma inconsciente, conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, perpetuando las falsas creencias y los estereotipos (Bates y Stickley, 2012; López, 2007; Mena et al., 2010; Muñoz et al., 2011).

Para los entrevistados, es una realidad que las personas con trastorno mental tengan más dificultades y obstáculos en su vida diaria debido al estigma social asociado a la enfermedad (López et al., 2008; López-Ibor y Cuenca, 2000; Muñoz et al., 2009; Rüsck et al., 2005). También hallaron una limitación importante debido a la falta de recursos y dispositivos en la red de Salud Mental. Las redes de apoyo las han definido como imprescindibles para conseguir normalizar la vida de una persona con trastorno mental, en general, cuanto más sólido sea el apoyo con el que cuentan, mejor pronóstico tendrá la persona con enfermedad.

Consideran que el estigma varía en función de la clase social de la población que rodea a la persona con enfermedad mental, los participantes establecen que cuanto mayor es el nivel socio-económico mayor es el estigma experimentado por la persona afectada. López et al. (2009) explican como las actitudes muestran también variaciones significativas en función de algunas variables culturales y sociales generales, así suelen ser más favorables en

personas más jóvenes y de mayor nivel educativo, así como en aquellas que conocen y tienen relación con personas afectadas.

Se establecieron diferencias según patología, en el discurso de los profesionales, desde las enfermedades más aceptadas por la sociedad ya que “nos pueden pasar a todos” hasta aquéllas que se acercan a la visión tradicional de “la locura” (Crisp, 2001; Granello y Wheaton, 2001; Hayward y Bright, 1997; López et al., 2008). Los participantes fueron conscientes de que la población en muchas ocasiones atribuye la responsabilidad de la enfermedad a la persona afectada, lo que provoca que la persona no busque ayuda ni tratamiento (Cooper, Corrigan y Watson, 2003); por otro lado, establecen que para conseguir una vida normalizada es necesario trabajar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Dentro del estigma social que sufren las personas con trastornos mentales, se diferencia el *estigma público* que sufren debido a los estereotipos, prejuicios y la discriminación producida por la sociedad y el *auto-estigma* que sufren cuando las propias personas con enfermedad mental interiorizan los estereotipos y prejuicios de su enfermedad (Arnaiz y Uriarte, 2006; López-Ibor y Cuenca, 2000; Rüscher et al., 2005). Toda la sociedad estigmatiza, incluidos los profesionales sanitarios (Angermeyer, Breier, Dietrich, Kenzine y Matschinger, 2005) aunque es cierto que se han detectado actitudes más favorables hacia la enfermedad mental que la sociedad en general, especialmente los profesionales de Salud Mental.

Dentro de los profesionales sanitarios, los que trabajan en el servicio de urgencias y/o en otro servicio no específico de Salud Mental manifiestan con mayor frecuencia conductas estigmatizantes que los profesionales de Salud Mental, debido al desconocimiento de la enfermedad mental (Lauber, Nordt y Rössler, 2005; López et al., 2008; Sartorius, 2002).

Según los hallazgos, la mayoría de los profesionales de enfermería entrevistados (DUEs y TCAEs) han sufrido algún tipo de estigma hacia ellos mismo por el hecho de trabajar en una unidad específica de Salud Mental.

Para analizar el componente afectivo de los profesionales han contado su primera experiencia en Salud Mental, cómo ha evolucionado su opinión sobre las personas con enfermedad mental y los sentimientos generados. La mayoría de los entrevistados han afirmado que estaban estigmatizados y que sentían miedo al trabajar por primera vez, a pesar de la formación que habían recibido durante la carrera y/o especialidad en el caso de los DUEs; de esto se deduce que la formación teórica no es suficiente para conocer la enfermedad mental y lo que supone el estigma, sino que es necesaria una formación

práctica para reducir y mitigar el estigma de los profesionales. En el caso de los TCAEs durante su formación no recibieron ningún tipo de información específica sobre la enfermedad, lo que se traduce en un comportamiento y actitudes más estigmatizantes hacia las personas con éstos trastornos. Los profesionales de ambas categorías, a medida que han ido trabajando en unidades específicas de Salud Mental han cambiado su opinión sobre las personas con trastornos mentales adquiriendo actitudes más positivas.

Por último, esta investigación planteó como objetivo identificar propuestas de actuación para luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental, en el contexto de que la Comunidad de Madrid (2010) pretende diseñar, aplicar y evaluar un Plan contra el estigma asociado al trastorno mental. Los profesionales participantes han identificado como línea de actuación proporcionar información sobre la realidad de las personas con trastorno mental para desmitificar la enfermedad y erradicar el estigma asociado, esta información iría dirigida a las personas afectadas y familiares, al entorno de los profesionales de enfermería y a toda la población a través de los medios de comunicación y las redes sociales. En los últimos años se han llevado a cabo diferentes iniciativas contra el estigma de la enfermedad como el programa “Esquizofrenia abre las puertas” de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1996), programas de radio como la Colifata de Buenos Aires, Radio Nikosia en Barcelona o Romper barreras en Málaga, también el movimiento asociativo está dando grandes pasos y crece paulatinamente (FEAFES que puso en marcha en octubre de 2004 la campaña *Zeroestigma*). Estas intervenciones contienen actividades relacionadas con la educación sanitaria para aumentar el nivel de conocimientos, el contacto directo con las personas con trastornos mentales para conocer su historia y romper los estereotipos y la protesta ante las prácticas discriminatorias (Huizing et al., 2006; Rüsck et al., 2005).

En el discurso de los participantes, en general, no se han encontrado diferencias en cuanto a la percepción del estigma entre DUEs y TCAEs. Tay, Pariyasami, Ravindran, Ali y Roesudeen (2004) afirman que los profesionales con mayor cualificación, mostraban actitudes más favorables hacia las personas con enfermedad mental.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación es que el investigador forma parte de la plantilla de trabajadores de la unidad investigada, lo cual pudo hacer que los participantes no fueran completamente abiertos en sus opiniones y percepciones sobre el estigma de la enfermedad mental. Este hecho también puede ser una fortaleza ya que gracias a la relación de confianza y cercanía un elevado número de participantes accedieron a colaborar con el estudio y en la observación participante el investigador no se consideró como un sujeto extraño.

Otra posible limitación es el hecho de que los participantes en los grupos de discusión se conocían entre ellos, por pertenecer a la UHB, lo que implica una serie de relaciones previas al establecimiento del grupo (Ibáñez, 1990). En la constitución del grupo de discusión de DUES (GD1), sólo asistieron tres personas de las convocadas, no dándose las condiciones ideales de realización, debería haber estado formado por más personas (Ibáñez, 1990).

Respecto al universo total del discurso, aunque se cree que se ha saturado suficientemente, hubiera dado una panorámica más amplia incluir otros profesionales de Salud Mental, como los psiquiatras, no pudo hacerse por falta de tiempo y un peor acceso a los participantes.

CONCLUSIONES

Por los resultados de esta investigación podemos concluir que a pesar de los avances en Salud Mental a lo largo de la historia, el estigma social es un tema que sigue estando muy presente y se asocia con frecuencia a la enfermedad mental, suponiendo una carga de sufrimiento para las personas, incrementándose innecesariamente los problemas de la enfermedad y siendo uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

Las personas con enfermedad mental se ven fuertemente limitadas en su vida diaria debido a los estereotipos y prejuicios que tiene la población hacia las enfermedades mentales, dejan de ser una persona para convertirse en una enfermedad (es común referirse a alguien como esquizofrénico en vez de persona con esquizofrenia), encuentran más dificultades y obstáculos que cualquier persona sin enfermedad, en todos los ámbitos de su vida y muchas veces carecen de apoyos.

Los profesionales sanitarios que trabajan en unidades de Salud Mental presentan menores niveles de estigma en comparación a la población en general, ya que cuentan con elevados niveles de conocimiento sobre el tema (especialmente obtenidos del trabajo diario con estas personas). Muestran una visión positiva de la autonomía personal y recuperación de las personas con enfermedad mental. En cambio, los profesionales sanitarios de otras unidades de hospitalización y urgencias presentan los estereotipos y prejuicios comunes a la población, manteniendo actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental, lo que se traduce en una atención de menos calidad hacia estas personas. Los profesionales de enfermería de la UHB se han encontrado actitudes estigmatizantes hacia ellos mismos por el hecho de trabajar en una unidad de Salud Mental.

Es necesario llevar a cabo propuestas para luchar contra el estigma de la enfermedad mental, la mejor herramienta para ello es la información sobre la realidad de las personas y lo que verdaderamente es la enfermedad mental, ya que muchas veces el estigma radica en la desinformación, los mitos y falsas creencias sobre la enfermedad. Los profesionales proponen dirigir la información a las personas con enfermedad y sus familiares, al entorno de los profesionales y a la población en general a través de los medios de comunicación.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

El conocimiento de la perspectiva de los profesionales de enfermería sobre el estigma asociado a la enfermedad mental permitirá que los profesionales comprendamos mejor la actitud de las personas con trastorno mental, evitando estereotipos y prejuicios comunes, realizar educación sanitaria con nuestro entorno y con otros profesionales no específicos de Salud Mental y mejoremos el trato y la ayuda prestada a la personas ingresadas en la unidad; de esta manera fomentaremos un cambio de mentalidad que contribuya a derribar las barreras que levanta el estigma y que impiden a las personas afectadas por una enfermedad mental el ejercicio de una ciudadanía plena en la sociedad actual.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a modificar la manera de formar a los nuevos profesionales, durante el periodo de prácticas en la unidad, desmantelando el estigma de la conciencia colectiva, para así mejorar el actual sistema de salud.

