



Trabajo Fin de Grado:

¿Es la especialidad de enfermería en salud mental un factor protector contra el estigma en pacientes con problemas de salud mental?

(Is the speciality of mental health nursing a protective factor against stigma in patients with mental health problems?)

Alumno/a: Alba Turégano Hernández

Tutor: Dr. Rafael Herruzo

Curso: 2017/2018

Grado en Enfermería

Resumen:

Las enfermedades mentales han sido a lo largo de los años las grandes olvidadas de los sistemas sanitarios del mundo. Desconocimiento, miedo o incomodidad han podido ser las causas de este olvido que ha reducido a los enfermos mentales a seres sin identidad social ni psicológica, apartados o en mejores palabras, estigmatizados por el resto de la sociedad. En nuestro país, el programa de formación de enfermeras/os especialistas en salud mental, ha considerado como eje central en la atención a la salud mental combatir dicho fenómeno de estigmatización, en un intento por devolver la dignidad a las personas que sufren este tipo de patologías.

Objetivo: el objetivo de este trabajo es conocer si ser enfermera/o especialista en salud mental es un factor protector contra el estigma en salud mental frente a ser enfermera/o sin formación de especialista.

Metodología: estudio mixto transversal, secuencial y descriptivo, desarrollado en dos instituciones de atención especializada y dos de atención primaria pertenecientes al área V de atención sanitaria de la red de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con 16 enfermeras/os. Los datos fueron recolectados a través de triangulación de métodos (cuestionario cerrado, opinión de un caso clínico y entrevista semi-estructurada), y analizados con el programa informático SPSS.

Resultados: la información proporcionada por los participantes arrojó que ser enfermera/o especialista en salud mental es un factor protector contra el estigma, complementado por el hecho de ser mujer, trabajar en atención primaria y tener experiencia laboral.

Conclusiones: el estado español podría promover la formación de enfermeras/os especialistas en salud mental y proporcionarles puestos de trabajo en esta área. Así mismo, se deberían promover y proporcionar recursos formativos en el área de la salud mental a todos los profesionales de enfermería no especialistas en este ámbito, para contribuir de este modo con la reducción del estigma que sufren los pacientes desde todos los profesionales.

Palabras clave: enfermería, especialista, salud mental, estigma, enfermería psiquiátrica, enfermería especialista.

Abstract:

Mental illnesses have been forgotten over the years by health systems around the world. Ignorance, fear or discomfort could have been the causes of this oblivion that has reduced mental health patients to persons without social or psychological identity, set aside or, in better words, stigmatized by the rest of society. In our country, the training program for mental health nurses has considered as a central axis in mental health care to combat this phenomenon of stigmatization, in an attempt to restore identity and dignity to people who suffer from this type of pathologies.

Objective: the objective of this work is to identify whether being a mental health nurse is a protective factor against stigma in mental health versus being a nurse without specialist training.

Method: a mixed cross-sectional, sequential and descriptive study, that was developed in two specialized care institutions and two primary care centers belonging to Area V of healthcare in the Community of Madrid public hospital network, with 16 nurses. Data was collected through triangulation of methods (closed questionnaire, opinion of a clinical case and semi-structured interview), and analyzed with the SPSS computer program.

Results: the information provided by the participants showed that being a mental health nurse is a protective factor against stigma, complemented by being a woman, working in primary care and having work experience.

Conclusion: the Spanish government should promote the training of mental health nurses and provide them jobs in this area. Likewise, it must promote and provide training resources in the mental health area to all nursing professionals who are not specialists in this field, in order to contribute to the reduction of stigma by all professionals.

Key-words: nursing, specialist, mental health, stigma, psychiatric nursing, specialist nursing

Índice

1. Introducción	1
2. Metodología	12
2.1. Diseño del estudio	12
2.2. Definición de la población de estudio	12
2.3. Técnicas de recogida de datos.....	13
2.4. Variables/Dimensiones del estudio	14
2.5. Trabajo de campo	15
2.6. Análisis de los datos	16
2.7. Limitaciones del estudio	16
2.8. Plan de trabajo	17
2.9. Consideraciones éticas	17
3. Resultados.....	18
4. Discusión y Conclusiones.....	28
5. Bibliografía	35
6. Anexos.....	38
6.1. Anexo 1: Consentimiento Informado	38
6.2. Anexo 2: Escala de medición de estigma	39
6.3. Anexo 3: Caso clínico y preguntas breves	40
6.4. Anexo 4: Preguntas entrevista semi-estructurada	42
6.5. Anexo 5: Clasificación de los participantes	43
6.6. Anexo 6: Cronograma de actividades.....	43
6.7. Anexo 7: Desglose respuestas caso clínico y entrevista semi-estructurada.....	44

Índice de gráficos:

Gráfico 1: participante*ítem 1/cuestionario	18
Gráfico 2: participante*ítem 2/cuestionario	19
Gráfico 3: participante* ítem 4/cuestionario	20
Gráfico 4: participante*ítem 5/cuestionario	20
Gráfico 5: participante*ítem 10/cuestionario	21
Gráfico 6: participante*ítem 12/cuestionario	22
Gráfico 7: participantes*pregunta3/ caso clínico	23
Gráfico 8: participantes*pregunta 1/entrevista.....	24
Gráfico 9: participantes*pregunta 6/entrevista.....	25
Gráfico 10: participantes*pregunta 9/entrevista.....	26
Gráfico 11: participantes*pregunta 10/entrevista.....	26

Índice de tablas

Tabla 1: Tabulación cruzada especislita*estigmatiza.....	27
Tabla 2: Tabla Chi-cuadrado	27

1. Introducción:

Para la realización de este trabajo, es principal comentar en primera instancia el paradigma en el que se enclava actualmente la atención sanitaria y la formación de sus profesionales, así como en la historia de la psiquiatría y sus diversas corrientes, haciendo especial hincapié en la historia de la misma en España y en describir los principales conceptos que trataremos tales como el de *Salud mental, enfermedad mental o estigma en salud mental*.

El paradigma o parafraseando a Kuhn “las realizaciones universalmente reconocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”, que se impone desde el siglo pasado para la producción de conocimiento en el área de la salud es el llamado positivista. El paradigma positivista sienta sus bases con Francis Bacon que es el primero en proponer la inducción como método más acertado para llegar a la verdad. Tras él, es Husserl quien propone el método fenomenológico como vía para dar explicación a las vivencias sin tener en cuenta la influencia externa. Finalmente, es Comte quien propone en el s.XIX el positivismo como la forma más adecuada de hacer ciencia, dando carácter de realidad a aquello que pueda ser demostrado de forma empírica. (1)

Por lo anteriormente mencionado, actualmente, las ciencias de la salud de forma mayoritaria basan su conocimiento en la evidencia empírica, o en otras palabras, en la obtención de iguales resultados en el mismo experimento cuando este se realiza en diferentes sujetos, ayudándonos así a relacionar causas y efectos que permitan predecir la enfermedad que podría desarrollar o tener un sujeto. (2)

Así mismo, dicho paradigma influye en la práctica clínica en tanto que el modelo de atención se basa en una compartimentación estanca del organismo, en la que la dolencia producida se debe a un fallo de uno de los compartimentos que no influye ni es influido por el resto. Los estudios científicos buscan la causa que produce el efecto que en este caso sería la enfermedad, buscando el “compartimento” que está fallando, sin tener en cuenta ningún campo más allá del puramente biológico. También, este paradigma deposita el poder y el conocimiento sobre el profesional sanitario siendo la relación del paciente con el sanitario de sumisión, quedando por tanto excluido o muy poco incluido en la toma de decisiones que respectan a su salud o en su propio autocuidado. (1)

Históricamente, la disciplina enfermera ha buscado un estatus semejante al médico, por lo que si el paradigma positivista era el generador de conocimiento médico, la disciplina enfermera también ha basado su atención en la fragmentación del sujeto por sistemas y su éxito profesional en la curación de los mismos. (3)

Durante este periodo histórico, el paradigma positivista impregnaba toda la sociedad, otorgando mayor valor en el ámbito sanitario a los aspectos técnicos y curativos propios de la práctica biomédica, generados y ejercidos en potestad por el colectivo médico, quedando así la enfermería en un segundo plano e infravalorada. (4)

Kuhn, que revolucionó el concepto de paradigma cumplimentó dicho concepto con el de ciencia normal, o periodo de vigencia de un paradigma que permite el avance del conocimiento. A finales del siglo pasado, el paradigma positivista no fue capaz de dar respuesta a las preguntas que están surgiendo cada vez con más fuerza entorno a la influencia de la psicología y el entorno sobre el desarrollo y/o curación de la enfermedad, por lo que siguiendo la teoría de Kuhn nos encontraríamos ante un cambio de paradigma.

Ni el positivismo ni la necesidad de un cambio de paradigma han sido factores excluyentes a la psiquiatría. Usualmente, la enfermedad mental se trataba como una disfuncionalidad a nivel cerebral por lo que las técnicas de curación empleadas incidían exclusivamente en el plano físico. Igualmente, en las últimas décadas del siglo pasado se manifiesta en nuestro país con mayor prevalencia la necesidad de un nuevo enfoque en el tratamiento de la enfermedad mental, incluso para las familias y entorno de los pacientes, así como partícipe de la psicología de los mismos, y la consideración de que ambos factores podrían jugar un papel tanto desencadenante como curativo en los pacientes que padecen este tipo de enfermedad.

Este momento de necesidad de cambio se manifiesta en nuestro país en los albores de lo que varios años después será la reforma psiquiátrica.

La reforma psiquiátrica, surge como parte del movimiento de transformación social tras la finalización de la dictadura franquista que había devastado los logros conseguidos con anterioridad por psiquiatras como Lafora, Mira, Tosquelles o Germain. En España, esta reforma llegará mucho más tarde que en otros países, por lo que nace con la sabiduría de los errores cometidos en estos otros lugares. Su motivación principal es la desmantelación de los manicomios y el traslado de la asistencia psiquiátrica a los hospitales, aunque centrando el proceso de rehabilitación en la necesidad de asistencia social. El fin de este cambio es devolver la dignidad y los derechos a las personas que padecen trastornos mentales, considerar a la comunidad como agente partícipe y generador de recursos rehabilitadores, tratamiento de la enfermedad mental como un problema de salud pública, atención a la salud mental en red cuyo eje es el centro de atención comunitaria que coordina con el centro especializado y los recursos sociales, introducción del concepto salud mental en lugar del de psiquiatría y/o psiquiátrico.(5)

Así pues, en lo que respecta a la definición de salud mental, la Organización mundial de la Salud, propone en la última modificación la siguiente definición “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (6)

A través de la definición presentada, podemos discernir que ya no se alude a la salud mental como la ausencia exclusivamente de enfermedad (enfoque positivista), sino que se incluyen conceptos como el de bienestar y se alude a habilidades para la adaptación, productividad, contribución.....

Las habilidades apuntadas por la OMS hacen referencia a factores personales, así como al contexto sociocultural y económico, aunque a este respecto no se contempla explícitamente ninguna consideración en la definición.

Este vacío de información en la definición de la OMS nos alerta, de que la curación de la enfermedad mental, pasará en primer lugar por la recuperación de factores personales que posteriormente darán lugar al desarrollo de las habilidades que si se contemplan en la definición, y que este proceso estará altamente influido por el contexto social y cultural.

Recientes estudios, evidencian la necesidad de inclusión en dicha definición de otras emociones experimentadas por las personas que gozan de salud mental, tales como la tristeza, la rabia, el enfado o la decepción y de la consideración de la existencia de situaciones adversas en la vida humana como parte de la misma, dejando de lado el concepto de funcionamiento positivo perteneciente a la tradición hegemónica. Por este motivo, se propone una nueva definición del concepto de salud mental, que no solamente incluye lo anteriormente nombrado, sino que también da cabida a la inclusión de la habilidad para prestar atención, recordar y organizar información, tomar decisiones y usar el repertorio propio de habilidades verbales y no verbales para comunicarse, la habilidad para reconocer y modular las propias emociones, la empatía o la flexibilidad; haciendo especial incidencia en las dos últimas como principales desencadenantes de enfermedad si no se poseen, acercándose mucho más esta nueva propuesta al concepto de cambio de paradigma. (7)

La proposición de una definición con estas características, busca sobreponerse a las definiciones basadas en idealizaciones o en teorías hedónicas, abogando por la inclusión de un acercamiento en la mayor medida posible a la complejidad de las experiencias humanas, incluyendo igualmente referencias universales a los valores sociales humanos.

Aludiendo a lo anteriormente expuesto, la definición más actual propuesta sería la siguiente:

“La salud mental, es un estado dinámico de equilibrio interno, que habilita a los individuos a utilizar sus habilidades en armonía con los valores universales sociales. Habilidades cognitivas y sociales básicas, así como habilidades para reconocer, expresar y modular las emociones propias al tiempo que permitan empatizar con otros; flexibilidad y habilidad para combatir los eventos adversos de la vida y permita cumplir una función social”. (7)

A pesar de los esfuerzos mencionados por la reformulación de la definición de salud mental, estudios como “What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey.” (8) ponen de manifiesto la preferencia imperante por parte de los profesionales sanitarios por las definiciones de salud mental que se arraigan en el biologicismo por considerarlas más prácticas para su aplicación a nivel global al no considerarse los distintos valores, maneras de entender al individuo, o formas de ejercer la medicina en las diferentes culturas existentes en el

planeta. Así mismo, los encuestados piensan en su mayoría que factores sociales tales como la pobreza o las injusticias no deben ser considerados problemas médicos.

Este arraigo de pensamiento en los profesionales, es el que hace que la en un principio prometedora reforma psiquiátrica concluya tras veinte años de rodaje siendo una mercancía más, basada en la medicalización y psicologización de la sociedad que patologiza todas las emociones humanas que no se pueden encuadrar dentro de la sociedad ideal y feliz a la que aspiran las sociedades modernas. Así mismo, la atención de la salud mental se ha convertido a este punto en un conflicto de intereses que busca favorecer mayoritariamente al profesional sanitario y a las farmacéuticas.(7)

Por los motivos expuestos, aún imperan como definición de enfermedad mental las aportadas por la OMS o el DSM-V, puramente arraigadas al positivismo como podemos ver:

- OMS: “Combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás”(9)
- DSM-V indica “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (10)

Como podemos observar, estas definiciones cumplen lo evidenciado en el estudio ya citado por el que los profesionales popularizaban en mayor medida definiciones que sin inclusión de temática social ni psicológica se pudiesen extrapolar a la mayor población posible. Además, cabe destacar que este tipo de definiciones suelen presentar connotaciones negativas, en tanto que no se habla de restaurar ni sanar, sino de discapacidad y/o disfunción; aportando poca información sobre los procesos o desencadenantes de dichos factores negativos.

A este respecto, con el evidente fracaso de la reforma del 86, la incapacidad del gobierno para reglar las nuevas necesidades, y la cada vez más acusada privatización de los servicios sanitarios, legitimadas por la Ley 15/1997 (11) que tiran por tierra el trabajo de dos décadas en las que incluso la OMS declara beneficiosa la administración mixta en servicios de salud mental, surge un nuevo pensar.

