

Shaila Herrero Díaz

**RELACIÓN ENTRE EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD
MENTAL Y LOS CUIDADOS OMITIDOS EN ENFERMERÍA**

Trabajo de fin de máster

Dirigido por la Dra.: Laura Ortega Sanz

Máster en investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autor / a: Shaila Herrero Díaz

Título trabajo: Relación entre el estigma de la enfermedad mental y los cuidados omitidos en enfermería.

Nombre y apellidos tutor / a: Laura Ortega Sanz

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de:

(firma)

Laura Ortega
Sanz - DNI
47758633F
(TCAT)

Firmado digitalmente
por Laura Ortega Sanz -
DNI 47758633F (TCAT)
Fecha: 2023.06.02
13:44:58 +02'00'

Tarragona, ...2... de junio de 2023

Gracias a todas aquellas personas que han pasado por mi vida y me han enseñado todo lo que sé. Y a todas aquellas que algún día pasarán y me enseñarán todo lo que aún me queda por aprender.

Gracias a las personas que están a mi lado por entender mi necesidad de afrontar nuevos retos profesionales y personales.

Gracias a Laura por acompañarme y orientarme durante todo el proceso de creación de este proyecto.

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
3.	MARCO TEÓRICO	5
3.1.	Enfermedad mental.....	5
3.2.	Estigma	9
3.3.	Cuidados omitidos.....	13
3.4.	Instrumentos de medida para el estigma	14
3.5.	Instrumentos para la medida de los cuidados omitidos.....	17
4.	DISEÑO METODOLÓGICO	18
4.1.	Criterios de selección.....	19
4.1.1.	Criterios de inclusión	19
4.1.2.	Criterios de exclusión	19
4.2.	Proceso de selección	19
4.3.	Resultados	26
4.3.1	Estigma (estereotipos y actitudes).....	34
4.3.2	Cuidados de enfermería (comportamientos / discriminación).....	39
4.4.	Conclusiones y limitaciones	41
5.	APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.....	42
6.	OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	42
7.	METODOLOGÍA	43
7.1.	Metodología fase 1: estudio de tipo cuantitativo	43
7.1.1.	Diseño de estudio.....	43
7.1.2.	Población y muestra	44
	Población diana	44
	Población accesible.....	44
7.1.3.	Diseño del muestreo.....	44
7.1.4.	Tamaño muestral.....	44
7.1.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	45

7.1.6.	Recogida de datos.....	45
7.1.7.	Instrumentos de recogida de datos.....	47
7.1.8.	Análisis de datos.....	49
7.2.	Metodología fase 2: estudio cualitativo	50
7.2.1.	Diseño del estudio	50
7.2.2.	Unidades de observación (UO).....	50
7.2.3.	Diseño del muestreo.....	50
7.2.4.	Tamaño de la muestra.....	50
7.2.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	51
7.2.6.	Recogida de datos.....	51
7.2.7.	Instrumentos de recogida de datos.....	52
7.2.8.	Análisis de datos.....	52
8.	ASPECTOS ÉTICOS	53
9.	PROCEDIMIENTOS Y RECOGIDA DE DATOS.....	53
10.	APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS	54
11.	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	55
12.	CRONOGRAMA	55
	BIBLIOGRAFÍA	56
	ANEXOS	65
	Anexo I: Hoja de recogida de datos sociodemográficos	65
	Anexo II: Hoja informativa	66
	Anexo III: Versión definitiva EVEPEM.....	69
	Anexo IV: Cuestionario MISSCARE.....	70
	Anexo V: Cuestionario OMICE.....	73
	Anexo VI: Ficha informante entrevista	78
	Anexo VII: Hoja de consentimiento informado	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen prevalencia enfermedades mentales.	8
Tabla 2. Resumen de los instrumentos para medir el estigma sobre la enfermedad mental	16
Tabla 3. Resumen de los instrumentos utilizados para medir los cuidados omitidos.....	17
Tabla 4. Términos de búsqueda	18
Tabla 5. Ecuaciones de búsqueda en las distintas bases de datos y resultados obtenidos.....	21
Tabla 6. Análisis de los artículos seleccionados para incluir en la revisión bibliográfica	27
Tabla 7. Variables sociodemográficas	46
Tabla 8. Variables a estudio.....	46
Tabla 9. Distribución de los ítems de la escala EVEPEM según factores, valores mínimos y máximos.....	48
Tabla 10. Variables sociodemográficas	51
Tabla 11. Temas y preguntas guía para las entrevistas	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de depresión y de ansiedad crónica (en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población de 15 años y más según sexo y grupo de edad (%)	5
Figura 2. Prevalencia de “alguna enfermedad mental (ansiedad, depresión u otros problemas mentales, en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población de 15 años y más según sexo y grupo de edad (%)	6
Figura 3. Prevalencia de distintos problemas de salud mental (en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población infantil (0-14 años), según sexo (%)	7
Figura 4. Complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental (CEDATM)	10
Figura 5. Niveles de estigma	10
Figura 6. Modelo de etapas del auto-estigma (adaptado)	11
Figura 7. Modelo de Cuidados Omitidos de Enfermería	13
Figura 8. Diagrama de flujo (PRISMA)	20
Figura 9. Origen de los artículos.....	26
Figura 10. Árbol categorial de resultados.	34
Figura 11. Diagrama de Gantt	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ENSE: Encuesta Nacional de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