La utilidad del estudio puede extenderse al ámbito de investigación, de forma que de las conclusiones puedan derivarse nuevas hipótesis de estudio abordables con metodología cuantitativa o cualitativa. Una posible recomendación sería explorar la opinión y las actitudes de los profesionales sanitarios, de otras áreas de hospitalización y urgencias, sobre el estigma de la enfermedad mental y comparar los resultados con los obtenidos en esta investigación para aplicar un programa dirigido a aumentar la conciencia de los profesionales en relación con la Salud Mental. Sería interesante desarrollar y validar una escala sobre el estigma asociado a la enfermedad mental para profesionales sanitarios.

En definitiva, los profesionales sanitarios estamos en una posición privilegiada para luchar contra el estigma asociado a la enfermedad, debemos motivar e impulsar el cambio que contribuya a mejorar la situación de las personas con enfermedad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuixech, R. (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa. *Nure Investigation*, 10, 1-9.
- Álvarez, L.Y. y Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 56(2): 91-100.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM IV–TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Angell, B., Cooke, A. y Kovac, K. (2005). First person accounts of stigma. In PW Corrigan, editor. *On stigma on mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington D.C: *American Psychological Association*, 39(6): 472-482.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (2005). Labelling –Stereotype– Discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5): 391-395. doi: 10.1007/s00127-005-0903-4
- Angermeyer, M. C. y Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4): 469-486.
- Angermeyer, M. C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D., y Matschinger, H. (2005). Public attitudes toward psychiatric treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(11): 855-864. doi: 10.1007/s00127-005-0958-x
- Arístegui, I., Vazquez, M., Dorigo, A. y Lucas, M. (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Fundación Huésped con colaboración de Red de personas viviendo con VIH de Mar del Plata.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26): 49-59.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2007). Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. *Cuadernos Técnicos 8*. Madrid.
- Asociación Mundial de Psiquiatría (1996). *La Esquizofrenia abre las puertas: programa institucional para combatir el estigma y la discriminación debido a la esquizofrenia*.
- Autonell, J., Ballús-Creus, C. y Busquets, E. (2001). Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica Psiquiátrica*, III(1): 53-68
- Bates, L. y Stickley, T. (2012). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7): 569-575. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x
- Bobes, J., Fillat, O. y Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3): 218-225.
- Boyle, M.J., Williams, B., Brown, T., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, E. y Lewis, B. (2010) Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *Medical Education*, 10(1): 71. doi:10.1186/1472-6920-10-71
- Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*, 14(27): 32-36. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2000.03.14.27.32.c2792>
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas. P.3.
- Comunidad de Madrid (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad.
- Cooper, A., Corrigan, P., y Watson, A. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(5): 339-341.

- Corrigan, P. W. et al. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54(8): 1.105-1.110. doi: 10.1176/appi.ps.54.8.1105
- Corrigan, P. W. y Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9): 765-776. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.765
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): 35-53. doi: 10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1): 16-20.
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., y Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal*, 43(2): 171-181. doi: 10.1007/s10597-006-9061-8
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E. y Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin*, 30(3): 481-491.
- Crisp, A., (2001). The tendency to stigmatise. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3): 197-199. doi: 10.1192/bjp.178.3.197
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma: the psychology of marked relationships. *The handbook of social psychology*, 504-553.
- Delaney, K. R. (2012) Psychiatric Mental Health Nurses: Stigma issues we fail to see. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4): 333-335.
- Depla, M., De Graaf, R., Van Weeghel, J. y Heeren, T. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2):146-153.
- Estévez, C. M. (2013, Abril). Proyecto "Saltando muros". XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Sevilla.
- Fedeafes (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*. Euskadi.

- Fernández, R. (2002) Consideraciones en torno a la estigmatización social del enfermo mental. *Interpsiquis*.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Granello, D. y Wheaton, J. (2001). Attitudes of undergraduate students towards persons with physical disabilities and mental illnesses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32(3):9-16.
- Hapel, B. y Gough, K. (2007). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental health nursing: Determining the influencing factors. *Contemporary Nurse*, 25, 72-81.
- Hayward, P. y Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal Mental Health*, 6: 345.
- Huizing, E., Ariza, M. J., Rodríguez, F., Lacida, M., Reina, M. y García, R. (2006). Estudio y análisis del estigma asociado a los trastornos mentales en los ámbitos sanitarios. *Revista Presencia*, 2(4).
- Ibáñez, J. (1990). *Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión*. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad, 489-501.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1988). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental.
- Jones, E., Scott, R. y Marcus, H. (1984). *Social Stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Henderson, C. y Thornicroft G. (2010). Development and responsiveness of scale to measure clinician's attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2): 153-161. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J. y Thornicroft, G. (2011) A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11(1):51. doi:10.1186/1472-6920-11-51

- Kingdon, D., Sharma, T., y Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11): 401-406. doi: 10.1192/pb.28.11.401
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(7): 423-427. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.019
- Lauber, C., Nordt, C. y Rössler, W. (2005). Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12):745-752.
- Lawrence, D. y Kisely, S. (2010). Review: Inequalities in health care provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4):61–68. doi: 10.1177/1359786810382058
- Lee, S. (2002). The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(1): 37-41.
- Lima, M., Sáez, Á. y Lima, J. S. (2011). ¿Contribuye la prensa al estigma de personas con trastorno mental? Análisis de contenidos de EIPais.com. *Revista Presencia*, 7(14).
- Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27:363-385.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. y Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3):511-541.
- López-Ibor, J. J., y Cuenca, O. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*. Madrid: Lilly.
- López, M. (2007). Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *L'Information psychiatrique*, 10(83):793-799.
- López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99): 187-223.

- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en Salud Mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101):43-83.
- López, M., Laviana, M., López, A., Márquez, I., Fernandez, A., y Pérez-Sales, P. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid, AEN*, 187-207.
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2): 7-17
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., y Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. doi: 10.1177/0020764004046073
- Magliano, L., Read, J., Rega, S., Oliviero, N., Sagliocchi, A., Patalano, M., y D'Ambrosio, A. (2011). The influence of causal explanations and diagnostic labeling on medical students' views of schizophrenia. *Academic Medicine*, 86(9), 1155-1162. doi: 10.1097/ACM.0b013e318226708e
- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Marichal, F. y Quiles, M. N. (1998). El estudio del estigma desde la atribución causal. *Revista de Psicología Social*, 13(3): 503-511. doi:10.1174/021347498760349751
- Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías. Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3): 458-465.
- Marshall, C. y Rossman, G. B. (1995). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Maykut, P. S. y Morehouse, R. E. (1994). *Beginning Qualitative Research: A Philosophic and Practical Guide*. 1ªed. Routledge: The Falmer Press.
- Mena, A. L. (2009). Enfermedad mental: Presunta culpable. *Ideal*.

- Mena, A. L., Bono, A., López, A. y Díaz, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30(108): 597-611.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid, Centro de Publicaciones.
- Miric, M. (2003) Las huellas del tabú: aproximaciones al concepto de estigma. *Revista Paradigmas*, 1(1):50-62
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., y Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26(5), 178-181. doi: 10.1192/pb.26.5.178
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. 1ª ed. Madrid: Edit Complutense.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., e Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.
- OMS (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- OMS (2001). *Documentos básicos*. 43ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud:1.
- OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, No. 220).
- OMS (2001b). *Informe de la Salud Mundial 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- OMS (2001c). *Mental health: a call for action by world health ministers*.
- OMS (2003). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos*. Editores médicos S.A.
- OMS (2005). *La Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental*. Helsinki, 12-15 Enero.

OMS (2013). *Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. Ginebra.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*, 20(8):529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, 324:1.470-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>

Schafer, T., Wood, S., y Williams, R. (2011). A survey in to student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse education today*, 31(4):328-332. doi: 10.1016/j.nedt.2010.06.010

Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Patina, M., Lester, D., ... Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7): 576–585. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x

Sriram, T. G., y Jabbarpour, Y. M. (2005). Are mental health professionals immune to stigmatizing beliefs? *Psychiatric Services*, 56(5), 610-610. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.610

Stafford, M.C. y Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. In S. C. Ainsley, G. Becker, y L. M. Coleman (Eds.) *The Dilemma of Difference* 77-94. Nueva York: Plenum. doi: 10.1007/978-1-4684-7568-5_5

Steadman, H. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5): 393-401. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.393.

Tay, S. E., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M. I., y Rowsudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(10):40-47.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 100-132.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford.

- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25(3): 467-478.
- Wallach, H. (2004). Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal*, 40, 325-337. DOI: 10.1023/B:COMH.0000026997.92083.4d
- Warner, R. (2001). Combating the Stigma of Schizophrenia, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1): 12-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00008496>
- Yang, H. L., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J., Lee, S., y Good, B. (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Este País*, (195), 4-15.
- Zárate, C., Ceballos, M. E., Contardo, M.V. y Florenzano, R. (2006). Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3):205-214. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300006>

ANEXOS

ANEXO 1: ESTUDIOS SOBRE EL ESTIGMA EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN SALUD MENTAL

ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL: ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES DE RECHAZO SOCIAL Y ESTIGMATIZACIÓN QUE SUFREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009)

ESTUDIO	RESULTADOS
<p>Kingdon, Sharma y Hart (2004)</p> <p>Realizado en Inglaterra.</p> <p>Objetivo: investigar las actitudes que tienen los psiquiatras hacia las personas con enfermedad mental.</p>	<p>Demostraron que sus actitudes son considerablemente más favorables que las de la población general, aunque con alguna excepción.</p> <p>La mayoría de los psiquiatras mantiene que las personas con enfermedad mental son menos "peligrosas" que lo que la sociedad piensa, pero que tienden a ser impredecibles y personas con las que resulta más difícil la comunicación.</p>
<p>Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross y Rössler (2004)</p> <p>Realizado en Suiza.</p> <p>Objetivo: evaluar las actitudes de los psiquiatras hacia la psiquiatría comunitaria y la distancia social hacia las personas con enfermedad mental grave, y compararlas con la población en general.</p>	<p>Tanto los psiquiatras como la población en general presentan una actitud global positiva hacia los recursos en la comunidad, aunque los psiquiatras en mayor medida.</p> <p>En cuanto a la distancia social, ambos grupos no mostraban diferencias significativas.</p> <p>Comparando ambos grupos, los psiquiatras estaban más dispuestos a convivir con una persona con trastorno mental o imaginar que su hijo se pueda casar con una persona con enfermedad mental; mientras que la población en general únicamente es más favorable a trabajar con una persona con enfermedad mental.</p>
<p>Sriram y Jabbarpour, (2005)</p> <p>Objetivo: examinar las experiencias y actitudes del estigma entre profesionales de Salud Mental.</p>	<p>Plantearon que en el caso de ser diagnosticados de esquizofrenia si se sentirían cómodos hablando de ello con alguien que no fuera profesional.</p> <p>El 60% se sentiría incómodo hablando con amigos o conocidos y un 34% afirmó que sería a causa del estigma.</p>
<p>Tay, Pariyasami, Ravindran, Ali y Roesudeen (2004)</p> <p>Realizado en Singapur.</p> <p>Objetivo: explorar los factores que influyen sobre las actitudes de los profesionales de enfermería de un hospital psiquiátrico y su implicación en el cuidado de personas con enfermedad mental</p>	<p>Los profesionales con edad comprendida entre los 31-50 años, cualificación profesional avanzada o más de 10 años de experiencia en el ámbito de la Salud Mental mostraban actitudes significativamente más positivas.</p> <p>La categoría profesional influía.</p> <p>Los profesionales que ejercían su actividad profesional en unidades de corta estancia mostraban actitudes más favorables que aquellos que trabajaban en larga estancia.</p>



Instituto Andaluz de Salud Mental (1988)	Las personas que mostraban una actitud global más favorable eran:
Realizado en España.	<ul style="list-style-type: none">• menores de 45 años• de mayor categoría profesional• procedentes de sitios distintos a hospitales psiquiátricos.
Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, y Surgenor (2002)	Los dos grupos mostraban las mismas actitudes negativas referidas fundamentalmente a la esquizofrenia, adicción a drogas y al alcohol.
Realizado en Inglaterra.	Más de la mitad consideraban a estas personas peligrosas e impredecibles.
Objetivo: estudiar las actitudes de los médicos y estudiantes de medicina con respecto a la enfermedad mental.	Se mostraban más optimistas sobre las posibilidades de tratamiento y culpaban en menor medida a estas personas por padecer la enfermedad, en comparación con la población en general.
	El estigma parecía disminuir a medida que aumentaba la experiencia profesional.
Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, Marasco, y Maj (2004)	Los psiquiatras y enfermeros destacan como factores causales: factores hereditarios, estrés y los conflictos familiares.
Objetivo: analizar las creencias sobre la esquizofrenia en profesionales de enfermería del ámbito psiquiátrico, psiquiatras y familiares.	Las familias destacan el estrés, traumas y las rupturas de pareja.
	Los enfermeros opinaban como los psiquiatras respecto a la capacidad de trabajar de los pacientes con enfermedad mental al igual que otras personas, y la imputabilidad en caso de cometer actos ilegales.
	La opinión de los enfermeros se asemejaban más a las de los familiares en cuanto a la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia y a sus derechos políticos.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... identificada(do) con
DNI..... manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación:
“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL”; para lo cual su autora ha solicitado mi participación. Se me ha dado la
oportunidad de hacer las preguntas que he considerado convenientes y he recibido respuestas para
ello.

He comprendido que el objetivo de la investigación es describir la visión de los profesionales de
enfermería que trabajan en la UHB del Hospital Universitario Infanta Leonor, sobre las personas con
enfermedad mental, y que mi participación consistirá en ser participante de una entrevista personal, la
cual será grabada magnetofónicamente. Puedo hacer preguntas en cualquier momento si tengo
alguna duda. La información que brinde será confidencial y voluntaria, es decir puedo rechazar mi
participación o retirarme del proyecto, sin que esto me perjudique de manera alguna.

Por lo dicho VOLUNTARIAMENTE ACEPTO participar en la investigación en mención, en fe de lo
cual firmo:

FECHA ____/____/____

Firma:

ANEXO 3: GUIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

BLOQUE	TEMÁTICA	SUGERENCIAS DE PREGUNTA
INTRODUCCIÓN	Bienvenida a los participantes y agradecer su presencia.	
NORMAS DE LA REUNIÓN	Explicación de las características y normas de la reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Duración máxima del grupo. • Voluntariedad de participación. • Confidencialidad de la información proporcionada. • Anonimato de los participantes. • Solicitud de consentimiento para la grabación en audio (a partir de ese momento y si nadie mostraba su desacuerdo se comenzaba al grabación en audio de la reunión).
PRESENTACIÓN	Familiarizar a los participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el objetivo de la reunión • Utilidad de la participación
TEMÁTICA	Introducción del tema	<i>Me gustaría comenzar este grupo hablando de un tema que desde siempre se ha asociado a la enfermedad mental: el estigma social ¿qué os sugiere?</i>
DESARROLLO	Posibles preguntas	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones suscitadas por la enfermedad mental. • Imagen transmitida de la enfermedad mental • Estereotipos y prejuicios. • Posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental. • ¿Qué supone para las personas el estigma en su día a día? • Somos estigmatizadores los profesionales? ¿En qué situaciones? • Como enfermeras que trabajan en salud mental, ¿cuál es vuestra experiencia vivida? • Auto-estigma de los profesionales. • ¿ Propuestas de actuación para actuar contra el estigma asociado a la enfermedad mental • Cómo pueden contribuir las enfermeras, otros profesionales de salud y la sociedad para avanzar en la lucha contra el estigma.
DESPEDIDA	Despedida y agradecimiento a los participantes.	

ANEXO 4: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES

BLOQUE	TEMÁTICA	SUGERENCIAS DE PREGUNTA
INTRODUCCIÓN	Recepción de los participantes y presentación	<p>Agradecer la presencia de los participantes.</p> <p>Explicar el propósito y los objetivos del estudio.</p> <p>Normas de participación: duración, voluntariedad, anonimato, confidencialidad.</p> <p>Firma del CI y autorización para la grabación.</p>
TEMÁTICA	Definición de persona con enfermedad mental	¿Cómo definiría a una persona con enfermedad mental? Imagen transmitida de la enfermedad.
	Realidad de las personas con enfermedad mental	¿Qué piensa sobre la situación que viven las personas con enfermedad mental? Tanto a nivel hospitalario como en la sociedad.
	Dificultades y obstáculos percibidos	¿Cuáles son las dificultades y los obstáculos a las que se enfrentan estas personas? Diferentes ámbitos.
	Diferencias entre patologías Posibilidades de recuperación	<p>Considera que tienen las mismas dificultades las personas diagnosticadas de los diferentes trastornos mentales.</p> <p>Posibilidades de recuperación.</p>
	Trato proporcionado a los pacientes	<p>¿Qué piensa sobre el trato que reciben las personas ingresadas en la UHB?</p> <p>¿Hay diferencias en el trato que reciben los pacientes ingresados en una planta de hospitalización a los recibidos en la UHB?</p>
	Experiencia vivida en SM	<p>Como profesional que trabaja en Salud Mental, podría describir su experiencia vivida.</p> <p>Mejor y peor experiencia con enfermos mentales.</p>
	Experiencia personal en el trabajo	<p>¿Cómo se siente al trabajar con personas con enfermedad mental?</p> <p>¿Qué opiniones surgen en su entorno al decir que trabaja en una unidad de salud mental?</p>
	Estigmatización de los profesionales	¿Somos estigmatizadores los profesionales? ¿En qué situaciones?
	Propuestas de actuación	Cómo pueden contribuir las enfermeras, otros profesionales de salud y la sociedad para avanzar en la lucha contra el estigma.
DESPEDIDA	Despedida y agradecimiento a los participantes.	Se les informará de los resultados obtenidos en el estudio.