El nuevo pensamiento, ya no busca un cambio de paradigma, ya que no concibe válida una única respuesta a la salud mental. Esta nueva tendencia, busca dar sentido al síntoma que describen los manuales de referencia mundial tales como el DSM o el CIE, que da nombre y apellidos a un conjunto de síntomas, pero que poco o nada dice de su producción o razón de ser y solo busca el fármaco que elimine el síntoma aún si este no pudiese ser tratado con los mismos por no tener evidencia de ser producido por causas biológicas.

Historia, biografía, entorno social y psicología; toman protagonismo en esta nueva perspectiva de pensamiento, que apuesta por la humanización de la atención y la búsqueda de la causa de enfermedad en estos factores, más que en un gen o una causa biológica como apostaba el biologicismo.

Con este cambio y/o rotura del paradigma toman fuerza a nivel mundial, y a finales de los 90 en nuestro país una serie de corrientes tales como la Antipsiquiatría o el Subjetivismo Crítico que serían las más alejadas del modelo positivista. Aplaudidas por unos, condenadas por otros, estas propuestas subversivas contra un modelo anquilosado que busca un lavado de cara a través del modelo psicosocial rompen desde las bases la estructura de un modelo que no logra frenar la prevalencia del aumento de los trastornos mentales, ni en España ni al rededor del globo.

Según estadísticas de la OMS, aproximadamente 450 millones de personas padecen enfermedad mental al menos una vez en la vida, afectando la depresión a más de 300 millones de personas en todo el mundo; la bipolaridad a más de 60 millones; la esquizofrenia y la psicosis a 21 millones; la demencia a 47,5 millones..... (12)

En Europa se estima que más de un 27% de la población adulta y entre un 7-25% de la población infantil padecen un trastorno mental. En España los datos generales más actuales que se tienen, señalan que un 19,5% de los españoles presentaron alguna vez un trastorno mental, con mayor prevalencia en mujeres. Este aumento de los trastornos mentales sitúa a esta causa como la séptima en mortalidad y la primera en morbilidad a nivel europeo, por delante de enfermedades cardiovasculares o del cáncer. (13)

Estos datos evidencian una clara necesidad de cambio en el pensamiento y administración de servicios sanitarios, que abogue por el sujeto como principal agente rehabilitador, dotándole de identidad propia e incluyendo en su tratamiento historia, biografía y sociedad en la que se desenvuelve el mismo

A lo largo de este recorrido, es curioso como ninguna definición o investigación ni positivista ni de tinte más sociológico evidencia el concepto de estigma en salud mental. El estigma y la discriminación, son los mayores problemas a los que se enfrenta una persona con problemas de salud mental.

E. Goffman en su reseñable publicación “Estigma: la identidad deteriorada” (14), define el concepto de estigma en salud mental como “un atributo profundamente desacreditador que coloca al sujeto en una condición de inferioridad y pérdida de estatus, lo que genera sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación”.

El estigma, contribuye por tanto a perpetuar las dificultades que pudiesen acontecerse con las relaciones familiares y sociales, y por extensión, afectar gravemente a la recuperación de habilidades que el paciente debe adquirir o reparar para lograr una correcta reinserción en la sociedad, más que debe adquirir dentro de la misma, como por ejemplo sería trabajar.

Este mismo autor, atribuye el proceso de estigmatización a la discrepancia entre las características que debe tener una persona según las normas culturales y los atributos que en realidad presenta la persona. Es por esto, que la estigmatización en relación a los

trastornos mentales es más evidente en unos países que en otros, siendo inexistente en lugares donde los enfermos mentales eran considerados dioses o seres divinos, a fuertemente acusada en los países en los que se desarrollan las llamadas sociedades modernas, siendo esto un factor limitante a nivel social especialmente a nivel social y sanitario.

Link y Phelan (14) siguiendo en esta línea, centraron su investigación en los aspectos estructurales y los determinantes sociales causantes de estigma o de lo que denominaron “estigma estructural”. Concluyeron, afirmando que el proceso de estigmatización se basa en cinco procesos psicosociales:

- El etiquetaje : señalización de una diferencia que afecta a un grupo de personas
- La asignación de estereotipos: asociación de características desagradables en consonancia con las creencias culturales a las personas etiquetadas
- La separación: consideración como un grupo diferente
- La pérdida de estatus: menosprecio del colectivo etiquetado por las repercusiones emocionales que genera el estigma (miedo, ansiedad, compasión, pena...)
- La discriminación: restirada de poder del colectivo etiquetado

Ninguna de las personas que vivimos en sociedad por esta misma condición, estamos libres de los prejuicios imperantes en la sociedad en la que vivimos, por lo que debido a este motivo podemos diferenciar los siguientes tipos de estigmatización:

- Autoestigma: por parte de la persona que padece la enfermedad mental hacia sí misma, en tanto que comparte los prejuicios e ideas sociales en torno a la enfermedad mental propias del lugar donde habita.
- Estigma familiar: acontece cuando miembros de la familia de la persona que sufre enfermedad mental, es estigmatizada por la enfermedad de su pariente.
- Estigma institucional: es aquel que atañe a los profesionales de la salud, y presenta tres variables a considerar. La primera alude al profesional como agente estigmatizador (perpetúa el estigma en base a que comparte ideas y prejuicios sociales); la segunda, atañe al profesional como sujeto estigmatizado (por extensión al estigma de los enfermos mentales) y la tercera nos habla del profesional como agente des-estigmatizador (interpretando que por su formación especializada se ha desvinculado de prejuicios e ideas erróneas y busca la inclusión del paciente con enfermedad mental).
- Estigma público: es aquel que comparte una sociedad como colectivo.

Cabe destacar, que según recientes estudios, aproximadamente un 40%-77% de pacientes diagnosticados de enfermedad mental sufre autoestigma; mientras que entre un 66-95% se han sentido estigmatizados por su condición de enfermo mental alguna vez en la vida, existiendo estas variaciones dependiendo de las zonas geográficas que abarca el estudio, apareciendo la máxima prevalencia en Europa.

Así mismo, a nivel general, los pacientes con enfermedad mental atribuyen a la comunidad (61%) como principal agente estigmatizador, seguido de cerca por los medios de comunicación (43%), los familiares (43%), los compañeros de trabajo (43%), los profesionales de la salud (30%) y en último lugar la pareja (27%).(15,16)

La estigmatización, recae en mayor medida contra los enfermos diagnosticados de Esquizofrenia o abuso de sustancia, y sus principales causas (para personas no pertenecientes al colectivo sanitario) son las siguientes: (15, 16,17)

- Peligrosos
- Impredecibles
- Violentos
- Incapacidad para desarrollar actividad laboral
- Incomprensión

Así mismo, la población general atribuye la aparición de enfermedad mental a agentes que en su mayoría encierran connotaciones negativas, tales como: (15, 16,17)

- Abuso de sustancias
- Maltrato
- Abuso sexual
- Pobreza
- Antecedentes familiares
- Decepción amorosa
- Brujería
- Poca capacidad de afrontamiento

Tanto la atribución de aparición de enfermedad mental, como los rasgos de estigmatización mencionados, no presentan diferencias estadísticas significativas entre los sexos.

Todo lo anteriormente nombrado, ha llevado a los pacientes de salud mental a no recurrir a los servicios de asistencia sanitaria hasta en un 50% en nuestro país, por el miedo compartido de forma global a ser etiquetados con un diagnóstico y que este les conlleve toda la estigmatización mencionada, ya que según refieren recientes estudios el agente de mayor estigmatización es el diagnóstico. (16)

En lo que atañe a los profesionales de la salud, la medición del estigma y sus repercusiones no ha suscitado interés hasta los últimos quince años, aunque la producción científica a este respecto es aún escasa y en su mayoría ni española ni europea, por lo que los datos, impregnados de tintes culturales como ya se ha comentado la influencia de la cultura en el proceso de estigmatización pueden no arrojar datos concluyentes con respecto a nuestra cultura.

En España, el último estudio de gran envergadura a este respecto data de 2009 y bajo el título “Estigma y Salud Mental” (18), recoge las siguientes conclusiones respecto a los estudios de estigma en profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental:

Los profesionales mantienen actitudes estigmatizadoras en tanto que:

- Adoptan actitudes basadas en el paternalismo
- Deshumanización
- Concepción de la persona enferma como carente de sentimientos, sensibilidad y derechos básicos
- Concepción de que los pacientes no tienen necesidades, deseos, ilusiones y esperanzas
- Mensajes desmoralizadores

También, cabe destacar que algunos de estos estudios arrojaban datos positivos como:

- 95% psiquiatras consideraban que las personas con enfermedad mental no eran tan peligrosas como lo que la sociedad supone
- Las personas con enfermedad mental no son culpables de su enfermedad
- Admitía la posibilidad de recuperación completa
- Aceptación ante el hecho de vivir cerca, tener amigos o que alguno de sus hijos se casase con una persona con enfermedad mental

Centrándonos en el personal de enfermería, la producción científica actual sigue sin ser muy abundante, aunque si es existente.

De este colectivo, podemos decir que según recientes estudios, las enfermeras y enfermeros que no poseen la especialidad de Salud Mental encuentran grandes dificultades en la atención a pacientes con problemas de salud mental, especialmente en los servicios de urgencia. Esta dificultad, es atribuida por los mismos protagonistas a en primera instancia una gran falta de formación para atender a pacientes con este tipo de patología. Reconocen una carencia de oportunidades para recibir formación continua en salud mental, así como una falta de compañeros especialistas en la materia. Otra dificultad, atañe a la inadecuada estructura física de los servicios. (19,20)

Las principales consecuencias que vieron derivadas de estas carencias, fueron la deshumanización, estigmatización, marginalización, dificultades en la comunicación y negligencias que sufre el paciente en el proceso de cuidado, relacionadas con la inseguridad que el profesional siente ante la atención de estos pacientes por la falta de conocimientos ya referida. (19,20)

Así mismo, se ha detectado que la falta de formación no es un problema que atañe únicamente a los enfermeros graduados, sino que también lo hace con los estudiantes. Si bien, los estudiantes de enfermería presentan una actitud más positiva con respecto a las restricciones, benevolencia y estigmatización que rodean a la enfermedad mental; puntúan de forma negativa (al igual que el resto de la población) en aspectos tales como la segregación del colectivo, los estereotipos y las predicciones pesimistas con respecto al devenir de la enfermedad. (21)

Cabe mencionar, que estos resultados no difieren ni por edad, género, nivel socio-económico, estatus social o lugar de residencia, constatándose así como ya se ha

comentado en este trabajo que los prejuicios contra la enfermedad mental son transversales a toda la sociedad.

Evidenciando la importancia que tiene la formación en el personal sanitario y siguiendo por esa línea, el estudio suizo “Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors “(22) en el que vemos como efectivamente tener formación de especialista en salud mental promueve la tenencia de actitudes más positivas con respecto al paciente con problemas de salud mental y reduce la estigmatización. También, la tenencia de actitudes negativas contra la enfermedad mental, se atribuye a una menor experiencia profesional, no tener allegados con enfermedad mental o trabajar en atención especializada.

El estudio, concluye diciendo que ser especialista (alto grado formativo), tener experiencia laboral, tener allegados con problemas de salud mental y trabajar en atención primaria favorece la reducción del estigma e incrementa la calidad asistencial.

Definitivamente, vemos como en el caso de la enfermería, la formación y la empatía es crucial para demoler las bases de la estigmatización, por lo que si el sistema formativo como se mencionó al principio de este trabajo sienta sus bases en el positivismo (no considerando la inclusión de la sociedad y psicología del paciente en su tratamiento), vemos a este punto la necesidad del cambio de paradigma que se comentaba para reducir este incidente que únicamente produce iatrogenia y sufrimiento al paciente.

En España, la especialidad de psiquiatría nace en 1970 (d.3193/1970) (23), en aquel momento, para ayudantes técnicos sanitarios, no siendo reformulada cuando en 1977 la enfermería entra a la Universidad, por lo que en 1980 se autoriza a los nuevos licenciados a formarse en las especialidades para Ayudantes técnicos sanitarios (Preámbulo R.D. 992/1987) (24), hasta que 10 años después se regula la obtención del título de especialistas para diplomados en Enfermería (R.D.992/1987) (24), aunque la primera promoción no comenzará hasta 1994, año en el que la normativa obliga a desarrollar las especialidades.

Es en 1995 cuando un grupo de expertos enfermeros en Salud mental, convocados por el Ministerio de Sanidad y consumo elaboran el programa formativo de especialistas en salud mental. Finalmente, en 1998 este programa ve la luz en el decreto 992/1987 (24) regulándose la obtención del título de Enfermera especialista en salud mental.

En este programa, se hace especial hincapié en la reinserción social, humanización del paciente, inclusión de la familia, empoderamiento del paciente y su autocuidado e investigación. Estas competencias se adquirirían a través de materias, aprendizaje autónomo, prácticas clínicas y evaluación continuada. Durante este periodo, se acreditan las primeras unidades docentes para formación de especialistas en Salud Mental. En este punto, vemos como la formación apuesta por la centralización del paciente y la familia como eje del cuidado, y no del profesional como se venía haciendo hasta entonces,

aunque aún no se hacen referencias específicas en lo que concierne al problema de la estigmatización.

El siguiente paso en el recorrido de la formación de especialistas en nuestro país llega el 30 de junio de 1998, año en el que el Ministerio de la Presidencia publica una orden por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso a la formación de especialistas. (25)

En el 2003 con la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias quedan recogidas en la misma las especialidades de enfermería. (26)

En 2005 el R.D 450/2005, de 22 de abril de especialidades de Enfermería (27), determina que el acceso a la formación de especialistas se realizará una vez al año con carácter estatal, siendo el sistema de formación la residencia. Con esta ley, también se convalidó la especialidad de psiquiatría por la de salud mental.

La Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental (28), en la que se recogen los objetivos del programa especialista, si hace finalmente alusión a la problemática del estigma, marcando la necesidad de proponer estrategias de intervención específicas para combatir el estigma y la exclusión social de las personas con problemas de salud mental.

Actualmente, y bajo este sistema de residencia, la especialidad no está reconocida en tanto que no es necesaria para acceder a un puesto de enfermero en un servicio de salud mental, por lo que aun contemplándose el fenómeno y la necesidad de lucha contra el mismo en el programa formativo, si los especialistas no ocupan los puestos laborales en las unidades de atención a la salud mental, la conciencia de necesidad de reducción del estigma queda en manos del criterio de profesionales que no conocen las dimensiones de este problema.(29)

Así mismo, la situación en Europa no es mucho más alentadora, mientras como se ha mostrado anteriormente, Suiza es un país con una alta eficacia en sus profesionales contra la reducción del estigma, otros países como Francia ni siquiera reconocen enfermería como una titulación superior. Suecia, es el país que más desarrolladas tiene las competencias de especialistas, pudiendo prescribir las enfermeras especializadas. Holanda e Islandia también reconocen la especialidad de Salud Mental, mientras que el resto de países no reconocen esta especialidad o aún no tienen un programa de especialidades desarrollado. (30,31)

Así pues, con toda la información anteriormente mencionada, el objetivo principal de este trabajo es conocer si dentro de este nuevo modelo de pensamiento, reforma legal, reforma educativa y cambio en el modelo de atención, ser enfermera/o especialista en salud mental es un factor protector en la atención a la salud mental contra el estigma, en comparación con un enfermero/a sin esta formación de especialista.

Considero que los datos que arroje la investigación, serán útiles en tanto que nos ayudarán a conocer si el programa formativo de especialistas proporciona una correcta educación a este respecto, ayudará a las unidades donde se realizará el estudio a conocer si tienen que proporcionar formación complementaria a sus profesionales o no, en caso favorable será un punto de partida para realizar un estudio de mayor envergadura en el que se pueda evidenciar la conveniencia de contratar exclusivamente profesionales especialistas en el campo o no, en caso favorable ayudará a empoderar el valor de la formación de especialistas en enfermería, favorecerá la reflexión sobre la estigmatización y la concienciación del personal sanitario. Proporcionará una visión más profunda del tema en cuestión, siendo base para poder establecer propuesta de mejora en beneficio de la calidad asistencial del paciente. Finalmente, los resultados que arroje este estudio serán válidos para visualizar si se promueve el cumplimiento de la consideración del estigma troncalmente al resto de consideraciones en salud mental tal y como contempla el “Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020”.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio:

Para la realización de esta investigación, se empleará un diseño con metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) secuencial y descriptiva, con el fin de profundizar en el problema y recabar la máxima información. Los datos cuantitativos se tratarán como un estudio de prevalencia en el que se busca conocer la opinión de los profesionales con respecto al estigma en un momento determinado, mientras que los datos cualitativos se ceñirán a la teoría fundamentada, para posteriormente ser transformados en datos cuantitativos que se procesarán de la forma ya descrita.

A través de la parte cualitativa, que considera a los seres humanos como activos creadores del mundo y teniendo en cuenta que el estigma como ya se ha planteado, varía dependiendo de la cultura (entendida como la forma compartida en la que un grupo de personas entiende y crea el mundo), se busca conocer las opiniones reales de los profesionales entrevistados, no la más ajustada a su pensamiento como pasaría exclusivamente con un test de preguntas cerradas. Esta metodología, nos permitirá por tanto conocer cómo los profesionales de enfermería actúan ante el estigma en base al significado que esto tiene para ellos; la interacción social que dota de significado al estigma y la transformación que este concepto ha tenido en base a las experiencias de la persona.

En este estudio, lo que interesa es conocer el fenómeno del estigma de forma más profunda e individual en los profesionales de enfermería, para de este modo, poder conocer si hay características diferenciales especialmente en este caso, según se sea especialista en salud mental o no.

2.2. Definición de la población de estudio:

Los centros en los que se llevará a cabo esta investigación son, un centro de salud mental, un centro de atención primaria, un hospital monográfico de salud mental, y una unidad no psiquiátrica de un hospital general.

Todos los centros que participan en el estudio pertenecen a la red de atención a la salud de la Comunidad de Madrid, concretamente del área de salud número cinco.

La población objeto de esta investigación, son los profesionales de enfermería, divididos en las siguientes cuatro clases:

- Especialista en Salud Mental que trabaja en atención especializada
- Especialista en Salud Mental que trabaja en atención primaria
- No especialista en Salud mental que trabaja en atención especializada
- No especialista en Salud Mental que trabaja en atención primaria

*No se harán distinciones entre los años de formación de los diversos enfermeros ya que según la ley para ejercer todos han tenido que lograr mediante convalidaciones o cursos las mismas competencias.

En los estudios cualitativos a través de la muestra se busca reflejar la diversidad del fenómeno estudiado. En este caso, se seleccionarán 4 enfermeros de cada uno de los centros mencionados, sumando un total de 16 participantes.

La muestra se seleccionará de forma intencional atendiendo a criterios de representatividad y adecuación.

Para la selección de la muestra de enfermeros, se tendrá en cuenta:

- Posesión o no de titulación de especialista en Salud Mental
- Años de experiencia en la red de Salud Mental (menos de 5 años, más de 5 años)
- Trabajar en Atención especializada/ trabajar en atención especializada

Los profesionales serán seleccionados en base a su deseo de participación voluntariamente aceptado a través de la firma del consentimiento informado. (Anexo 1).

2.3. Técnicas de recogida de datos

La recogida de datos de esta investigación, se llevará a cabo a través de la triangulación de métodos, a través de la cual se suman las fortalezas de los diferentes métodos y se reduce la posibilidad de sesgos y fallas metodológicas, aumentándose así la veracidad y fiabilidad de la información.

Las técnicas utilizadas serán:

- A. Cuestionario de medición del estigma en salud mental para los profesionales de la salud.(32)

A través de esta técnica, utilizaremos un instrumento validado, mediante el cual obtendremos un primer acercamiento a la concepción que los profesionales tienen del estigma. En este cuestionario, se incluyen preguntas sobre factores tales como la violencia, allegados con enfermedad mental, concepción del origen de la enfermedad mental etc..... que como se comentó en la introducción favorecen de forma negativa o positiva hacia la adquisición o no de estigma, por lo que a través de este cuestionario, veremos el nivel de influencia social en la tenencia de estigma, y los factores personales vividos que hayan podido modificar esta percepción de una forma muy sencilla y rápida, que además nos ayudará a orientar el resto de recursos.

El cuestionario se conforma por 12 reactivos que se responden utilizando una escala Likert de 5 puntos, con valores que varían desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5). (Anexo 2)

La elección de este cuestionario, viene dada ya que ha sido el único que ha demostrado validez a través de un estudio científico y ha sido diseñada específicamente para los profesionales de la salud. Así mismo, es la más novedosa entre el total de escalas que miden el estigma en salud mental.

- B. Presentación de un caso:

Tras la realización del cuestionario reglado, se expondrá a los participantes la lectura del caso de un paciente con problema de salud mental y seguidamente se le pedirá que responda a preguntas abiertas breves que indagarán sobre el etiquetaje y estereotipación

del paciente. La intencionalidad de este método, es invitar al profesional a reflexionar sobre un caso real, que al mismo tiempo le suscita emociones y le acerca a su experiencia profesional y a episodios de su propia biografía, que den lugar a una mejor y más enriquecida percepción del estigma por parte del profesional.

Como ya se ha comentado, la esquizofrenia y las adicciones son las condiciones que provocan mayor estigmatización en la sociedad, por lo que propondremos un caso que incluya ambas (Anexo 3), con el fin de vislumbrar el verdadero estigma que tiene el profesional contra la salud mental. Debemos tener en cuenta que por su condición de profesional y de ser humano ante un caso de baja complejidad algunos podrían ocultar su verdadera opinión con respecto al tema en cuestión, ya que ser agente estigmatizante en lugar de des-estigmatizador podría desacreditar su profesionalidad.

C. Entrevista individual en profundidad semiestructurada:

Finalmente, con la entrevista se tratará de retomar y ampliar los puntos clave que aparecen tanto en el cuestionario como en el caso clínico propuesto. De este modo, podremos profundizar en la experiencia individual de cada profesional, así como en sus actitudes personales.

En lo que respecta a los temas y las preguntas que estarán reflejados en la entrevista, estarán decididos previamente y recogidos en una guía para el entrevistador. (Anexo 4).

2.4. Variables/ Dimensiones del estudio:

Se tendrán en cuenta las siguientes variables para la selección y segmentación de la muestra:

- Nivel de formación profesional: enfermero generalista o enfermero especialista en salud mental.
- Experiencia en la Red de Salud Mental: 5 años o más y menos de 5 años
- Nivel sanitario en el que se presta la atención profesional: nivel 1 atención primaria, nivel 2 atención especializada
- Sexo: ser mujer o ser hombre

Las dimensiones del estudio son las siguientes:

- Experiencia vivida por los profesionales en su labor asistencial con pacientes con problemas de salud mental
- Exploración del concepto de estigma en pacientes con problemas de salud mental por parte de los profesionales de enfermería en las diversas categorías propuestas.

2.5.Trabajo de campo:

A. Cuestionario validado:

El cuestionario validado se ha realizado de forma individual, en la sala polivalente de los centros que forman parte del estudio, de forma anónima y en un ambiente silencioso.

Antes de la realización del cuestionario, el investigador dio una explicación acerca del tipo y forma adecuada de cumplimentar el cuestionario.

La elección de los participantes ha seguido los criterios preestablecidos en la metodología del trabajo. En el anexo 5 se pueden ver según las variables ya establecidas las personas que han cumplimentado el cuestionario en las diferentes instituciones.

El sistema de notación empleado para salvaguardar la intimidad de los participantes será las siglas del centro donde trabaja seguidas de un número del 1 al 5 y de una S si es especialista o una N si no lo es.

El tiempo empleado aproximado en la cumplimentación del cuestionario fueron 15 minutos.

B. Presentación de un caso clínico:

Se ha presentado el mismo caso clínico a todos los participantes, con el fin de conducir sus pensamientos y sentimientos hacia una misma idea. El caso se ha leído de forma individual por los participantes en la sala polivalente de los centros colaboradores, en un ambiente de silencio y tranquilidad que favorezca la atención plena.

La elección de los participantes se ha realizado del mismo modo que en el caso anterior. En el anexo 5 se pueden ver según las variables ya establecidas las personas que han cumplimentado el cuestionario en las diferentes instituciones.

El tiempo aproximado para la lectura comprensiva del caso clínico fue de una media de 15 minutos.

El sistema de notación es el mismo que en el caso anterior.

C. Entrevista individual semiestructurada:

Se realizó una entrevista a todos los participantes del estudio, en la sala polivalente del centro donde realizan su actividad laboral, en un ambiente silencioso, confortable y conocido para el entrevistado, que favorezca el discurso del mismo.

La duración media de las entrevistas ha sido de 20 minutos. Estas han sido grabadas con el consentimiento de los participantes. Una vez finalizadas, el investigador hace un registro de incidencias y observaciones.

La captación de las personas entrevistadas se ha hecho del mismo modo que en los casos anteriores. En el anexo 5 se pueden ver según las variables ya establecidas las personas que han cumplimentado el cuestionario en las diferentes instituciones.

El sistema de notación es el mismo que en los dos casos anteriores.

2.6. Análisis de los datos:

Para dotar de sentido a los datos recogidos, se empleará la propuesta de Taylor y Bodgan ya que es la aceptada como más adecuada para datos cualitativos de tipo descriptivos, como es nuestro caso, aunque hay que tener en cuenta que todavía no hay métodos exactos de análisis de datos en investigación cualitativa.

La propuesta que hace es la siguiente:

- Preparación de los datos: transcripción y lectura de los datos recogidos
- Descubrimiento de temas: tras lectura comprensiva elaboración de categorías para su posterior codificación
- Codificación: agrupación de los datos en temas, ideas, conceptos estableciendo categorías
- Relativización de los datos: interpretación de los datos en el contexto que fueron recogidos.

Se utilizará el programa Express Scribe para la transcripción de las entrevistas y se categorizarán los datos cualitativos en base a las respuestas con mayor frecuencia de aparición para transformar los datos obtenidos en cuantitativos.

El análisis de datos será complementado por el test chi-cuadrado considerándose:

Hipótesis:

- H1: Ser enfermero especialista en salud mental disminuye la estigmatización del colectivo de pacientes con enfermedad mental
- H0: Ser enfermero especialista en salud mental no disminuye la estigmatización del colectivo de pacientes con enfermedad mental

Para la integración de estos datos, se utilizará el programa SPSS

Se contará con un investigador experto (tutor del trabajo) que revise el análisis de datos para evitar el sesgo que proviene de un solo investigador, proporcionando confiabilidad y veracidad a las observaciones.

2.7. Limitaciones del estudio:

Las limitaciones del estudio han sido las siguientes:

- Falta de tiempo para contrastar los resultados con la misma tipología en otro grupo profesional
- Los profesionales que participaron pertenecen al mismo área de salud, aunque hubiese sido interesante haber podido realizar el mismo estudio en otras áreas y ver si los resultados son solamente de esta área o comunes a todo el territorio
- El investigador ha sido parte del equipo en varios de los centros, por lo que esto puede ser un factor limitante en la honestidad a la hora de contestar de los participantes, aunque este hecho fue también beneficioso en tanto que provocó la participación de un gran número de personas.

2.8 .Plan de trabajo:

Fase 1: Establecimiento de bases teóricas y metodología del estudio

- Búsqueda bibliográfica
- Planteamiento del objetivo del estudio
- Formulación de la metodología

Fase 2: Recogida de datos

- Cuestionario validado
- Reflexión en torno a un caso
- Entrevista semiestructurada

Fase 3: Transcripción y análisis de datos

Fase 4: Discusión y conclusión de resultados

Fase 5: Divulgación de resultados

En el anexo 6 se recoge el cronograma de actividades

2.9.Consideraciones éticas:

Este trabajo está realizado en base a las consideraciones éticas recogidas por el Código Nuremberg, La declaración de Helsinki, el informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias médicas. (33,34)

Además, estos aspectos quedan puestos en práctica en tanto que todos los participantes firman un consentimiento informado previamente a su participación en el que se detalla el tipo de estudio así como su finalidad y la actividad que realizarían dentro del mismo, clarificando que la participación es voluntaria y anónima.

La investigación no provocará por tanto perjuicio alguno contra los participantes.

3. Resultados:

La muestra primeramente contemplada en la metodología de 16 personas, no sufrió modificaciones durante el proceso de recogida de datos, siendo por tanto 16 las personas que cumplimentaron de forma adecuada los tres métodos planteados de recogida de datos.

Para presentar los resultados obtenidos, comenzaré por el cuestionario cerrado validado, siguiendo por las preguntas correspondientes al caso clínico y terminando por las preguntas correspondientes a las cuestiones de la entrevista semi-estructurada. Destacar, que para la simplificación de los datos y la mayor aclaración de los mismos se presentan en este apartado gráficos muy simplificados, teniéndose a disposición del tribunal las tablas de resultados con información ampliada si las considerasen necesarias.

En lo que atañe al cuestionario cerrado validado, tal y como se refleja en el gráfico inferior (gráfico 1), para el ítem 1 los participantes se muestran con un 37.5% de la muestra de acuerdo con el hecho de que los pacientes con problemas de salud mental en recuperación puedan cuidar de sus hijos, frente a un 56.3% de la muestra que se muestra en contra. El segundo ítem (gráfico 2) también presenta controversia, ya que el 50% de la muestra total se posiciona en desacuerdo, especialmente los especialistas en salud mental (100% hombres que trabajan en AP, 100% de mujeres que trabajan en AE y 66.7% de mujeres que trabajan en AP). El resto de la muestra, y por lo anteriormente nombrado en su mayoría los no especialistas, se posicionan principalmente de acuerdo en este ítem.