ANEXO 5: PERFILES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

GRUPO DE DISCUSIÓN 1 (DUEs)		
	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN SM
PARTICIPANTE 1	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 2	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 3	DUE ESPECIALISTA SM	- 5 AÑOS

GRUPO DE DISCUSIÓN 2 (DUEs)		
	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN SM
PARTICIPANTE A	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE B	DUE GENERALISTA	- 5 AÑOS
PARTICIPANTE C	DUE ESPECIALISTA SM	- 5 AÑOS
PARTICIPANTE D	DUE ESPECIALISTA SM	- 5 AÑOS

GRUPO DE DISCUSIÓN 1 (TCAEs)		
	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN SM
PARTICIPANTE 1	TCAE	- 5 AÑOS
PARTICIPANTE 2	TCAE	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 3	TCAE	+ 5 AÑOS

ANEXO 6: PERFILES DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES.

ENTREVISTAS A DUEs		
	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN SM
PARTICIPANTE 1´	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 2´	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 3´	DUE GENERALISTA	+ 5 AÑOS

ENTREVISTAS A TCAEs		
	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN SM
PARTICIPANTE 1´	TCAE	+ 5 AÑOS
PARTICIPANTE 2´	TCAE	- 5 AÑOS

ANEXO 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Establecimiento de bases teóricas y metodológicas del estudio.	Recogida de datos	Trascripción y análisis de los datos	Redacción de memoria de investigación y divulgación de resultados
Diciembre 2013				
Enero 2014				
Febrero 2014				
Marzo 2014				
Abril 2014				
Mayo 2014				
Junio 2014				
Julio 2014				
Agosto 2014				
Septiembre 2014				
INVESTIGADOR PRINCIPAL				
INVESTIGADOR PRINCIPAL JUNTO A COLABORADORES				

ANEXO 8: MATRIZ DE DOMINIOS / METACATEGORÍAS / CATEGORÍAS

DOMINIOS	METACATEGORÍAS	CATEGORÍAS
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Realidad que viven	Imagen que transmiten
		Dificultades y obstáculos
		Apoyos que tienen
	Sobre la enfermedad mental	Diferencias entre patologías
		Causas de la enfermedad
		Posibilidades de recuperación
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Trato recibido en el HUIL	En la UHB
		En otras áreas de hospitalización y/o urgencias
	Profesionales de enfermería	Primera experiencia en Salud Mental
		Evolución de la opinión sobre las personas con enfermedad mental
		Mejor y peor experiencia
		Sentimientos generados
ESTIGMA SOCIAL	Personas con enfermedad mental	Estigma público
		Auto-estigma
	Medios de comunicación	Imagen en los medios de comunicación
	Estigma dirigido hacia los profesionales	Estigma dirigido hacia los profesionales de Enfermería
	Propuestas de actuación	Dirigidas a pacientes y familiares
		Dirigidas al entorno de los profesionales
		Dirigidas a la sociedad a través de los medios de comunicación

ANEXO 9: VERBATIM DEL DOMINIO “VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”

IMAGEN QUE TRANSMITEN	
DUEs	
PARTICIPANTE 3 [1316-1381]	“Muy negativa, por estar en Salud Mental le dan más bombo y platillo, yo creo”
PARTICIPANTE 3 [2798-2898]	“Un TP pues lo que suele producir es ñato, malcriado, infantil...y los antisociales bueno ya...”
PARTICIPANTE C [388-439]	“A nivel general la imagen que se tiene es de miedo, de alerta, rechazo”
PARTICIPANTE 1´ [2118-2266]	“La imagen social que se tiene de una persona con esquizofrenia generalmente tiende siempre a ser mala, es una persona mala, es una personas agresiva”
PARTICIPANTE 1´ [6212-6313]	“No todos los días tienes a un paciente que coja un cuchillo que diga que vienen seis soldados a matarle”
PARTICIPANTE 2 [783-988]	“Con cualquier otro tipo de enfermedad lo que les remueve a las personas es pena o tristeza pero cualquier persona que diga tengo una enfermedad mental lo que te produce no es pena, es rechazo”
PARTICIPANTE 2 [3372-3696]	“Además que tengo esto que es una putada que afecta a mi familia, que afecta a mi trabajo, que afecta a mi vida en general, encima tengo que tener como el rechazo de todo el mundo, es como de siempre estoy etiquetado y de siempre estoy encasillado en el raro del barrio”
PARTICIPANTE 3´ [1653-2022]	“Ahora se sigue llamando loco, ahora todo es lo mismo que antes, lo que pasa que ahora queremos socializarlo más y hacerlo todo más normal pero es mentira, porque un enfermo mental sigue siendo un loco a los ojos de la calle, un enfermo mental en la calle, nadie le haba, igual que antes y ahora no se le pone una cadena, porque no te dejan, que se las pondrían...”
PARTICIPANTE 3´ [4355-4459]	“No es una persona normal y no va a ser normal nunca”
PARTICIPANTE A [314-396]	“Pero que tengas un vecino que te despierte a las 3 de la mañana te toca los cojones”
PARTICIPANTE B [4302-4443]	“Y un maniaco es agotador, una persona que está en fase maniaca te absorbe la energía, sales hecho polvo de trabajar”
TCAEs	
PARTICIPANTE 1 [1846-1856]	“Son malos”
PARTICIPANTE 2 [260-307]	“Yo pienso que se rechazan”
PARTICIPANTE 3 [1054-1083]	“Dan miedo”

DIFICULTADES Y OBSTÁCULOS	
DUEs	
PARTICIPANTE D [1397-1797]	“Yo me he encontrado sobre todo con chicos así jóvenes de veintitantos que te transmiten mucho sufrimiento en el sentido de que se sienten limitados a la hora de encontrar trabajo, las relaciones sociales, incluso las relaciones amorosas también; me he encontrado con situaciones de ¿quién va a querer estar con alguien como yo? muy limitantes, con cierta impotencia y desesperanza además”
PARTICIPANTE 1 [2746-2782]	“Buscar pareja también es complicado, el rechazo, a ver si luego voy a tener un hijo...”

PARTICIPANTE 1 [3030-3059] "En el ámbito laboral, en el ámbito social, que tienen más dificultades para encontrar un camino"
PARTICIPANTE 1´ [212-416] "La situación que viven es bastante complicada, en la sociedad actual el tema del estigma social está muy presente y entonces es complicado convivir hoy en día con una enfermedad mental"
PARTICIPANTE 1´ [825-891] "Yo creo que la complicación es en cuanto al tema de falta de recursos"
PARTICIPANTE 1´ [894-984] "Todo lo que conlleva el estigma social que te hace retraerte y no aceptar lo que tienes, al encontrar trabajo, el tema de relacionarse con los demás, buscar aficiones... Tienden a organizarse en grupos ellos y comparten entre ellos, pero es mucho más difícil que compartan con los demás"
PARTICIPANTE 2 [4162-4186] "Les afecta laboralmente, a nivel familiar ya que hay muchos tratamientos que ni siquiera las mujeres pueden llegar a quedarse embarazadas, tienen que cambiar el tratamiento... Es una barrera, tienen muchas dificultades a la hora de relacionarse, a la hora de enfrentarse a la vida que para nosotros es rutinaria, a la hora de buscar trabajo, de relacionarse, de encontrar una pareja, amigos..."
PARTICIPANTE 3´ [9063-9257] "Para trabajar, el trabajo más normal, el tío más integrado, mejor estabilizado, mejor tratado que cumple todo a raja tabla en un momento puntual puede tener un desajuste que te "joroba" tu trabajo"
PARTICIPANTE 3´ [11196-11305] "Yo creo que depende mucho del nivel intelectual que tengas el comprender o no la enfermedad"
PARTICIPANTE A [4706-4781] "A la hora de encontrar trabajo, de relacionarse... siempre se acomplejan"
TCAEs
PARTICIPANTE 1 [2282-2346] "El aislamiento social con todo, con la familia, amigos... simplemente a la hora de relacionarse con los demás"
PARTICIPANTE 2´ [1230-1700] "Estando enfermo y encima verte desprotegido y no tener a nadie en quien apoyarte eso ya es una dificultad, luego pues a la hora trabajar, sabemos que una persona enferma así no va a encontrar un trabajo tan así porque sí, entonces ya eso también es otro problema y a la hora de desarrollarse como personas y con la gente"
PARTICIPANTE 1´ [597-730] "A nivel de calle es el estigma, pero el estigma de cualquiera que no está en la línea y en la dirección y en el sentido que marca"

APOYOS QUE TIENEN
DUEs
PARTICIPANTE 1 [2556-2587] "Las asociaciones también ayudan, les dan más recursos, más herramientas para determinadas situaciones"
PARTICIPANTE 1´ [1853-1955] "El hecho de tener una enfermedad mental no sea condicionante para tener que asociarme con esa persona"
PARTICIPANTE 2 [1003-1332] "Me da mucha rabia que a lo mejor los enfermos con cáncer o con cualquier otra enfermedad tienen un montón de ayudas o de asociaciones y si tienes una enfermedad mental se te cierran todas las puertas"
PARTICIPANTE 2 [2297-2418] "También influye mucho el grupo de apoyo que tengan, o sea si tienen familia que apoyen, si tienen asociaciones. A lo mejor si están más apoyados y hay más recursos pues lo llevan de otra manera"
PARTICIPANTE 2´ [567-709] "Al relacionarse entre ellos quiere decir que al final un psicótico cuando tiene una crisis pues va a afectar al psicótico amigo de al lado y al final pues es perjudicial para todos, entonces no están"

sacando nada bueno... en vez de normalizar lo que hacen es "a normalizan" la situación; tendrían que relacionarse con gente de todo tipo, que no tengan ese tipo de patología y que puedan tener una relación normal con otras personas, no que te una eso"