Gráfico 1: participante*ítem 1/cuestionario

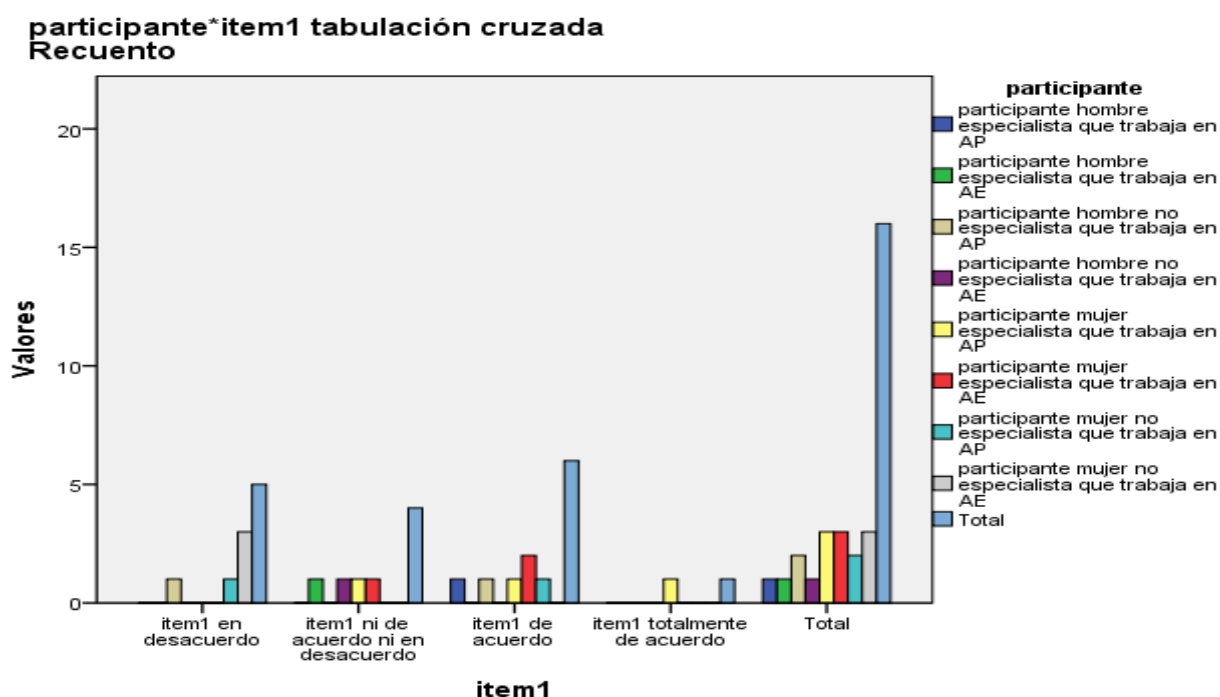
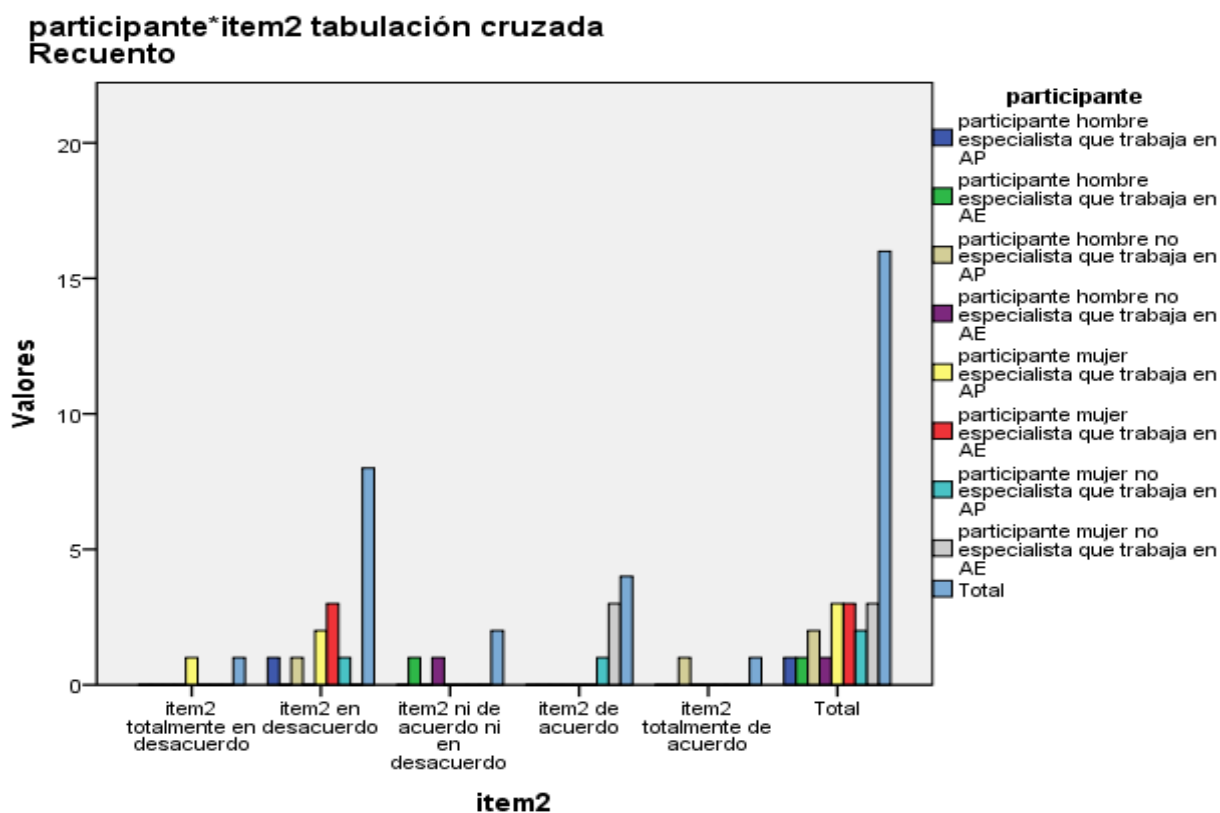
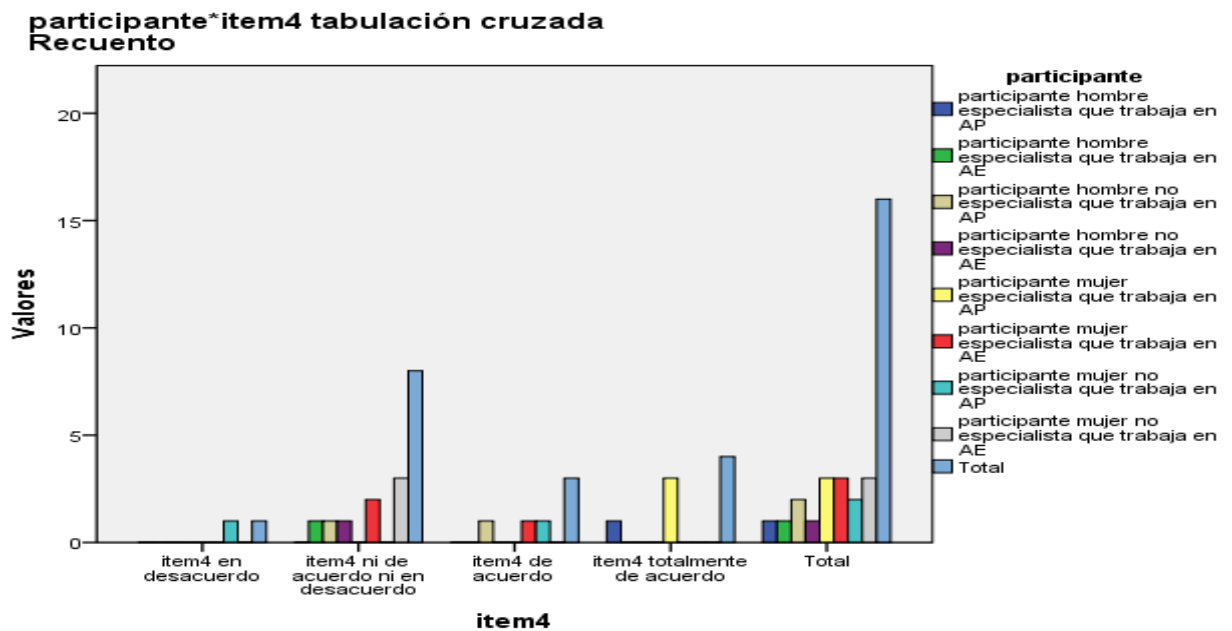


Gráfico 2: participante*item2/cuestionario



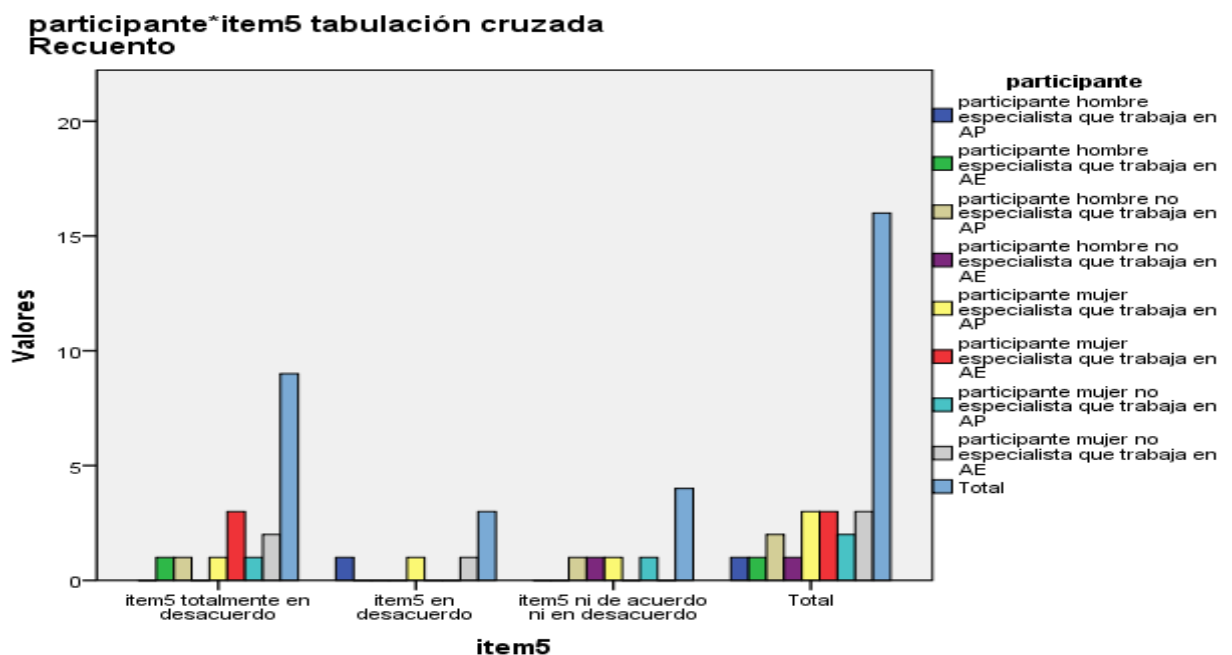
Con respecto al ítem 3 destaca nuevamente la posición de las mujeres especialistas de ambos niveles que otorgan el mayor acuerdo con respecto a que una persona con problemas de salud mental pueda vivir sola. Cabe mencionar que ninguno de los participantes se ha mostrado totalmente en contra. Si hablamos del ítem 4 (gráfico 3) en el que se pregunta por el grado de acuerdo con que las personas con problemas de salud mental puedan adoptar niños, vemos como un 50% de la muestra manifiesta una opinión neutra, no estando ni de acuerdo ni en desacuerdo, e incluyéndose en este resultado componentes de todos los grupos. Conviene destacar que así como nadie se ha mostrado en total desacuerdo, son los especialistas, y especialmente las mujeres que trabajan en AE las que otorgan el mayor acuerdo a este respecto.

Gráfico 3: participante*item4/cuestionario



Del ítem 5 (gráfico 4), podemos destacar que ninguno de los participantes se ha mostrado ni de acuerdo, ni totalmente de acuerdo, posicionándose el 56.3% de la muestra totalmente en desacuerdo, siendo un 44.4% de los no especialistas y un 55.5% de los especialistas, destacando en ambos sexos los especialistas que trabajan en AE y los no especialistas que trabajan en AP.

Gráfico 4: participante*item5/cuestionario

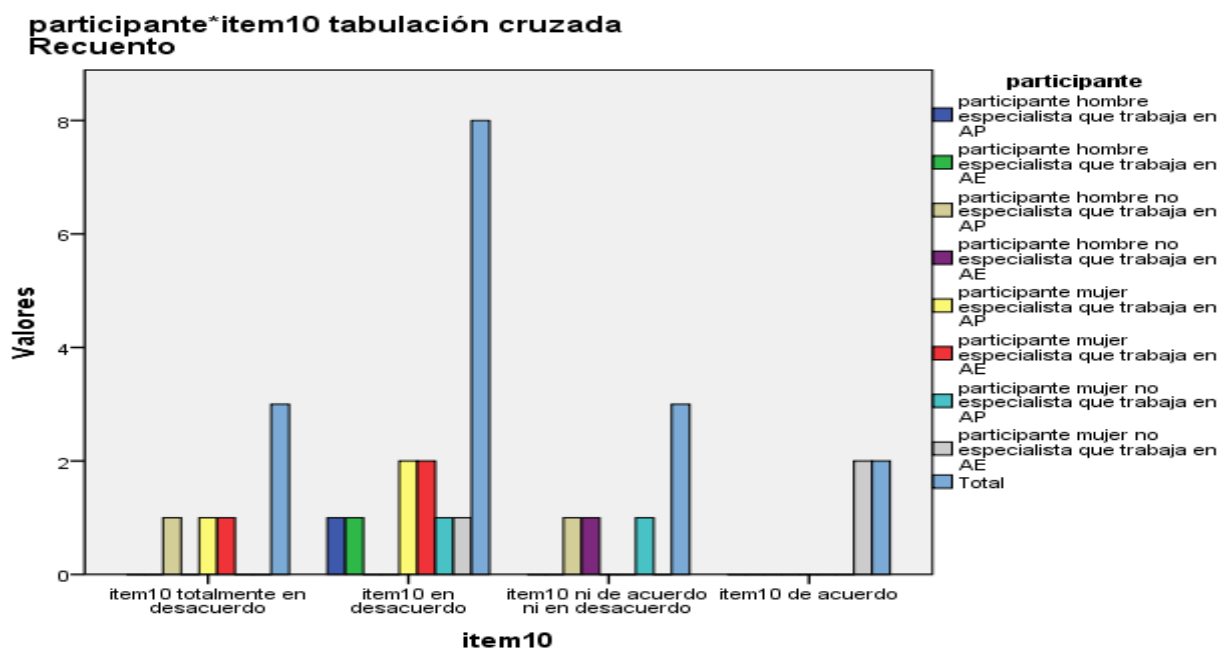


El ítem 6 nos indica que el 87.5% de los encuestados se encuentran totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, con la presunción de que la falta de voluntad sea generadora de enfermedad mental. En este caso el 100% de especialistas que trabajan en AP y el 100% de mujeres no especialistas adoptan esta postura, frente al 50% de los hombres no especialistas que se decantan por otras posiciones más neutras y/u opositoras. El ítem 7 muestra la misma tendencia que el anterior, estableciéndose un 68.8% de la muestra en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la relación entre tener poca disciplina y tener mayor probabilidad de sufrir enfermedad mental, adoptando el resto de participantes una posición neutral y no adoptando nadie posturas de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Si relacionamos la violencia con la enfermedad mental como en el ítem 8 obtenemos que el 75% de la muestra se muestra totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, frente al 100% de participantes no especialistas que trabajan en AE que adoptan una posición ni de acuerdo ni de desacuerdo. En el ítem 9 es característico como el 100% de la muestra se posiciona totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, siendo más significativo el porcentaje que se posiciona totalmente en desacuerdo (75%), siendo exclusivamente los no especialistas (12.6% hombres y 12.6% mujeres distribuidos equitativamente entre AP y AE), los que se posicionan en desacuerdo.

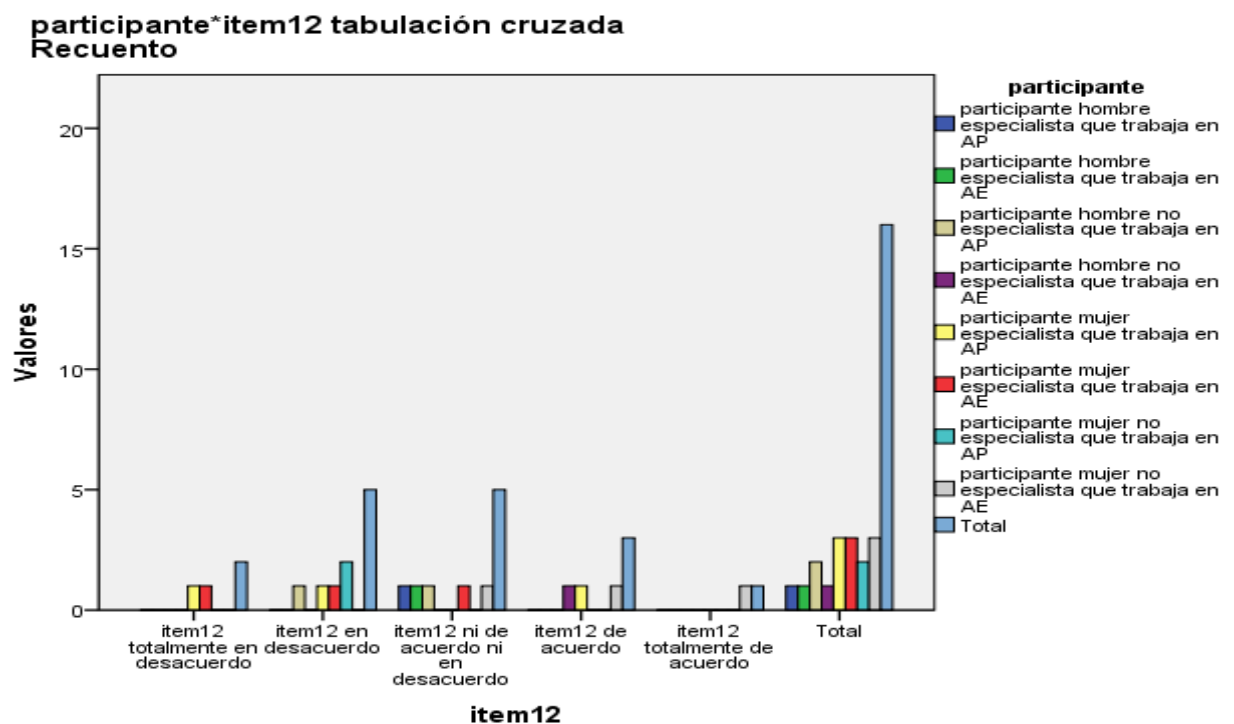
El ítem 10 (gráfico 5), vuelve a dividir la muestra en un 50% de participantes en desacuerdo con el hecho de encontrar dificultad para entablar amistad con una persona que padezca alguna enfermedad mental y siendo este porcentaje compuesto por el 100% de hombres especialistas y un 100% de mujeres especialistas. Solamente dos mujeres no especialistas que trabajan en AE se mostraron de acuerdo con este ítem.

Gráfico 5: participante*item10/cuestionario



Con respecto al ítem 11 cabe destacar que el 100% de la muestra concibe que ser ingresado en un hospital de salud mental no sería un fracaso en su vida. Finalmente, el ítem 12 (Gráfico 6) vuelve a disgregar la muestra, en tanto que el 100% de hombres especialistas se muestran neutrales con el hecho de que sus vecinos se enterasen que algún familiar suyo padece una enfermedad mental, un 100% de las mujeres especialistas adoptan posiciones contrarias, mientras que en el caso de los no especialistas son, en mayor medida, las que adoptan posiciones extremas, siendo las que trabajan en AP contrarias al hecho mencionado, y las que trabajan en AE afines al mismo.

Gráfico 6: participante*item12/cuestionario

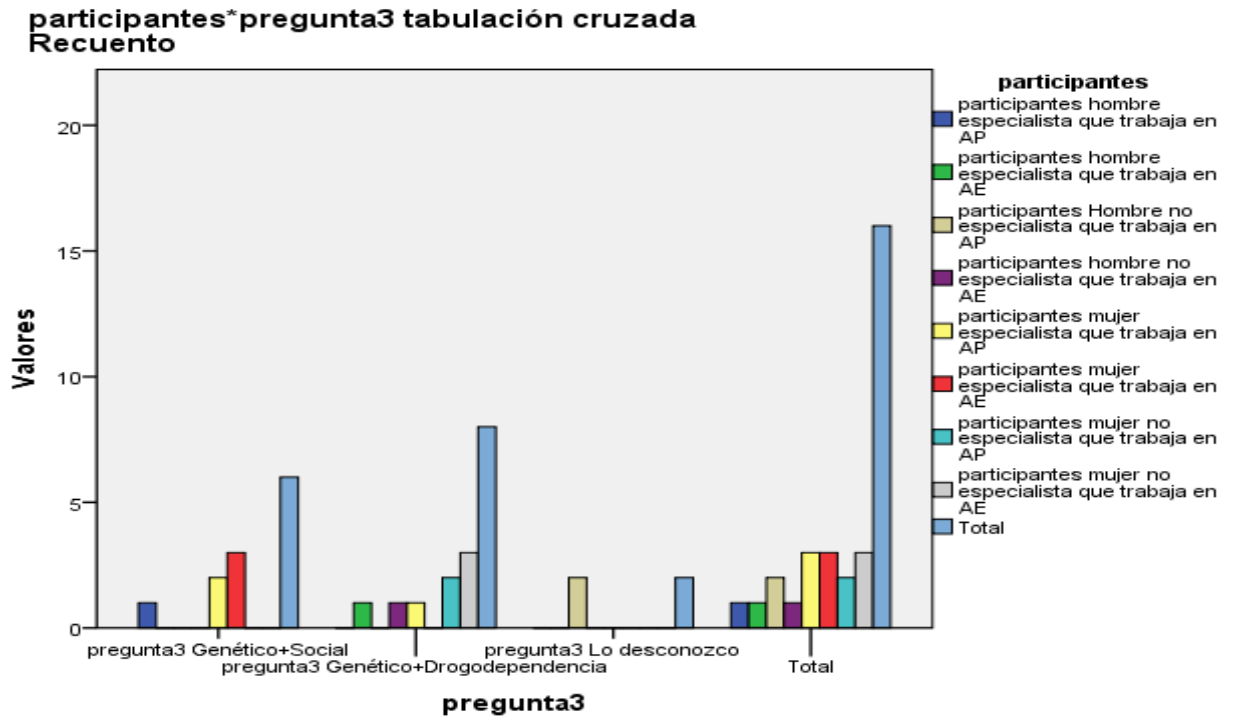


Prosiguiendo en el análisis de datos por las preguntas que atañen al caso clínico, resalta que, de las tres pruebas, esta es en la que los participantes aportan respuestas más unánimes, tal y como se presenta a continuación.

La cuestión primera fue respondida unánimemente por los participantes, quienes concluyeron diciendo que la reincorporación del paciente con problema de salud mental a la vida laboral ejercería un beneficio para el mismo. Del mismo modo ocurrió en la segunda cuestión, respondiendo el 100% de los participantes que comunicar a la familia el hecho de que su hijo/a padeciese un problema de salud mental ayudaría a normalizar la situación. En la tercera cuestión (gráfico 7) observamos fuertes discrepancias, en tanto que el 50% de los encuestados atribuyen el origen de la enfermedad mental a causas genéticas sumadas con drogodependencia, siendo contemplada la cusa genética en sumación con la social exclusivamente por los especialistas en un 75%. Finalmente, en lo que respecta a la cuarta pregunta, posicionándose el 100% de los especialistas en

la consideración de que el mejor tratamiento para los problemas de salud mental es una combinación de fármacos y terapia, situándose así mismo en esta posición el 100% de las mujeres no especialistas, quedando los hombres por ende repartidos en un 6.3% en desconocimiento y el resto en tratamiento farmacológico exclusivo.

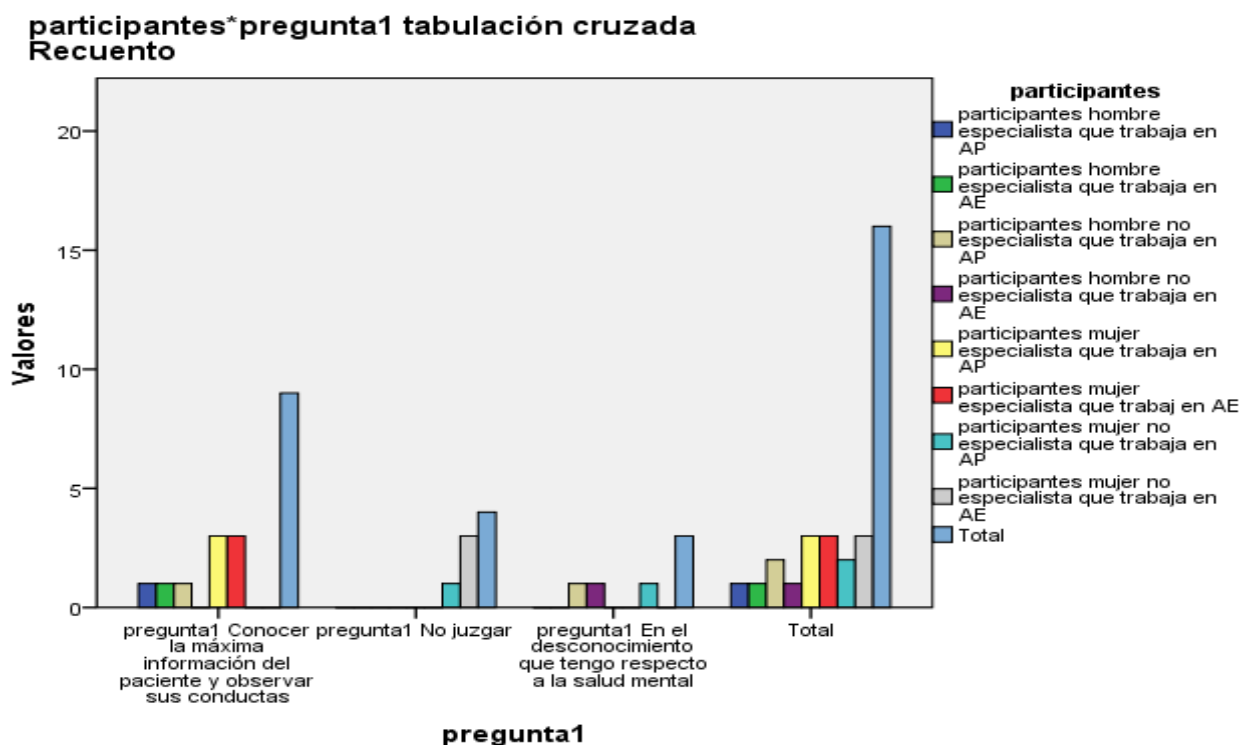
Gráfico 7: participantes*pregunta3/ caso clínico



En tercer lugar se presentan los datos obtenidos tras la realización de la entrevista semi-estructurada, que arroja los siguientes números:

En la primera cuestión, referente a los primeros pensamientos que cruzarían la mente de los entrevistados al atender a un paciente con problemas de salud mental, encontramos que un 56.3% de la muestra realiza comentarios relativos a conocer la máxima información del paciente y su conducta, situándose en este grupo el 100% de los especialistas y un 62.5% de los no especialistas, adoptando los restantes posiciones que conciernen al hecho de no juzgar o al desconocimiento que tienen de la enfermedad mental.

Gráfico 8: participantes*pregunta 1/entrevista



En la segunda cuestión que atañe a la necesidad de recibir formación en esta área tras finalizar los estudios básicos de enfermería, el 100% de la muestra contesta afirmativamente, dividiéndose dicha muestra en un 50% (los especialistas) hacia la determinación de que este fue el hecho que les impulsó a cursar la especialidad de enfermería en salud mental, y el otro 50% (no especialistas) consideraron que aunque no hayan cursado la especialidad sería conveniente recibir una mayor formación ya que a lo largo de su desempeño profesional, habrían encontrado dificultades en la atención de esta tipología de paciente.

Respecto a la tercera cuestión que se planteó, vemos como un 81,3% de la muestra habla a sus compañeros y/o familiares de los pacientes con problemas de salud mental bajo los términos paciente y/o por su nombre, encontrándose en este grupo nuevamente todos los especialistas. Cabe destacar que solamente un 12,6% de la muestra (hombres no especialistas que trabajan en AP y AE) hacen referencia a este tipo de pacientes bajo el término enfermo mental.

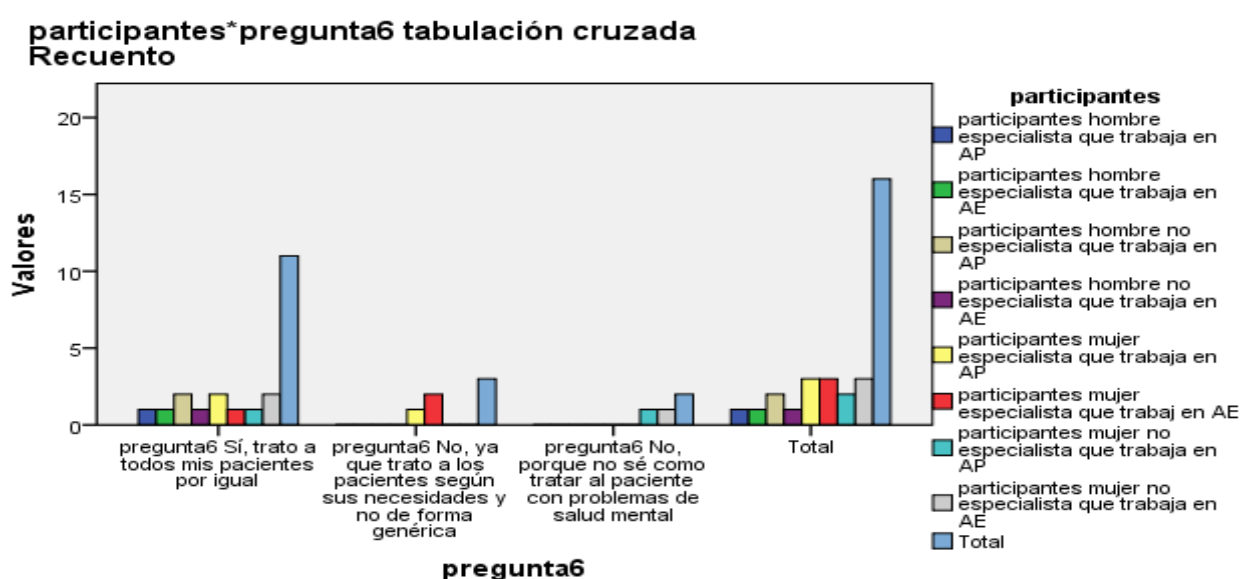
La cuestión cuarta, que versa sobre la capacidad de los pacientes con problemas de salud mental para llevar una vida “normal” recibe una respuesta afirmativa rotunda (Sí, y de echo lo hacen) por parte del 100% de la muestra, quedando el sí condicionado (Sí, siempre y cuando sigan el tratamiento) representado por el 100% de mujeres no especialistas y el no, por el 50% de hombres no especialistas que trabajan en AP.