PARTICIPANTE B [5450-5987]

"Estamos a lo mejor pensando en pacientes que tienen un entorno social normalizado y por ejemplo yo lo que veo aquí que posiblemente será por la zona en la que está ubicado el hospital no es un entorno normalizado, es completamente desestructurado, son familias desestructuradas que se relacionan con el tema de drogas"

PARTICIPANTE B [7941-8161]

"Y depende desde luego del entorno, del apoyo que tengas, es lo que les pasa a muchos de aquí: no me hablo con mi madre, no me hablo con mis hermanos, no tengo trabajo, malvivo en un piso... recaigo seguro"

TCAEs

PARTICIPANTE 1 [1861-2247]

"Luego también depende del nivel social, la evolución de la enfermedad es diferente en un contexto familiar que en otro y lo llevan de otra manera... tanto económicamente, culturalmente y todo; hay unos que están totalmente capacitados, bueno que están integrados en la sociedad porque sus medios económicos, sociales y la cultura de los padres y otros pues que les ha tocado y no pueden hacer nada"

PARTICIPANTE 1 [4556-4738]

"Yo creo que lo más importante también es el entorno que tengan y la familia que tengan y donde estén, que les puedan sacar, guiar o reconducir porque ellos están en un bloqueo total"

PARTICIPANTE 1 [5363-5456]

"Depende del entorno familiar, ya sea con dinero o sin dinero, como reconduzcas esa enfermedad"

PARTICIPANTE 2' [1230-1371]

"Primero la vivencia con la gente, puede estar bien protegidos por su familia o bien encontrarse solos, entonces eso para mí ya eso un problema"

DIFERENCIAS ENTRE PATOLOGÍAS

DUEs

PARTICIPANTE 1 [2052-2109]

"Creo que sí que hay bastante diferencia entre unas y otras, la depresión te produce sensación de "pobrecilla", los antisociales pues como su propio nombre indica son lo más, los TP pues madre mía, es que te cansan, trastocan mucho, manipulan..."

PARTICIPANTE 1' [2565-2645]

"Es verdad que las diferentes patologías no tienen nada que ver unas con otras, el estigma social aflora mucho más según qué tipo de pacientes"

PARTICIPANTE 2 [1594-1657]

"Hay mucha diferencia, una depresión es como la enfermedad más aceptada y no es lo mismo un esquizofrénico que lo que te produce es miedo a un depresivo a lo mejor lo que te produce es como que estás hasta las narices de que siempre vea todo lo negativo"

PARTICIPANTE 3' [410-848]

"Sí que dices que has estado ingresado por un depresión y la ansiedad también es normal, la gente lo acepta porque como tenemos estos cambios de humor todo el mundo, pues se acepta. Todo el mundo ha tenido a alguien o conoce a alguien que en algún momento ha tenido depresión, en mayor o menor grado"

TCAEs

PARTICIPANTE 1 [840-1029]

"Un trastorno de ansiedad le puede pasar a todo el mundo"

PARTICIPANTE 2' [1704-1930]

"No, no creo que lo mismo sea un enfermo con un trastorno límite que pueda ser un esquizofrénico, creo que tiene más dificultad un esquizofrénico que un límite, la enfermedad es mucho más grave..."

PARTICIPANTE 3 [275-350]

"La depresión es como una cosa más light, mucho más que una esquizofrenia"

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

DUEs

PARTICIPANTE 3 [2148-2409]

“Un cáncer, pues bueno, te puedes buscar un cáncer si tienes factores de riesgo pero una enfermedad mental esos factores de riesgo yo creo que te los buscas más, muchas veces, también pueden ser genéticos, muchas veces piensan que te los buscas por así decirlo”

PARTICIPANTE 1 [6211-6266]

“Les hago ver que tampoco es una cosa que hayan buscado”

PARTICIPANTE 1 [3136-3412]

“Es complicado, la gente que no está metida en el tema de salud mental se piensa que la enfermedad mental no es una enfermedad, es una cosa que te entra de repente, no lo entienden como enfermedad lo entienden como, yo no sé cómo, como otra cosa”

PARTICIPANTE 2 [1433-1558]

“Como los síntomas no son físicos, no se ven, pues cuesta más ponerte en el lugar de esa persona de que tenga esa enfermedad”

POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN

DUEs

PARTICIPANTE 3 [4492-4672]

“La conciencia de enfermedad, es un tema a trabajar, es muy difícil y se ve que una persona con conciencia de enfermedad buena responde mucho mejor al tratamiento y mejora mucho más”

PARTICIPANTE 3 [4678-4772]

“Puede hacer una vida lo más normalizada posible, pero curación como tal todavía no lo he visto. Tampoco es lo mismo hablar de una psicosis puntual por consumo por cannabis que la pasas y ya está; yo creo que estamos hablando todas en la misma línea, el típico paciente crónico”

PARTICIPANTE C [1011-1070]

“Recuperación total, total, yo creo que son los menos casos. Al fin y a cuentas son enfermedades igual que una persona es diabética o hipertensa, es una enfermedad y está ahí y aunque el entorno influya, también influye la propia enfermedad y puede volver, aunque tengas una adherencia buena te puedes desestabilizar, siempre están ahí alerta...”

PARTICIPANTE 1 [3395-3416]

“Curación, curación no, con muchas cosas pueden conseguir una vida normal entre comillas, funcionar bien pero tienen que seguir un tratamiento, es una enfermedad crónica con lo cual...”

PARTICIPANTE 1 [4004-4198]

“Yo creo que depende de la enfermedad que tenga, los cronicazos pues curación no... pero los brotes agudos yo creo que si se trabaja bien la conciencia de enfermedad y tiene apoyo fuera y demás...”

PARTICIPANTE 1 [2648-2821]

“Lo que hay que transmitir es que se puede llevar una vida completamente normal, pero sí que es cierto que el curarse 100% en una enfermedad mental es mucho más complicado. La mayor parte de las enfermedades mentales tienes que aprender a convivir con ellas, lo cual no quita para que se pueda llevar una vida normal y puedas hacer una vida normal pero es verdad que tienes que tener o tenemos que transmitir que deben de tener unas serie de precauciones para el resto de su vida”

PARTICIPANTE 2 [4388-4496]

“Yo creo que en función de la intervención que se haga en las primeras fases no es que sea una curación plena pero si una rehabilitación casi total a tu vida como puede ser la nuestra, creo que eso sí que puede llegar a ser posible”

PARTICIPANTE 2 [5020-5273]

“Depende del vínculo que tengan con su psiquiatra, con su enfermera... porque siempre si tienen un vínculo bueno, a nada que ellos se vean un poco fuera de lo habitual van a poder pedir ayuda, entonces van a prevenir que eso vaya a más pero sino...”

PARTICIPANTE 3 [6494-6640]

“Se puede curar algo puntual, muy puntal en un momento dado, una depresión, una crisis de ansiedad... una cosa así justita, pero el resto es crónico”



PARTICIPANTE A [7664-7720]

“El objetivo no es la cura en sí, sino es la estabilidad, hay muy pocas enfermedades que se puedan curar”

PARTICIPANTE A [7778-8070]

“Es algo que siempre te está persiguiendo, porque cualquier factor estresante te puede desestabilizar”

TCAEs

PARTICIPANTE 1 [2459-2708]

“Tienes una enfermedad mental como consecuencia de la droga que puedas revertirlo vale pero sino es una cosa que ha debutado con la droga pero ya que tenías antecedentes genéticos...”

PARTICIPANTE 2 [1935-2191]

“Hombre, recuperación, recuperación se puede llamar mejoría más que recuperación pero yo creo que mejoran bastante si ellos quieren y siguen sus tratamientos y sus cosas como tienen que llevarlas, quieren y pueden claro, pues si hay mucha mejoría en algunos”

PARTICIPANTE 1 [1845-1912]

“No interesa que se recuperen sino no hay sector de salud mental. El problema es que al final es un negocio todo y los negocios son números, si todo el mundo se cura, una de dos o te buscas algo nuevo o te sacas alguna enfermedad... el sistema se tiene que seguir moviendo”

PARTICIPANTE 3 [1140-1190]

“Que son realmente escasas, yo creo que son escasas”

PARTICIPANTE 3 [1196-1367]

“Lo único que yo creo que sí que acaba recuperándose, a lo mejor me equivoco, creo que son las psicosis orgánicas”

ANEXO 10: VERBATIM DEL DOMINIO “ESTIGMA SOCIAL”

ESTIGMA PÚBLICO
DUEs
PARTICIPANTE 3 [1948-1987] “Los consideran el deshecho social de la sociedad”
PARTICIPANTE C [49-184] “Yo creo que realmente sí que hay cierto estigma y creo que gran parte de ello se debe a lo que se proclama de las enfermedades mentales”
PARTICIPANTE 1 [65-103] “Existe, vamos que está súper arraigado por el desconocimiento que hay, incluso en nosotros. Se tiende a verles como problemáticos, es gente peligrosa, que te produce miedo y un poquito de rechazo”
PARTICIPANTE 1 [5280-5492] “Yo creo que el miedo viene a partir de ahí desde el desconocimiento, con qué me enfrento, por dónde saldrán... incluso lo vemos con los suplentes cuando vienen”
PARTICIPANTE 1´ [301-416] “El tema del estigma social está muy presente y entonces es complicado convivir hoy en día con una enfermedad mental, el desconocimiento hace que aflore el estigma social que hay en la sociedad y aflora en situaciones donde el paciente está poco más nervioso o un poco más agresivo”
PARTICIPANTE 2 [2147-2259] “Te genera desconfianza a lo mejor hasta en las cosas que son reales, no les das el valor que les merecen”
PARTICIPANTE A [2104-2529] “En realidad que uno esté hablando solo por la calle te daría un poco igual, sino sientes que te va a agredir ni nada que más te da. Yo creo que la gente le da miedo si este que esta hablado sólo por la calle de repente viene y me da un tortazo o me atraca. Entonces la gente lo relaciona más con algo que no saben manejar y entonces eso asusta”
PARTICIPANTE B [3880-4026] “¿Cuántas enfermeras se meterían a psiquiatría? Muy pocas, del hospital a lo mejor alguna, pero mucha gente no querría trabajar en psiquiatría”
PARTICIPANTE B [6388-6496] “En el entorno en el que está el hospital no es un hándicap tan grave como lo podría ser en otro lugar”
TCAES
PARTICIPANTE 1 [59-295] “A veces que huyes, lo marcas. Tú misma a veces lo rechazas incluso cuando lo ves fuera, si forma parte de tu familia como que lo asumes, pero si esta fuera es verdad que lo rechazas o te asusta y le marcas”
PARTICIPANTE 1 [1486-1497] “Lo tapas para que tus vecinos te vean porque huyen”
PARTICIPANTE 1 [6439-6850] “A lo mejor nosotros en la sección de psiquiatría no lo tienes tanto pero en general en sanidad sí. Incluso con los oncológicos o con los infecciosos también se tiene, es un rechazo por miedo o que te puedan... y eso que no es contagioso la enfermedad mental pues yo creo que tiene más estigma que a un infeccioso”
PARTICIPANTE 1 [9280-9309] “Fuera se apartan”
PARTICIPANTE 2´ [4416-4474] “Los separamos, los agrupamos, cuando te viene algún y hay gente como que no le caen, entonces ya los metes en un grupo y los separas de otros enfermos mentales cuando en realidad todos son iguales”
PARTICIPANTE 1´ [736-1036] “Estigmatizados completamente, primero los temen, claramente los temen y por otro lado es una cuestión que todavía sigue dando vergüenza, sigue dando mucha vergüenza la enfermedad mental cosa que la física no. Y luego está relacionado mucho con hábitos no deseables”
PARTICIPANTE 1´ [6058-6185] “En todo, en general, según el tipo de afección, cada profesional tiene su punto débil, hay



compañeros que por ciertas drogas... "ya eres un drogadicto"... somos muy de ponerle título a la gente, en general"

PARTICIPANTE 2 [55-86]

"Lo termina marcando la sociedad; en el momento que ves uno de aquí, yo veo uno de aquí y si no me dice nada pues por supuesto que no le digo nada"

PARTICIPANTE 2 [1117-1142]

"Gente tiene miedo, miedo a lo desconocido. Todos pensamos que nos puede subir la tensión pero no pensamos que podamos tener una enfermedad mental"

PARTICIPANTE 3 [50-250]

"La enfermedad ya es un tabú ya de por sí, entonces si tú tienes un problema de corazón se dice al vecino o a no sé quién, fíjate lo que tengo, pero ya no dices es que soy esquizofrénico"

AUTO-ESTIGMA

DUEs

PARTICIPANTE 3 [3284-3799]

"Una persona que sabe que el resto puede pensar de ella cosas negativas ¿qué autoestima va a tener? como te puedes enfrentar cuando tú ya tienes problemas internos muy graves a decir venga me están diciendo por un lado que tengo que salir a la calle que tengo que relacionarme pero claro es que me dicen que me relacione con la gente que yo sé que piensa cosas muy negativas de mí... entonces eso imposibilita totalmente su tratamiento... porque el tratamiento no es solamente es farmacológico, una parte es social"

PARTICIPANTE 1 [195-262]

"Muchas veces que ingresan y no quieren decir que están ingresados"

PARTICIPANTE 1' [914-982]

"El estigma social lo que te hace es retraerte y no aceptar lo que tienes"

PARTICIPANTE 2' [219-320]

"Dificulta que tú reconozcas a esa propia enfermedad, que no tomes la medicación y estés menos regulado"

PARTICIPANTE 3' [1575-1648]

"Es algo que avergüenza y algo que de verdad la gente asume que está loco. Ellos ya saben que no son normales, saben de base que tienen una enfermedad considerada "no normal"

PARTICIPANTE A [4839-4862]

"Además están muy acomplejados. Yo entiendo por un lado que si eres hipertenso no tienes que ir ocultándolo tampoco es que lo proclames pero en un momento determinado te tomas una pastilla ¿ah que estás enfermo? "Bueno si, es que tengo hipertensión" y no pasa nada, pero tú te tomas y pastilla y dices que eres esquizofrénico y cojones como te miran... entonces claro es que esto tiene que ser horroroso, lo voy a tomar que no me mire nadie, es que es totalmente antinatural lo que tienen que hacer para ocultar eso"

IMAGEN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

DUEs

PARTICIPANTE 3 [5490-5739]

"Las películas han hecho mucho daño, típicas películas más las antiguas, ahora quizá ya si se trata de forma diferente por ejemplo el cisne negro, que es una película así muy actual y diferente a la de Alfred Hitchcock: La de los pájaros"

PARTICIPANTE D [326-511]

"Muchas veces se asocia al enfermero mental con violencia o con asesinos... yo creo que parte del estigma está asociado a la imagen que se da en los medios de comunicación"

PARTICIPANTE 2 [453-578]

"En los medios de comunicación siempre que sale una noticia de un esquizofrénico, de un bipolar es o porque ha matado a alguien o porque ha habido una desgracia familiar. Si los medios de comunicación lo que transmiten eso, la sociedad lo que ve eso"



ESTIGMA DIRIGIDO HACIA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

DUEs

PARTICIPANTE D [3355-3482]

“Cuando mi abuela se enteró de que cogí plaza en salud mental me dijo “pero hija ten cuidado, pero como te metes en esas cosas”. Primero te dicen que mucha precaución, con mucho cuidado y luego hay gente, sin embargo, que les crea mucha curiosidad, quizá por lo distinto que es”

PARTICIPANTE 1 [6836-6871]

“Comentarios así como madre mía, vaya ganas de estar ahí trabajando...”

PARTICIPANTE 1´ [9311-9388]

“Es un horror, que miedo, madre mía cómo estás ahí, pues chica pide un cambio”

PARTICIPANTE 2 [3725-4141]

“Yo ahora que hace poco he estado de baja, en rehabilitación cuando contaba que me había pasado o sea que había tenido un accidente que me puede pasar aquí o me puede pasar en la UVI o en urgencias decían “Jo claro es que estando en psiquiatría, pues madre mía”

PARTICIPANTE 2 [5666-5729]

“Me hacen bromas, a mí me dicen si claro como tú estás pa´allá”

PARTICIPANTE A [12224-12370]

“Yo de hecho lo que veo, es que cuanto más normalizo yo la situación de la salud mental, de los problemas mentales, más me tachan a mí de loca. O sea si lo normalizo siempre y soy yo un poco la rarita”

PARTICIPANTE B [11257-11378]

“Y luego en cambio te metes por ejemplo en interna y nadie te dice cuidado no te vayas a pinchar con una aguja con VIH...”

PARTICIPANTE B [12259-12605]

“Yo he contado que estoy a gusto en la planta y todos me dicen: “Jo que es que tú estás también”... como diciendo para estar a gusto ahí tienes que estar, pues eso con una vueltita de rosca más que el resto”

TCAEs

PARTICIPANTE 1 [9316-9941]

“Pues mi familia tiene curiosidad ¿y cómo les tratas? Dice uff yo no sabría ¿y si se ponen peor? ¿Qué piensan? ¿Y por qué dicen eso? ¿Y por qué les ha pasado? Por fuera sí que te dicen que si no te da miedo... les pica la curiosidad a la vez que lo rechazan”

PARTICIPANTE 2 [1400-1557]

“La gente lo que primero pregunta si te han metido o te has metido tú. ¿Y no te da miedo? ¿Y no te hacen nada?”