A cerca de la quinta cuestión, podemos decir que el 75% de la muestra considera que un paciente con enfermedad mental es una persona con una patología que interfiere en el

desarrollo de su vida. Dentro de dicho porcentaje se sitúan todos los participantes exceptuando a los hombres no especialistas que trabajan en AP y AE.

En la sexta cuestión podemos ver nuevamente un claro posicionamiento de la muestra la cual con un 68.8% del total indica que trata por igual a todos sus pacientes independientemente de la enfermedad que padezcan. Destaca como un 33.3% de las mujeres especialistas que trabajan en AP y un 66.7% de las que lo hacen en AE refieren que es mejor no tratar de igual modo a todos los pacientes, ya que cada uno tienen necesidades específicas y hacerlo de forma genérica no sería brindar los mejores cuidados posibles.

Gráfico 9: participantes*pregunta 6/entrevista



La séptima cuestión arroja una llamativa unanimidad en tanto que el 100% de los encuestados manifiesta no tener inconveniente con el hecho de vivir cerca de un hospital psiquiátrico. La antepenúltima cuestión vuelve a posicionar la muestra en un 75% hacia la consideración de que una persona con problemas de salud mental puede trabajar de cara al público, mientras que el 50% de hombres y mujeres que trabajan en AP supeditan esta afirmación al nivel de estabilidad de la patología del paciente. Nadie refiere oponerse a ello.

En la novena cuestión, destaca como un 62.5% de la muestra indica que hay casos en los que es necesario institucionalizar a los pacientes con problemas de salud mental de por vida, mientras que solamente un participante de los no especialistas se posiciona en contra junto con 25.1% de los especialistas. Finalmente, se pregunta a los participantes por las sugerencias que ellos harían para mejorar la atención a la salud mental en nuestro contexto el 50% hacen referencia a la necesidad de más y mejores recursos,

siendo llamativo que solamente el 18.8% recalca la necesidad de un sistema más inclusivo (mujeres especialistas) y un 31.3% alude a la necesidad de formar un mayor número de profesionales en este campo (hombres especialistas y mujeres no especialistas).

Gráfico 10: participantes*pregunta9/entrevista

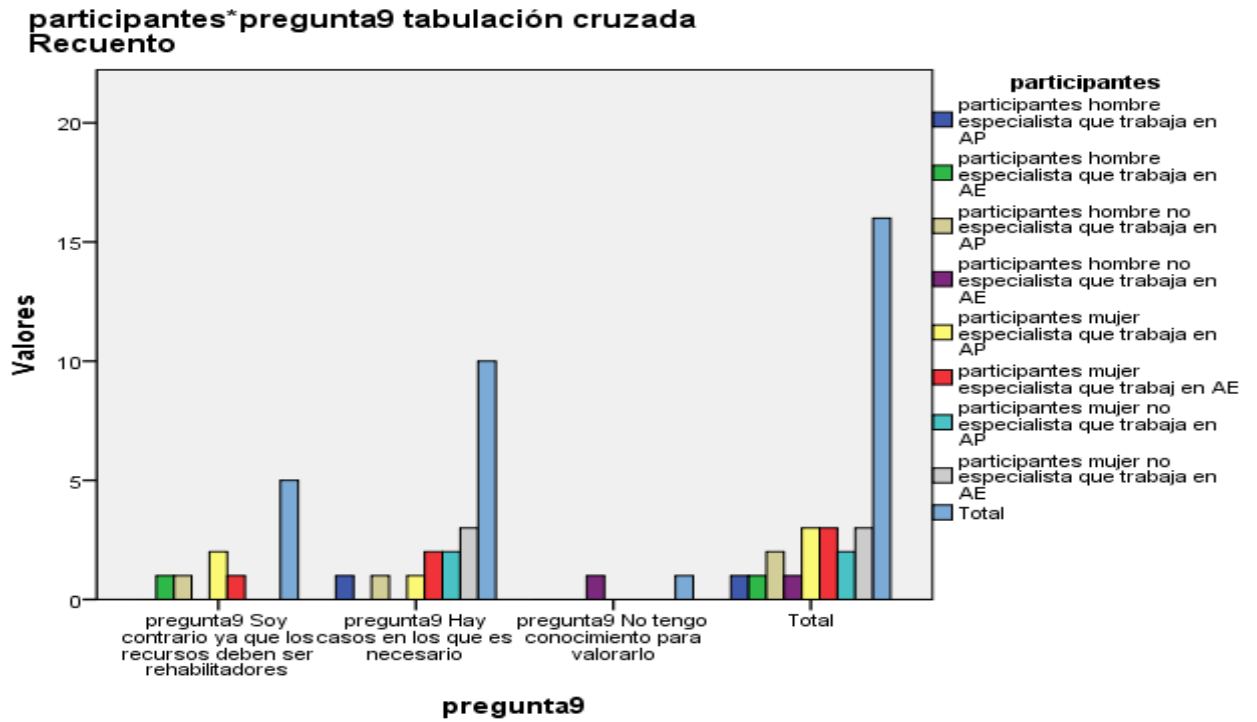
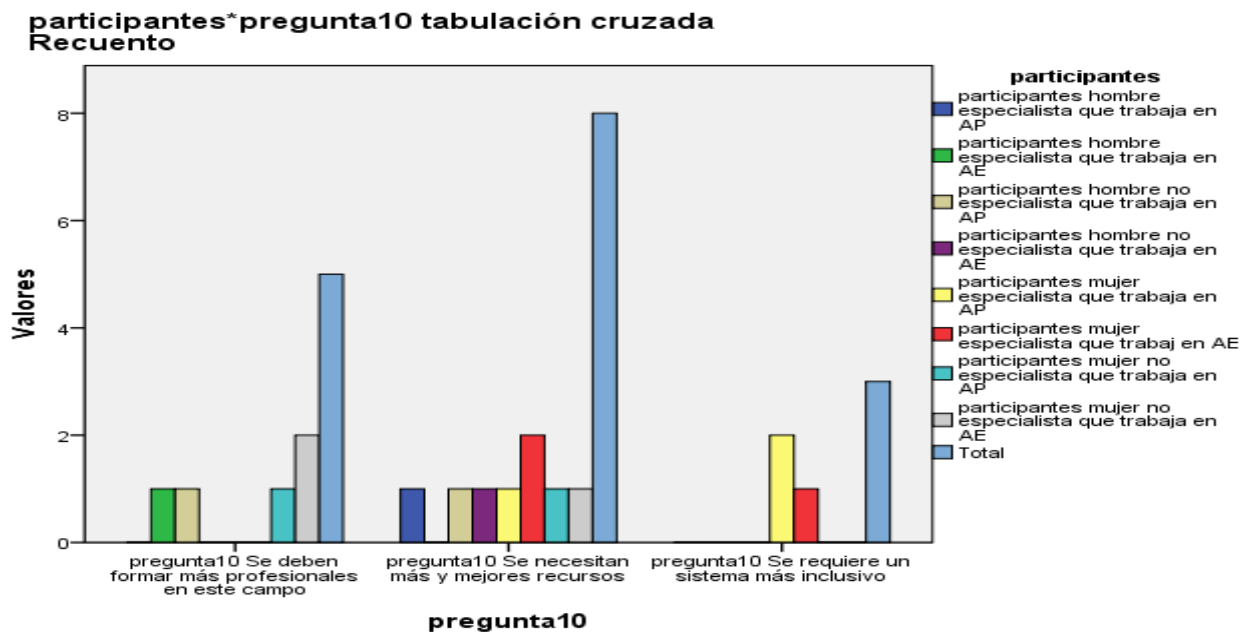


Gráfico 11: participantes*pregunta10/entrevista



Para la realización del test chi-cuadrado que refuerce los datos presentados y determine si se puede invalidar o no la hipótesis nula se considerarán por método de recogida de datos las respuestas que son estigmatizadoras y las que no lo son de la siguiente manera:

Del cuestionario, podemos considerar en base a la teoría de formación del estigma ya mencionada, que responder favorablemente a los ítems 1,3 y 4 serían respuestas no estigmatizadoras, mientras que contestar de forma favorable a los ítems 2,5,6,7,8,9,10,11 y 12 si serían repuestas estigmatizadoras. Al estar puntuado el cuestionario del 1 al 5 siendo el 1 totalmente en desacuerdo y el 5 estar totalmente de acuerdo, se considerará haber contestado afirmativamente puntuar el ítem con un 3, un 4 o un 5, mientras que haber contestado negativamente se considerará puntuar el ítem con un 1 o un 2. (Anexo 7)

En lo que respecta al caso clínico, se considerará haber dado una respuesta no estigmatizadora, responder afirmativamente a las cuestiones 1 y 2, así como haber respondido la opción b en las cuestiones 4 y 5. (Anexo 7)

Finalmente, en la entrevista semi-estructurada, se considerará dar una respuesta estigmatizadora haber respondido en la primera, tercera, y quinta cuestión la opción b, mientras que en las cuestiones segunda, cuarta, sexta y octava se considerará haberlo hecho a la opción c. Las cuestiones novena y décima quedan desestimadas por pedir la opinión personal de los participantes.

Agrupando los resultados obtenidos en los tres métodos de recogida de datos obtenemos:

Tabla 1: Tabla contingencia especialista*estigmatiza

	Especialista en salud mental=SI	Especialista en salud mental=No	Total
Estigmatiza=SI	3 (6)	8 (6)	11
Estigmatiza=No	5 (1,56)	0 (1.56)	5
Total	8	8	16

$$(F-1).(C-1)=1*1=1 \quad e1=8*11/16=6 \quad e2=5*5/16 \quad e3=8*11/16$$

$$e4=8*5/16$$

Tabla 2: Test Chi-cuadrado

Casillas (x,y)	Observados	Esperados	Observados-esperados	(observados-esperados) ²	(observados-esperados) ² /esperados
Estigmatiza y especialista	3	6	-3	9	3
Estigmatiza y no especialista	8	6	2	4	0.66
No estigmatiza y especialista	5	1,56	3,44	11,83	7.58
No estigmatiza y no especialista	0	1,56	-1,56	2,433	1.559

Chi-cuadrada=12.799 con grado de libertad 1 por lo que se puede invalidar Ho.

4. **Discusión y conclusiones:**

Tras la exposición de los datos obtenidos en el apartado anterior se procederá a dotarles de sentido. Para ello, en primer lugar se analizarán individualmente los resultados obtenidos en cada uno de los diversos métodos empleados para la recogida de datos. Posteriormente, se procederá a una comparación de los mismos entre ellos con el fin de hallar relaciones significativas. Seguidamente se comentarán las fortalezas y las limitaciones del estudio, se compararán los datos con los resultantes de otros estudios, se propondrán líneas en las que seguir investigando y en conjunto se responderá a la pregunta de investigación, ofreciéndose conclusiones finales.

Así pues, en lo que respecta al cuestionario cerrado validado cuya intención era aportar un primer acercamiento a la estigmatización que pudiesen tener los profesionales de la salud hacia los pacientes con problemas de salud mental diremos que en los cuatro primeros ítems de la encuesta, que versan sobre la capacidad de desarrollar una vida adulta funcional, se presenta una gran controversia entre los profesionales encuestados, siendo los especialistas en salud mental, y dentro de ellos las mujeres, especialmente las que trabajan en AP, las que, en mayor medida, están de acuerdo con el hecho de que el paciente con problemas de salud mental, puede desarrollar una vida adulta funcional en la que se incluye el cuidado de los hijos, la vivienda y el autocuidado. También, como se ha podido ver en los resultados estos ítems, son en los que más han adoptado los encuestados una actitud paternalista/maternalista de protección y de no empoderamiento del paciente.

Desde los ítems 5 a 8 la encuesta se centra en actitudes y aptitudes usualmente otorgadas a estos pacientes, como se comenta en la introducción de forma sistemática, que son parte de las creencias colectivas y por ende promotoras del estigma, poniéndolas en relación con el desarrollo o no de enfermedad mental. En este caso, se ha visto una mayor unanimidad a la hora de dar respuesta, posicionándose los entrevistados en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la existencia de relación entre actitudes y aptitudes tales como la disciplina, voluntad o violencia con la aparición de enfermedad mental. En este caso, son los especialistas en conjunto los que toman posturas más rotundamente en contra, posicionándose los no especialistas en posiciones contrarias o neutras. Así mismo cabe destacar que dentro del grupo de especialistas no arrojan datos relevantes ni el sexo ni el nivel de atención en el que desarrollan su actividad laboral, aunque, en los no especialistas, destacan por ejercer posturas más opositoras, las mujeres que trabajan en AP.

En términos generales, podríamos destacar que ninguno de los encuestados en primera instancia parece asociar estereotipos causantes de estigma a los pacientes con problemas de salud mental.

Finalmente, los últimos cuatro ítems del cuestionario trasladan la atención del individuo con problema de salud mental hacia la persona que está realizándolo, pidiéndole que realice un ejercicio de empatía con este tipo de enfermedad. A este respecto, la muestra adopta una posición claramente contraria a manifestar preocupación por vivir cerca de

un hospital de salud mental o a ser ingresado en uno, mas se producen discrepancias en el momento que entra el juego el factor social, manifestando el total de especialistas que no tendrían dificultad para establecer relaciones de amistad con personas con problemas de salud mental, justo en el otro extremo encontraríamos a las mujeres no especialistas que trabajan en AE. Del resto de no especialistas solamente las mujeres que trabajan en AP manifestarían no tener dificultades, frente al resto que adoptaría una posición neutra. Del mismo modo las mujeres no especialistas que trabajan en AE son las que manifiestan que tendrían mayor dificultad para contar a los vecinos que tienen un familiar que padece una enfermedad mental. Por tanto, en este caso, ser especialista o ser mujer no especialista que trabaja en AP, concede un mayor grado de empatía con la enfermedad mental.

Con respecto a los resultados presentados en relación con el caso clínico, diremos que la primera pregunta está enfocada de igual modo que los cuatro primeros ítems del cuestionario hacia la capacidad de desarrollar lo que socialmente, concebiríamos como una vida funcional, aunque en este caso haciendo referencia a un ámbito menos privado como es el trabajo, vemos como todos los participantes, de forma unánime, afirman que los pacientes con problemas de salud mental deben recuperar su vida laboral, ya que esto ejercería un beneficio sobre su estado de salud.

La segunda cuestión, que redundaba sobre la empatía ejercida por los profesionales con la enfermedad mental, en esta ocasión es respondida de forma unánime comentando que compartir el hecho de que un hijo padezca una enfermedad mental con los familiares ayuda a normalizar la situación del mismo.