PARTICIPANTE 3 [2262-2373]

“En mi entorno miedo, miedo a que me agredan, a que me peguen, a que me hagan algo. Me dicen cuidado, aléjate, no te acerques”

ANEXO 11: VERBATIM DEL DOMINIO “VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL”

TRATO RECIBIDO EN LA UHB	
DUEs	
PARTICIPANTE 3 [5761-5828]	<i>“Yo creo que intentamos quitar ese estigma y tratarle con normalidad”</i>
PARTICIPANTE C [2188-2281]	<i>“En general se les trata bien la unidad, más o menos estamos sensibilizados y comprometidos”</i>
PARTICIPANTE 1 [9669-9846]	<i>“Creo que enfermería somos las menos ignorantes porque somos las que más manejamos pacientes, creo que dentro de los sanitarios podemos ser las más abordables”</i>
PARTICIPANTE 1´ [3415-3447]	<i>“El trato es muchísimo más humano, aquí se mira mucho más al paciente como individual y en función de eso se les da una serie de privilegios lo que hace, muchas veces, que el paciente también cada vez exija más y más”</i>
PARTICIPANTE 1´ [4011-4337]	<i>“La idea de ingresar en una unidad como ésta es estabilizarle y rehabilitarle para que luego pueda llevar una vida más o menos normal fuera, si tú ese trabajo no lo haces y lo que le haces es estar mucho más cómodo aquí o venderle que esto es mucho más cómodo que estar fuera, el paciente va a volver a ingresar”</i>
PARTICIPANTE 1´ [4350-4438]	<i>“Esto parece un spa, nos falta los chorros... pero claro es que es verdad que están muy bien”</i>
PARTICIPANTE 2 [5491-5518]	<i>“Intentamos ser muy cercanos, yo creo que en general los pacientes están muy contentos, incluso a veces en exceso”</i>
PARTICIPANTE A [9771-9813]	<i>“Yo creo que se les atienden mejor incluso, se normaliza, para empezar les tratamos por su nombre. Es mucho más humanizado, bastante mejor que en una interna, allí es un número. Me parece súper personalizado, muchas veces incluso no te sabes ni el número de cama, a mi eso me parece súper buena atención, mucho mejor que cualquier otra planta”.</i>
PARTICIPANTE B [316-778]	<i>“Yo creo que cuando trabajas con ellos ocurre justo lo contrario que a veces dejas de ver que estás trabajando con un paciente que tiene un problema de salud mental. Yo he visto reacciones hacia los pacientes que no son las que se deberían de tener hacia un enfermo de salud mental sino que son reacciones que se tienen con alguien de la calle”</i>
PARTICIPANTE B [966-1058]	<i>“Cuando hay muchos conocimientos y cuando estás mucho en el mismo sitio pierdes esa barrera”</i>
TCAEs	
PARTICIPANTE 2´ [2197-2437]	<i>“Hombre, pues en la unidad le damos el mejor trato que podemos, yo creo que en la unidad reciben buen trato todos en general, algunos hay que son más receptivos a la hora de tener nuestro trato y otros que no, pero a todos por igual”</i>
PARTICIPANTE 1´ [2245-2294]	<i>“Privilegiado y no adecuado para su recuperación”</i>

TRATO RECIBIDO EN OTRAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y/O URGENCIAS	
DUEs	
PARTICIPANTE 3 [8067-8811]	<i>“ En la urgencia se ve mucho miedo, inseguridad y mucho mal manejo de los pacientes; si tú manejas mal a un paciente en un entorno tan estresante pues que al final se te va de las manos”</i>
PARTICIPANTE 3 [8925-9079]	<i>“Volvemos al mismo tema de la ignorancia entre nosotros mismos, entre profesionales y no solamente me refiero a enfermería sino a los propios médicos. Me hizo gracia el otro día un médico</i>



<p>que vino a ver a Consuelo, era digestivo y decía ¿pero, está bien para que la vea yo solo? Digo si si pasa, que no necesita compañía”</p> <p>PARTICIPANTE C [1854-1997]</p>
<p>“Yo noto como que a veces lo ven como un problema menos importante lo que les pasa a ellos; se les hace esperar más o como que no se les da importancia, cuando un paciente psiquiátrico llega a urgencias, no se le considera algo importante”</p> <p>PARTICIPANTE D [2402-2753]</p>
<p>“Me he encontrado casos estando de guardia en urgencias de que nos llamen de triage diciendo aquí hay un pacientes de los vuestros, de manera despectiva”</p> <p>PARTICIPANTE 1 [9331-9371]</p>
<p>“Como que les dejan un poco ahí olvidados, pacientes que han venido contenidos o que han venido mal y es un poco pues esa sensación de abandono y de miedo, casi como que les da repelús”</p> <p>PARTICIPANTE 1´ [4723-4884]</p>
<p>“Les da muchísimo miedo, de hecho te llaman, te avisan... la manera de hablar o de expresar... ellos por ejemplo "contención" no lo usan, "ay madre mía vamos a atarlo", eso ya denota que tienen ahí un miedo por el desconocimiento y luego están los prejuicios de los hablábamos antes, el estima social ya conlleva que tú estás visualizando que a ese paciente lo vas a tener que atar porque ese paciente es malo, es agresivo”</p> <p>PARTICIPANTE 2 [6140-6302]</p>
<p>“Les tratan casi rozando el maltrato, sensación de abandono... cómo me da miedo pues ala quédatelo tú; y no ven que eso es una urgencia igual de importante que un infarto”</p> <p>PARTICIPANTE 2´ [1629-1900]</p>
<p>“En realidad en una planta orgánica, de una medicina interna o algo así, un paciente psiquiátrico como que esta fuera de lugar entre comillas, porque cualquier a enfermera que este por allí ese paciente ya no le va a gustar demasiado”</p> <p>PARTICIPANTE A [8506-8556]</p>
<p>“Se les trata como un poco disminuidos, se pasa de ellos y cuando intentan defender sus derechos pues no se les hace caso. Yo lo que he visto en mi experiencia es que se les trata como de segunda”</p> <p>PARTICIPANTE B [10182-10331]</p>
<p>“Yo lo he visto y no solo en tema médico y enfermera, quiero decir en todo el sistema sanitario: celadores, seguridad... hay de todo”</p>
<p>TCAEs</p>
<p>PARTICIPANTE 2´ [2442-2765]</p> <p>“Pues peor que el que damos nosotros en la unidad de psiquiatría, sobretodo en la urgencia. En la urgencia no saben cómo tratarlos, eso lo primero, porque no están especializados en ello entonces el trato es totalmente diferente; a la hora de un ingreso, de una contención el trato es malísimo, malísimo porque no tratas al enfermo como un enfermo mental sino como uno que viene desquiciado o chillando y no le haces entender que es un enfermo mental”</p>

PRIMERA EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL

DUEs

<p>PARTICIPANTE 3 [893-1041]</p> <p>“Yo por ejemplo cuando entre un poco en el mundo de la psiquiatría venía súper estigmatizada, diciendo "Ay Dios mío dónde te estas metiendo”</p>
<p>PARTICIPANTE 1 [756-804]</p> <p>“Cuando venimos aquí, venimos desde la ignorancia, vienes con miedo, a ver lo que me voy a encontrar... y desde el desconocimiento de las enfermedades pues vienes un poquito acojonado así hablando mal y pronto”</p>
<p>PARTICIPANTE 1´ [6435-6797]</p> <p>“Es verdad que tienes una imagen preconcebida de lo que es enfermo mental, lo que te ponen en las película, lo que te cuentan en la tele cuando sale alguna noticia; entonces tú cuando entras a una unidad de psiquiatría a trabajar la primera vez vas con miedo, de hecho el comentario cuando se lo dices a todo el mundo es "ala tía que miedo". Al principio estás como parado, estas como "madre mía, ¿qué hago? llamas al psiquiatra directamente”</p>
<p>PARTICIPANTE A [1814-2068]</p> <p>“Yo la primera vez que entre en una planta de psiquiatría me daba miedo que me fuesen a hacer</p>



algo, en plan nos apiñamos y vamos a por ella... Todos gritando"

TCAEs

PARTICIPANTE 2´ [3205-3542]

"Hombre, pues cuando llegas aquí, como todos que no sabes tratar al enfermo mental lo primero es un poquito de miedo hacia ellos pero una vez que ya vas entablando y ya vas conociendo lo que es la salud mental y la enfermedad pues ya no, es totalmente diferente, el trato es bueno con ellos y sabiéndolo llevar y entendiéndolos pues bien"

PARTICIPANTE 1´ [3867-4141]

"Yo es que la primera vez, yo he llegado a ver una sala acolchada, no he visto una camisa de fuerza pero sí he visto una acolchada... claro yo en principio cuando llegue y no era un sitio específico de psiquiatría, era de disminuidos psíquicos, eso era como las películas"

EVOLUCIÓN DE LAS OPINIÓN SOBRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

DUEs

PARTICIPANTE 3 [1097-1302]

"Y luego dices, Dios mío, que ignorante soy por pensar esto cuando realmente hay situaciones que pueden ser un poco violentas por así decirlo o más llamativas pero que cualquier planta las tienes"

PARTICIPANTE 1 [4548-4663]

"Luego una vez que ya lo conoces pues es diferente muchos necesitan hablar, que les escuches y bueno.. que las cosas son llevaderas"

PARTICIPANTE 1´ [6836-6889]

"Ese miedo se pasa una vez que estás trabajando aquí y llega un punto en el que vienes a trabajar aquí como el que va a trabajar en medicina interna, tranquilo y sin más... luego aprendes un montón, aprendes a identificar situaciones de riesgo a la primera de cambio, aprendes a manejarlas..."

TCAEs

PARTICIPANTE 2´ [3548-3829]

"Sí claro, ahora ya entiendo que es un enfermo mental. A lo primero no lo sabes, no entiendes... un paciente se te altera, tú te alteras un poco más queriendo llevarle por tu camino pero no, hasta que te das cuenta de que realmente es un enfermo"

PARTICIPANTE 1´ [4141-4625]

"Si ha cambiado, ha cambiado los métodos, las correas, ahora es todo como más aséptico, más fino, antes la psiquiatría era como un cajón de sastre, dejaban al personal menos preparado, el sitio más alejado dela ciudad y que no dieran ruido a ser posible, sí que ha cambiado, en eso sique hay que reconocer que quieras que no hay más recursos de día, más integración, mas talleres, eso viene bien"

PARTICIPANTE 3 [2049-2154]

"La experiencia lo que te da es el saber llevarles, el saber tratarles, entonces eso es un punto enorme, ahora ya eres capaz de aplacar al esquizo, de llevarlo bien con el delirante..."

MEJOR Y PEOR EXPERIENCIA

DUEs

PARTICIPANTE 1´ [7398-8054]

"Mi peor experiencia es cuando se amotinaron cuatro pacientes en un comedor, porque es verdad que son situaciones muy complicadas que con el poco personal que trabajamos en la planta pues es difícil de manejar, porque bueno te surge un paciente con una situación complicada y más menos pues entre todos, uno avisa, otros se encarga de que al resto no les pase nada, otro esta con el paciente intentando contener verbalmente y tal... pero cuando son muchos pacientes a la vez la verdad es que se vive una situación bastante tensa tanto por tí, como por el resto de pacientes que están en peligro"

PARTICIPANTE 1´ [8057-8332]

"La mejor pues un montón, la mejor es cuando ves cuando ves que un paciente viene completamente desubicado y hecho polvo y se va de aquí sabiendo lo que tiene y dándote las gracias por haberlo"



estabilizado y situaciones de esas vivimos muy a menudo y eso es muy gratificante”

TCAEs

PARTICIPANTE 2´ [3834-4000]

“Pues cuando viene un paciente muy muy muy malito y dentro de la posibilidad de recuperarle pues se va mucho mejor, más que recuperarle es su mejoría”

PARTICIPANTE 1´ [3618-3861]

“Hombre negativas tienes los recuerdos de movimientos, movimientos graves y ya llevo unas cuantas agresiones hacia mí, hacia el personal... es lo que más recuerdo claro... momentos ahí en los que la adrenalina se dispara”

SENTIMIENTOS GENERADOS

DUEs

PARTICIPANTE 3 [6228-6282]

“Creo que te haces más fuerte incluso, menos sensible... Todo el día trabajando con una persona muy lábil por ejemplo, tienes que hacerte fuerte para trabajar con ella sino yo también me pondría a llorar como una magdalena; si yo me llevase todos los problemas que hay aquí a mi casa vamos la que ingresaba aquí era yo, porque tienes una carga emocional muy grande, como tú no seas un poco fuerte....”

PARTICIPANTE 1 [6914-7490]

“Depende del momento personal que pasemos también, hay momentos que estas más sensible y creo que te pueden afectar más las cosas... y otros que bueno, pues que a lo mejor les quitas importancia a las cosas... no lo sé... es difícil porque también separar tus sentimientos de ... uff... no se hay veces que intentamos, yo por lo menos intento no darle... no llevármelo a casa por supuesto y no pensarlo mucho pero en otras que ocasiones no puedes evitarlo... hay historias que te llegan más que otras, entonces pues bueno depende un poco... es difícil... es complicadillo yo creo”

PARTICIPANTE 1´ [8335-8391]

“Me siento un poco cansada es verdad, las cosas como son. Cuando llegan las vacaciones yo no he visto personal con más ganas de cogerlas que el personal que trabajan unidades psiquiátricas porque es verdad que las necesitas, hay muchas tardes o muchas mañanas que sales muy abotargado de aquí, sales muy agotado, estás luchando entre comillas mentalmente con una persona siete horas de turno pues es cansado”

PARTICIPANTE 2´ [1916-2277]

“Creo que mentalmente cansa mucho porque continuamente es negociación con los pacientes, continuamente tienes que estar pensando que es lo que le tienes que decir... es que mentalmente es agotador. Yo creo que es que tiene una caducidad y que llega unos años que ya tendrías que cambiar de servicio para luego en otro momento volver. En otras plantas te cansas de correr y aquí te cansas mentalmente”

PARTICIPANTE A [941-1282]

“Ya llega un momento que la base es que haya un problema mental, casi llega hasta este límite. Porque ahora yo creo que lo raro sería que conocieses a alguien que tuviera una salud mental estupenda y perfecta, ya como que partes de la base que a todo el mundo que conozcas va a tener ahí defectitos mentales.”

TCAEs

PARTICIPANTE 1 [4376-4465]

“Un puntito, desde que estoy aquí siempre lo he dicho, todos tenemos un puntito vamos”

PARTICIPANTE 1 [8983-9275]

“Yo soy además fuera de aquí, muy nerviosa, no tengo paciencia; en cambio aquí sí que la tengo ¿por qué? No lo sé. Sí que la tengo con ellos, es que hay que tener mucha paciencia”

PARTICIPANTE 2´ [4103-4219]

“Bien, yo me siento bien, muy a gusto con ellos, a la hora de trabajar con ellos pues se aprende mucho la verdad”

PARTICIPANTE 1´ [5036-5522]

“¿De ahí quien se libra? ¿Quién no tiene un punto de algo? ¿Con quién no te ves reflejado de algo? ¿Quién no piensa que algún día tu puedes ser así? nadie estamos libres de nada y hay cosas que sabes que no te van a llegar o es muy raro que te lleguen y hay otras que realmente es muy fácil”

ANEXO 12: VERBATIM DE LA METACATEGORÍA “PROPUESTAS DE ACTUACIÓN”

DIRIGIDAS A PACIENTES Y FAMILIARES
DUEs
<i>PARTICIPANTE 3 [6707-7493] “Creo que desde los centros de salud, desde Atención Primaria se pueden hacer muchas cosas, lo que podemos hacer es súper amplio, no solamente con el paciente sino también con la comunidad con la que tú trabajas”</i>
<i>PARTICIPANTE 1 [8077-8153] “Como enfermeras creo que lo que más podemos hacer es informar me parece a mí”</i>
<i>PARTICIPANTE 1´ [9625-9671] “Yo creo que básicamente la educación sanitaria”</i>
TCAEs
<i>PARTICIPANTE 1´ [6936-7133] “Toda la teoría que tenemos a raudales y que escribimos por todos lados, aplicarla. Yo creo que tratando a los demás como te gustaría que te trataran a ti no hace falta ni estudiar”</i>
<i>PARTICIPANTE 2 [2236-2268] “Normalizándolo, que sea como una enfermedad más”</i>

DIRIGIDAS AL ENTORNO DE LOS PROFESIONALES
DUEs
<i>PARTICIPANTE C [2327-2445] “Pues cuando nos hagan ese tipo de preguntas, diciendo que no es todo malo que también hay otras cosas. Informando a nuestros círculos, intentándolo normalizar”</i>
<i>PARTICIPANTE D [3669-3744] “No alimentando ese afán que tiene la gente de detalles más extravagantes”</i>
<i>PARTICIPANTE 1´ [11327-11731] “Formación, formación, formación a familiares, amigos... educación sanitaria y luego pues intentar no fomentar, porque también es que somos muy cotillas, entonces nos preguntas de otras plantas “qué ha pasado”, entonces como que quieren chicha y tú les cuentas la chica, pues eso intentar reducirlo, intentar ofrecer otra imagen dentro del ámbito sanitario también. La enfermera que trabaja aquí debe responder de otra manera y de intentar dentro de lo que cabe normalizar un poco la situación”</i>
<i>PARTICIPANTE B [11589-11962] “Si en nuestros círculos, como tú dices, no contando la chicha. Porque lo que llama la atención es si has atado a alguien en una cama, si han salido los palos de suero volando, es lo que la gente quiere; pero no les cuentas es que cuando hacemos el “Buenos días” la gente dice que ha sufrido mucho”</i>
TCAEs
<i>PARTICIPANTE 1 [9969-10149] “Normalizarlo desde nuestro puesto, incluso bromeando, viendo que es como una enfermedad normal”</i>
<i>PARTICIPANTE 3 [2577-2634] “Hablando de ello con total naturalidad”</i>

DIRIGIDAS A LA SOCIEDAD A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
DUEs
<i>PARTICIPANTE 3 [7842-7969] “Yo creo que la clave está en televisión, cine, radio, cosas así... para llegar a mucha, mucha gente y cambiar un poco el estigma”</i>
<i>PARTICIPANTE 1´ [10106-10277] “Yo creo que se debería incidir en ese tipo de medios porque llegan a toda la población y lo que les llega la población es completamente lo contrario”</i>



PARTICIPANTE 2´ [2349-2765]

“Demostrar que la gente que tiene una enfermedad mental tienen trabajos totalmente cualificados: abogados o arquitectos y tienen patología mental de base y que aparentemente son normales; para que la población se den cuenta de que realmente no es un impedimento, no es el loco del cuchillo que decíamos antes... Eso a lo mejor también le valdría a la sociedad para darse cuenta de que es algo normal”