La tercera y la cuarta cuestión buscarían nuevamente ahondar en el proceso de estereotipación que pudiesen realizar los profesionales siendo en esta ocasión visible la creencia de que la enfermedad mental es producida al menos en parte por el abuso de sustancias, incluyendo a un cuarto de los especialistas. En esta ocasión si es muy marcado que solamente los especialistas han considerado como posible causa de enfermedad el factor social de la vida del individuo, destacando las mujeres que trabajan en AE y los hombres que trabajan en AP. En lo que respecta al mejor tratamiento destaca que la mayoría considera más beneficiosa la terapia combinada de fármacos en sumación a terapia, destacando los hombres no especialistas de ambos niveles de atención como los únicos que contemplan la terapia farmacológica exclusiva como más beneficiosa.

Con respecto a los resultados obtenidos a través de la entrevista semi-estructurada y siguiendo la misma agrupación que en los dos métodos anteriores vemos como a las cuestiones 1,3,5 y 9, que abordan la búsqueda de estereotipación y etiquetaje de la enfermedad mental, nos encontramos como en la primera cuestión que hace referencia a los pensamientos que nacerían de forma innata en los profesionales ante la visión de un paciente con problemas de salud mental, cabe destacar que ninguno de los

participantes realiza ningún comentarios descalificativo o prejuicioso, sino que todos los profesionales especialistas, así como los hombres no especialistas, recalcan que su primer pensamiento es conocer la máxima información sobre el paciente, mientras que las mujeres no especialistas piensan en no juzgar. Por el contrario, la cuestión tres nos arroja el dato de que dos tercios de los hombres no especialistas, catalogarían a los pacientes con problemas de salud mental como enfermos mentales, siendo este un término sustituido por el de persona con problema de salud mental por ser menos estigmatizador. Destaca que solamente uno de los participantes afirma no hablar con nadie de sus pacientes, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad del paciente. En la cuestión quinta vemos de nuevo signos de estigmatización, en tanto que los hombres no especialistas que trabajan en AP entienden por paciente con problemas de salud mental a una persona con trastornos de conducta que vive en otra realidad. En la cuestión novena evidenciamos signos de estigmatización en tanto que el 62.5% de la muestra refiere que la institucionalización de por vida es necesaria en algunos casos, ejerciendo separación del grupo de la sociedad, siendo esta una etapa de formación de la estigmatización. Cabe destacar, que solamente los especialistas, especialmente las mujeres que trabajan en AP, se mostraron contrarios a esta medida.

Las cuestiones cuarta y octava, se agruparían dentro de la normalización de la vida del paciente. En este método, se puede observar como todos los especialistas consideran que estos pacientes pueden desarrollar una vida como la que socialmente es aceptada, indicando lo mismo los no especialistas, aunque poniendo la condición de que esto sería posible siempre y cuando la patología de base esté controlada. Solamente un participante niega esta posibilidad. En esta ocasión se repite el mismo patrón con respecto a la actividad laboral.

Si nos centramos en la empatía, las cuestiones sexta y séptima, todos los entrevistados afirman no tener inconveniente en vivir en las proximidades de un hospital psiquiátrico, así como aseguran tratar del mismo modo en consulta a los pacientes con patología orgánica exclusiva que a los pacientes con problemas de salud mental. Destaca que las mujeres especialistas (especialmente las que trabajan en AE), consideran necesario no tratar a todos los pacientes por igual, ya que si tratasen a un paciente con problemas de salud mental como tratarían a un paciente que tiene diabetes por ejemplo, no estarían adaptando el cuidado a las necesidades reales del paciente, y por tanto no estarían brindando los mejores cuidados que podrían proporcionar.

Por último, en las cuestiones segunda y décima se brindó la oportunidad a los participantes de realizar autocrítica con respecto a la necesidad de recibir o haber recibido formación postgrado en salud mental, punto en el que todos estuvieron de acuerdo afirmativamente, así como de proponer mejoras para la atención a la salud mental donde se propuso la necesidad de más y mayores recursos, así como de más profesionales formados en la materia. Destaca, que solamente un 18.8% (mujeres

especialistas, en especial las que trabajan en AP) de la muestra indicó la conveniencia de un sistema sanitario más inclusivo con la salud mental.

Cruzando la interpretación de los resultados expuesta anteriormente, vemos como dentro de lo que concierne a la capacidad para desarrollar actividades cotidianas de la vida, el hecho de leer previamente un caso o tener un interlocutor ha propiciado respuestas más favorables de las que proporcionó el cuestionario cerrado, Así mismo, se puede objetivar que en factores como el trabajo que no se asocian popularmente directamente a la intimidad de la persona, el acuerdo es mayor que en aquellos que envuelven el cuidado y/o tenencia de personas a su cargo, así como una vivienda. En los casos de mayor discrepancia hemos podido comprobar cómo ser especialista, mujer y trabajar en AP han sido rasgos que han aminorado el estigma.

Si hablamos del etiquetaje podemos ver como de forma contraria al desarrollo de la vida funcional, son los métodos en los que el entrevistado tiene mayor apertura para dar su opinión, en los que se evidencian mayores signos de estereotipación. Así pues, el cuestionario nos indica que la totalidad de la muestra no concibe al paciente con problemas de salud mental como más violento o menos disciplinado que el resto de la población. En las dos pruebas restantes, el factor estigmatizante más claro es el posicionamiento a favor de la institucionalización de por vida de los pacientes recluyéndolos de la sociedad. En este punto, se evidencia que los especialistas recaen en considerable menor grado en estereotipos irracionales, mientras que los que más lo hacen son los hombres no especialistas que trabajan en AP. Nuevamente dentro de los no especialistas, son las mujeres que trabajan en AP las que ejercen menor estigmatización.

Con respecto al nivel de empatía que ejercen los profesionales evidenciamos como en las tres pruebas cuando se alude a que personas que no pertenecen al entorno familiar conozcan que un familiar padece un problema de salud mental esta incidencia social provoca discrepancia entre los profesionales que no dudarían en comunicar la misma situación a familiares. En este campo, nuevamente vemos como los especialistas realizan un mayor ejercicio de empatía y como dentro de los no especialistas, la postura más empática viene dada nuevamente por mujeres que trabajan en AP y en este caso la más alejada por mujeres que trabajen en AE.

Llegados a este punto, podríamos decir que tal y como se planteaba en la hipótesis alternativa de este trabajo, ser especialista en salud mental es un factor protector contra el estigma según los resultados que ha arrojado el estudio. Además, podemos decir que dentro de los especialistas, en los puntos donde ha habido mayor controversia han destacado las mujeres que trabajan en AP, del mismo modo que lo han hecho dentro del grupo de los no especialistas como agentes desestigmatizantes.

Siguiendo esta línea, tal y como se comentó en la introducción estos resultados arrojarían la misma conclusión que los aportados por el estudio “Mental health nursing

staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors” (22) en el que ser especialista y trabajar en atención primaria son factores que favorecen la reducción del estigma. Así mismo, este estudio considera tener experiencia laboral y tener allegados con problemas de salud mental un grado en sumación a los ya mencionados para reducir el estigma. A este respecto, podemos decir que aunque los especialistas que se han entrevistado tenían en su mayoría menos de cinco años de experiencia los que trabajan en AP, y más de cinco años en AE, si podemos evidenciar que la experiencia laboral aunque no sea en el sector de la salud mental puede estar jugando un papel importante en el hecho de que las mujeres entrevistadas no especialistas que trabajan en AP tienen todas ya no más de cinco años de experiencia, sino más de veinte.

Otra coincidencia que podemos evidenciar viene dada con el estudio “Difficulties of nursing team of a general hospital in the care of patient with mental disorder”(19), en el que planteaba que los enfermeros generalistas encontraban grandes dificultades en la atención del paciente con problemas de salud mental por falta de formación tal y como del mismo modo lo han reflejado los participantes de este estudio. También, dicho estudio evidencia dificultades por falta de personal formado en el área y de una infraestructura inadecuada, coincidiendo estos puntos con las sugerencias que los profesionales han hecho en el estudio que presento.

Si comparamos los resultados con el estudio “Estigma y Enfermedad Mental” (18) veremos cómo las actitudes que presentaban en aquel momento (enumeradas en la introducción) y las que evidenciamos ahora, han cambiado. Actualmente, se evidencia por la mayoría de los encuestados la necesidad de trabajar, cuidar de los hijos, de uno mismo y del hogar propio como un factor beneficioso en la mejoría de la enfermedad y como vía de empoderamiento y normalización de la misma. La única actitud estigmatizadora que se conserva es, como se ha mencionado ya, el paternalismo/maternalismo por parte de los profesionales coincidentemente con menor formación en el área.

En lo que respecta a los datos positivos de aquel estudio cabe mencionar que se han conservado en la actualidad, ya que tal y como se ha mencionado los profesionales no han atribuido características con connotaciones negativas, como sería ser violento en relación con tener un problema de salud mental, así como también se ha contemplado la capacidad de recuperación y se asegura no tener problema a la hora de vivir cerca de un centro psiquiátrico o tener allegados con problemas de salud mental.

Por último en lo que respecta, a la concepción de la población general de las causas de enfermedad mental, podemos ver como los profesionales, ya sean especialistas o no, atribuyen calificativos denigrantes y preconcebidos a las causas de enfermedad mental, siendo la única común la creencia de abuso de sustancia como precipitante de aparición de enfermedad mental.

La coincidencia de los resultados de este estudio con los anteriormente mencionados le proporciona validez externa, en tanto que aunque la muestra poblacional es reducida los

resultados obtenidos proyectan lo mismo que otros que tomaron una muestra mayor, por lo que podríamos extrapolar los resultados a una mayor población (al menos a los centros en los que se tomaron los datos). La tenencia de validez externa proporciona por ende validez interna al estudio y fiabilidad a los resultados obtenidos.

Los sesgos que considero se han podido acontecer en este estudio son los siguientes:

- Sesgo del entrevistador, puesto que a través de la metodología empleada he buscado confirmar la hipótesis alternativa.
- Sesgo de recuerdo, puesto que algunas de las cuestiones realizadas requieren de que el sujeto se retrotraiga en su historia vital muchos años, pudiendo pasar por alto detalles que hubiesen sido relevantes en la investigación.
- Sesgo debido a la escasa experiencia del entrevistador
- Numerosos estudios a este respecto no están aún publicados.
- Falta de representatividad del colectivo masculino

Con respecto al nivel en el proceso de formación de estigma expuesto en la introducción, podríamos decir que los enfermeros no especialistas en salud mental se sitúan, aunque no de forma prevalente, dentro del proceso de etiquetaje, asignación de estereotipos y de separación, frente a los especialistas que lo harían dentro del grupo de etiquetaje y separación aunque con menor frecuencia y en un porcentaje minoritario.

En conclusión, podemos decir, confirmando la hipótesis alternativa que ser enfermera/o especialista en salud mental garantiza un menor grado de estigmatización hacia los pacientes que padecen problemas de salud mental, proporcionando por extensión una mayor calidad en el cuidado así como comprobar la efectividad del plan de formación de especialistas. No obstante, es conveniente destacar el hecho de que las mujeres no especialistas en salud mental que trabajan en AP con experiencia laboral se han situado al mismo nivel que los especialistas, por lo que al haber un número superior de mujeres que de hombres ejerciendo la profesión de enfermería podemos decir que en atención primaria se está proporcionando un cuidado a la salud mental de calidad.

También es reseñable el hecho de que ninguno de los profesionales entrevistados impresiona de sufrir una gran estigmatización con la salud mental, aunque sería conveniente reforzar la formación en este campo especialmente en los profesionales que trabajan en atención especializada, mas podemos decir que el desarrollo del “Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020” se está llevando a cabo de forma eficaz.

Las líneas de investigación que considero tras este estudio serían convenientes son las siguientes:

- Realizar esta misma propuesta en una población mayor a nivel nacional para crear un plan de salud mental acorde a las necesidades sentidas.
- Realizar esta propuesta o similar con componentes de otras disciplinas sanitarias, tales como la psicología, medicina o fisioterapia con el fin de cruzar los datos para que toda la atención sanitaria persiga el mismo propósito y tenga las herramientas que necesite para lograrlo.
- Conocer por qué las mujeres ejercen en términos generales menor estigmatización con respecto a los problemas de salud mental.
- Conocer los impedimentos que hacen que la AE presente mayores niveles de estigmatización para poder trabajar sobre los mismos.
- Desarrollo de un programa que combata la estigmatización desde la formación de grado
- Investigación sobre las propuestas de mejora que sugieren los profesionales de la salud con respecto al servicio de salud mental con el fin de considerarlas en futuros proyectos de reforma
- Investigar cuanta literatura científica está contaminada de estigma en salud mental y cómo transformarla.
- Investigar si realmente los pacientes con problemas de salud mental consideran los resultados que se han venido comentando como verdaderos o si por el contrario se sienten estigmatizados y preguntarles cómo se podría evitar.
- Investigar la necesidad de creación de más plazas de formación de especialistas así como de puestos de trabajo reconocidos.

En resumen, este estudio muestra una pequeña pincelada de una transformación ideológica supremamente compleja que avanza despacio pero segura hacia una atención a la salud mental más inclusiva con el paciente y su entorno, pero que necesita del reconocimiento de sus profesionales especialistas de enfermería, ya que como se ha evidenciado el conocimiento trae el cambio y cómo dijo Fernando Alonso quien se describe a sí mismo como superviviente del sistema de salud mental, “Se necesita otro pensar, y se necesita ya”.(35)

5. Bibliografía:

1. Palacios E. Paradigmas de Investigación en Salud. Revista de la facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca.2014 oct 2;32(2):1-8.
2. Khun T. La estructura de las revoluciones científicas. Ed.4ª. Chicago:S.L Fondo de Cultura Económica de España;2013.
3. Lizet Veliz R., Ceballos V. Paula, Valenzuela S. Sandra, Sanhueza A. Olivia. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Abr 30] ; 21(4): 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>.
4. Nunes Everardo Duarte. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. Salud colect. [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Abr 30] ; 10(1): 57-65. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000100004&lng=es.
5. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social.2010 may 15; 23:1-11.
6. World Health Organization [Página principal en internet].c2001 [actualizado Ago 2014; citado 20 Ener 2018].[aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
7. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. Psychiatr.Pol.2017;51(3):407-411.
8. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health?Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey.BMJ Open.2018 Mar 11;5:1-11.
9. Organización Mundial de la Salud [Página principal de internet].c2017[citado 25 Ene 2018].[aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
10. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ªed.Barcelona: Panamericana;2014.
11. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.(Boletín Oficial del Estado, número 100, de 26/04/1997).
12. World Health Organization[Página principal de Internet].c2017[citado 25 Ene 2018].[aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
13. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España.Med Clin.2006;126(12):445-451.
14. Mora-Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. Salud Ment [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2018 Feb 01] ; 37(4): 303-312. Disponible en:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400004&lng=es.
15. Mascayano F, Lips W, Mena C, Manchego C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2015 Feb [citado 2018 Feb 01] ; 38(1): 53-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es.
 16. Campo-Arias A, Oviedo C, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *rev.colomb.psiquiatr. [Internet]*. 2014 July [cited 2018 Feb 01] ; 43(3): 162-167. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>.
 17. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Suiza:OMS;2013.
 18. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Madrid:Editorial Complutense;2009.
 19. Paes MR, Alves M. Difficulties of nursing team of a general hospital in the care of patient with mental disorder. *J Nurs UFPE[Revista en línea]*.2013[citado 2018 Feb 5];7(9):5566-5573.
 20. Paes R, De Olivera L, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Cienc Cuid Saude*.2010;9(2):309-316.
 21. Poreddi V, Thimmaiah R, Reddy D, Bafamath R, Badamath S. Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: implications for specific academic education. *Indian J Psychol Med*.2014;36(4):368-372.
 22. Martesson G, Jacobsson JW, Engstrom M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.2014;21(9):782-788.
 23. Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de «Psiquitría» en los estudios de Ayudantes técnicos sanitarios.(Boletín Oficial del Estado, Número 268, de 9-11-1970).
 24. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.(Boletín Oficial del Estado, número 183, de 1-8-1987).
 25. Orden de 30 de noviembre de 1998 por la que se convocan procedimientos selectivos para ingreso y acceso al Cuerpo de Profesores Técnicos de Formación Profesional y procedimiento para la adquisición de nuevas especialidades por los funcionarios del mencionado Cuerpo. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 12-12-1998).
 26. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, número 280, de 22-11-2003).
 27. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.(Boletín Oficial del Estado, número 108. De 6-5-2005).

28. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.(Boletín Oficial del Estado, número 123, de 24-5-2011).
29. Laborda A. Situación actual de la especialidad de enfermería en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2006 [citado 2018 Mar 01] ; 26(2): 217-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000200017&lng=es.
30. Romero G. [Página en Internet]. Madrid: Diario Enfermero; c2017[citado 3 Mar 2018]. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/la-enfermeria-europea-vista-estudiantes/>
31. RED2RED Consultores. Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”.Madrid:Confederación Salud Mental España;2015.
32. Polanco N, Cajigas I, Rivera E, Varas N, Santos A, Rosario E. Stigma towards mental health problems among healthcare profesional in Puerto Rico. Salud y Sociedad. 2013;4(3):250-263.
33. Obando, F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. Persona y Bioética [Internet]. 2015;19(2):182-197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83242580009>
34. Echemendía B, Suárez M, Suárez R, Cuéllar L, Gutiérrez T. Reglamento interno del Comité de Ética de la Investigación en Salud, un instrumento para el mejoramiento del desempeño. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Mar 01] ; 51(3): 355-364. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000300014&lng=es.
35. Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. Asociación Madrileña de Salud Mental.2015;38:1-8.
36. Observatorio regional de drogodependencias de la Comunidad de Madrid. Casos clínicos en psiquiatrías relacionados con el consumo de cannabis.Madrid: SEIC;2009.

6. Anexos:

6.1. Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Yo.....identificado(da)
con DNI..... manifiesto que he recibido información suficiente
sobre la investigación: **¿Es la especialidad de enfermería en salud mental un factor protector contra el estigma en pacientes con problemas de salud 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, sobre las personas con enfermedad mental, y que mi participación consistirá en ser participante de un cuestionario, revisión de un caso clínico y una entrevista persona, 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:

6.2. Anexo 2: Escala de medición de estigma

TABLA 2.
Reactivos de la Escala Estigma sobre Salud Mental en Puerto Rico.

1. Una persona que se está recuperando de un problema de salud mental puede cuidar sola de sus hijos/as. ¹
2. Una persona que se está recuperando de un problema de salud mental debe permanecer en un hogar de cuidado supervisado. ¹
3. Una persona recuperándose de un problema de salud mental puede vivir solo/a. ¹
4. Las personas con problemas de salud mental tienen el derecho de adoptar menores de edad. ¹
5. La disciplina en el hogar puede evitar la mayoría de los problemas de salud mental en los/as niños/as. ²
6. Las personas con poca voluntad personal tienden a tener problemas de salud mental. ²
7. Una persona con poca disciplina tendrá más probabilidades de tener un problema de salud mental. ²
8. Las personas con problemas de salud mental tienden a ser más violentas que las demás. ²
9. Me preocuparía que abrieran un hospital de salud mental cerca de mi hogar. ³
10. Me sería difícil establecer relaciones de amistad con una persona que tiene un problema de salud mental. ³
11. Para mí, ser ingresado/a a un hospital de salud mental sería una señal de fracaso en mi vida. ³
12. Sería difícil para mí que un vecino sepa que alguien de mi familia tiene un problema de salud mental. ³

Nota. ¹ Sub-escala Problemas de Autosuficiencia; ² Sub-escala Atribuciones Categóricas Negativas; ³ Sub-escala Distancia Social

Habrán de responderse utilizando una escala Likert de 5 puntos, con valores comprendidos entre:

- 1 totalmente en desacuerdo
- 2 en desacuerdo
- 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 de acuerdo
- 5 totalmente de acuerdo

6.3. Anexo 3: Caso planteado y preguntas breves

Varón de 40 años, soltero, reside con sus padres, con estudios de ingeniería informática, habiendo desarrollado trabajos en distintas empresas como ingeniero, con buen funcionamiento laboral, con ascensos y valoración positiva de su funcionamiento. A raíz del cierre de la última empresa donde trabajó quedó en paro, manteniéndose en los últimos dos años en dicha situación. Ha acudido a diversas entrevistas de trabajo pero establecía unas exigencias laborales y económicas que provocaban el rechazo laboral. La familia refiere que pedía sueldos elevados, presentaba una actitud prepotente y de desprecio a los entrevistadores. No tiene antecedentes personales médicos de interés. Los antecedentes familiares psiquiátricos son múltiples pero poco concretos, destacan problemas con el consumo de drogas en un principio, posible celotipia en el padre y un abuelo, sin que existiera consumo de alcohol que lo justificara, conductas agresivas y extrañas en primos y tíos paternos, una tía paterna con un ingreso psiquiátrico con diagnóstico no definido y una abuela materna en tratamiento psiquiátrico también por motivos desconocidos. Tiene una hermana sana. La familia lo define como una persona egocéntrica, fría, distante, reservada y que daba mucha importancia a su estatus social y a la apariencia física. Presentó un excelente rendimiento académico y laboral posteriormente. Tuvo una relación de pareja, con ruptura cuando él tenía 22 años y comentan que después se aisló y se dedicó a estudiar intensamente. Respecto a la historia toxicológica refiere consumo de alcohol ocasional, presentando importantes alteraciones conductuales cuando lo consume en pequeñas cantidades, por lo que no suele beber. También ha presentado consumo de cocaína ocasional. Ha consumido cannabis en cantidad no precisada, en los años previos al inicio de su enfermedad, hasta los 36 años. El paciente tiende a minimizar dicho consumo, que era habitualmente de forma solitaria y a escondidas, por lo que la familia tampoco puede dar información al respecto. No se puede precisar el inicio del consumo pero parece que se prolongó durante bastantes años. Si parece evidente que tras el inicio de su cuadro psicótico, el consumo ha remitido totalmente, dado que pasa la mayor parte del tiempo en casa y la familia lo supervisa y no han observado indicio alguno de reinicio en el consumo. Además los análisis toxicológicos realizados posteriormente siempre han sido negativos.

Su cuadro psicótico comienza de forma paulatina con 36 años, cuando la familia le detecta conductas inadecuadas como sonreírse a solas, desconfianza y agresividad verbal. Estaba trabajando y refería que sus superiores le querían perjudicar, presentaba risas incontroladas, hablaba solo e insultaba a personas que no estaban presentes. Actuaba en ocasiones como si hablara con alguien. Comentaba a la familia que no le comprendían porque era superdotado, que tenía una capacidad sensorial elevada, era capaz de escuchar varias conversaciones a la vez y podía trabajar con varias pantallas de ordenador simultáneamente. Ponía varias contraseñas en su ordenador y cuidaba que nadie le viera trabajando con él, comentando que elaboraba proyectos importantes que

le querían robar. Por ese motivo es derivado a consultas de psiquiatría que el paciente abandonó tras pocas visitas. Con 38 años presenta el primer ingreso psiquiátrico por un cuadro de importante hostilidad, con conductas agresivas verbales y físicas, mostrándose excesivamente desconfiado. Volvió a presentar risas inmotivadas, hablaba sólo, refería que la gente en la calle le miraba y hablaban de él, que su vecino le espiaba y por eso tenía las persianas bajadas y toda la casa con estrictas medidas de seguridad. Refería que había una conspiración contra él y por eso no le contrataban. Se encontraba más disfórico, enfadándose con la familia por cosas irrelevantes, poniendo la televisión a todo volumen. Hablaba de un proyecto importante que era secreto, incluso “era secreto para él” y que había gente intentando obtenerlo. Durante el ingreso, el paciente se mostraba muy a la defensiva, minimizando sus problemas, racionalizando todo los síntomas, con nula conciencia de enfermedad, siendo muy difícil obtener información de su cuadro y culpabilizando a la familia de su ingreso. Se le pautaron antipsicóticos orales con muy buena respuesta al tratamiento.

Dos años después vuelve a presentar otro ingreso, tras abandono del tratamiento farmacológico, sin evidencia de reinicio en el consumo de tóxicos, con una clínica similar. Presentaba desconfianza de la familia, con amenazas hacia ellos, conductas extravagantes como tomar sólo agua embotellada y comer sólo lo que él se preparaba, con las persianas de la casa bajadas durante todo el día, habiendo desmontado varios teléfonos pues pensaba que estaban intervenidos y refiriendo que trabajaba con su ordenador para varias empresas de forma simultánea sin que fuera real. No se objetivaron alteraciones sensorio-perceptivas, predominando la ideación delirante de perjuicio y de grandeza y la actitud suspicaz, el contacto distante, con un discurso disperso y poco concreto, justificando todas sus conductas y sin conciencia de enfermedad. Respecto a los síntomas negativos predominaban la afectividad fría y embotada, el empobrecimiento al nivel de pensamiento y el importante retraimiento social. Al alta se le diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Se pautó tratamiento con risperidona inyectable de acción prolongada 50 mg cada dos semanas y paliperidona oral 12 mg diarios, con buena tolerancia y remisión de los síntomas productivos. En el seguimiento posterior, existe un buen cumplimiento del tratamiento, sin efectos secundarios, sin consumo de drogas y con muy buen control de los síntomas positivos. Predominan los síntomas negativos, con un discurso empobrecido, un importante retraimiento social y el aplanamiento afectivo. (36)

Preguntas breves:

1. ¿Considera usted que este paciente podría reincorporarse a la vida laboral? ¿Por qué?
2. Si este paciente fuese su hijo, ¿transmitiría la enfermedad a sus familiares? ¿Cómo y por qué lo haría?
3. ¿Cuál cree usted que es el origen de la enfermedad?
4. ¿Qué tratamiento considera que sería el más efectivo para este paciente? ¿Por qué?

6.4. Anexo 4: Preguntas entrevista semi-estructurada

1. Cuando escucha y/o atiende el caso de un paciente con enfermedad mental ¿cuáles son sus primeros pensamientos?
2. Durante su trayectoria profesional, ¿ha considerado necesario recibir formación complementaria en el campo de la salud mental? ¿Por qué?
3. ¿Cómo suele hacer referencia usted a sus compañeros o familiares con respecto a los pacientes con problemas de salud mental?
4. ¿Considera que los pacientes con problema de salud mental pueden llevar una vida normal?
5. Podría explicar qué es para usted un paciente con problemas de salud mental
6. ¿Trata igual a los pacientes con patología orgánica exclusiva que a los pacientes con problemas de salud mental? ¿Por qué?
7. ¿Tendría algún inconveniente con vivir cerca de un hospital psiquiátrico? ¿Por qué?
8. ¿Consideraría posible que una persona con problemas de salud mental trabajase en un puesto de cara al público? ¿Por qué?
9. Según su experiencia, ¿Qué opina con respecto a la institucionalización de por vida de los pacientes?
10. Podría comentar si cambiaría algún aspecto con respecto a la atención del paciente con problemas de salud mental.

6.5. Anexo 5: Clasificación de los participantes.

Centro/criterios	Especialistas	No especialistas	Mujer	Hombre	Total
Unidad psiquiátrica hospital	4	0	3	1	4
CSM	4	0	3	1	4
CAP	0	4	2	2	4
Unidad no psiquiátrica hospital	0	4	3	1	4
Total	8	8	11	5	16

6.6. Anexo 6: Cronograma de actividades

Meses/Fases	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Noviembre 2017	X				
Diciembre 2017	X				
Enero 2018	X				
Febrero 2018		X			
Marzo 2018		X	X		
Abril 2018			X	X	
Mayo 2018					X

6.7. Anexo 7: Desglose respuestas caso clínico y entrevista semi-estructurada

Caso práctico:

Pregunta 1:

- a) Si ya que ejercería un beneficio para al paciente
- b) No
- c) No sabe/no contesta

Pregunta 2:

- a) Si, para normalizar su situación
- b) Si, puesto que está enfermo y se controlarían mejor los síntomas
- c) No

Pregunta 3:

- a) Genético+ social
- b) Genético + drogodependencia
- c) Lo desconoce

Pregunta 4:

- a) Farmacológico exclusivo
- b) Farmacológico y terapéutico
- c) Lo desconozco

Entrevista semi-estructurada:

Pregunta 1:

- a) Conocer la máxima información del paciente y en observar sus conductas
- b) No juzgar
- c) En el desconocimiento que tengo con respecto a la salud mental

Pregunta 2:

- a) Si, por esta razón cursé la especialidad en salud mental
- b) Si, ya que creo que no tengo la suficiente formación en este campo
- c) No

Pregunta 3:

- a) Por su nombre/ paciente
- b) Enfermos mentales
- c) No hablo de mis pacientes

Pregunta 4:

- a) Sí, siempre y cuando sigan el tratamiento
- b) Si, y de echo lo hacen
- c) No

Pregunta 5:

- a) Una persona con una patología que interfiere en el desarrollo de su vida
- b) Una persona con trastornos de conducta que vive en otra realidad
- c) No puedo describirlo debido a su complejidad

Pregunta 6:

- a) Si, trato a todos mis pacientes por igual
- b) No, ya que trato a los pacientes según sus necesidades y no de forma genérica
- c) No, porque no sé cómo tratar al paciente con problemas de salud mental

Pregunta 7:

- a) No
- b) Si
- c) No sabe/ no contesta

Pregunta 8:

- a) Si, si su patología está bien controlada
- b) Si, lo considero posible
- c) No

Pregunta 9:

- a) Soy contrario ya que los recursos deben ser rehabilitadores
- b) Hay casos en los que es necesario
- c) No tengo conocimiento para valorarlo

Pregunta 10:

- a) Se deben formar más profesionales en este campo
- b) Se necesitan más y mejores recursos
- c) Se requiere un sistema más inclusivo

Agradecimientos:

A todo el equipo de enfermería de la unidad de agudos psiquiátrica del Hospital Universitario Puerta de Hierro, con especial cariño a Mar, Carmen y Mercedes por sus enseñanzas y su apoyo en este proyecto.

A Mónica Sánchez por descubrirme el apasionante y complejo mundo de la salud mental.

A todas/os las enfermeras/os que se han prestado amablemente a colaborar con este proyecto.

A mis queridos pacientes de salud mental, por ser la inspiración para este trabajo.

Al Dr. Rafael Herruzo, por su inestimable ayuda en la creación y desarrollo de este trabajo.

Y a mis compañeros, con especial agradecimiento a Rocío, Laura y Rodrigo, por haber hecho este camino más fácil.