CEDATM: Complejo Estigma-Discriminación Asociado a Trastorno Mental

AQ: Attribution Questionnaire

CAMI: Attitude Toward Mental Illness

AMIQ: Attitude to Mental Illness Questionnaire

OMI: Opinion about Mental Illness

SDS: Social Distance Scale

MIAS/ASMI: Mental Illness Attitudes Scale

MHPSASS: Mental Health Provider Self-Assessment of Stigma Scale

MHPSI: Mental Health Provider Stigma Inventory

MHPSSS: Mental Health Secondary Stigma Scale

MISS-MHP: Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals

MICA: Mental Illness Clinicians Attitudes

OMS-HC: Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners

EVEPEM: Evaluación del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería

UNSC: Unfinished Nursing Care Survey

PIRNCA: Implicit Rationing Care Survey

BERNCA: Basel Extent of Rationing of Nursing Care

TU: Task Undone

OMICE: Omisión de Cuidados Enfermeros

WOS: Web Of Science

MeSH: Medical Subject Headings

SM: Salud Mental

AU: Autoritarismo

CMHI: Ideas Comunitarias sobre Salud Mental

SR: Restricción Social

WSDS: Whatley Social Distance Scale

EM: Enfermedad Mental

OSI: Organización de Servicios Integrados

UO: Unidades de Observación

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

CEI: Comité de Ética de la Investigación

UE: Unión Europea

1. RESUMEN

Introducción: Las personas que tienen diagnosticada una enfermedad mental están expuestas al estigma que existe sobre este tipo de patologías. Dentro de los propios profesionales de enfermería también encontramos ciertos niveles de estigma que influyen en la atención y cuidados que se ofrece a los pacientes. En este sentido hacen su aparición los cuidados omitidos, los que conocemos como los que se dejan de hacer en la atención a las personas. Teniendo en cuenta que las personas con una enfermedad mental también son susceptibles de realizar ingresos hospitalarios por patologías somáticas se propone estudiar si existe relación entre el nivel de estigma que puedan tener las enfermeras de unidades médicas de hospitalización y los cuidados omitidos.

Objetivos: El objetivo principal de la investigación es analizar la relación existente entre el estigma sobre las enfermedades mentales y los cuidados omitidos.

Metodología: Para dar respuesta a la pregunta de investigación se proponen tres diseños metodológicos. Una revisión sistemática de la literatura para conocer la evidencia actual, un estudio cuantitativo a través de cuestionarios para medir las dos variables a estudio (estigma y cuidados omitidos) y, finalmente, se realizarán entrevistas en profundidad con las profesionales de enfermería para conocer sus vivencias durante la atención a personas con enfermedad mental.

Resultados esperados: Se espera establecer una relación entre las dos variables a estudio y se hipotetiza que esta relación será positiva de forma que, a mayores niveles de estigma más cuidados omitidos habrá. Además, se espera comprender la realidad de las profesionales a través de sus vivencias.

Palabras clave: estigma social, estigma, cuidados omitidos, enfermería, enfermedad mental.

ABSTRACT

Introduction: People who have a diagnosed mental illness are exposed to the stigma that exists about this type of pathology. Within the nursing professionals themselves we also find certain levels of stigma that influence the attention and care offered to patients. In this sense, missed care, the one which is neglected in the care of patients, makes its appearance. Considering that people with mental illness are also susceptible to hospital admissions due to somatic pathologies, it is proposed to study whether there is a relationship between the level of stigma that nurses in hospitalization medical units may have and the influence of omitted care.

Objective: The main objective of the research is to analyze the relationship between stigma about mental illness and omitted care.

Methodology: Three methodological designs are proposed to answer the research question. On the one hand, a systematic review of the literature will be carried out to ascertain the current evidence, on the other, a quantitative study will be carried out by means of a questionnaire to measure the two variables under study (stigma and omitted care) and, finally, in-depth interviews will be conducted with nursing professionals to learn about their experiences during the care of people with mental illness.

Expected results: It is expected to establish a relationship between the two variables under study and it is hypothesized that this relationship will be positive so that the higher the levels of stigma, the more omitted care there will be. In addition, it is expected to understand the reality of the professionals through their experiences.

Key words: social stigma, stigma, missed care, nursing, mental disorders.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El estigma existente en relación a la enfermedad mental en nuestra sociedad es una realidad que no podemos obviar y la enfermería es una profesión que no vive ajena a la misma. A pesar de la formación académica la influencia cultural está muy presente en la atención a las personas en el ámbito de la salud y, por lo tanto, las enfermeras son susceptibles de perpetuar el estigma hacia las personas con algún diagnóstico de enfermedad mental.

Es importante abordar este tema ya que, desde la profesión, hemos de garantizar una atención integral (que incluye la atención física, psicoemocional y social) y de calidad a todos los usuarios del sistema sanitario. Así se recoge, además, en el Código Deontológico de la Enfermería dónde se explicita que las enfermeras han de respetar la dignidad de cada persona sin hacer distinción alguna garantizando que se llevará a cabo el tratamiento correcto y la protección de la salud (1) independientemente de la enfermedad que padezcan. Por lo tanto, una atención respetuosa, no discriminatoria y libre de estigmas no sólo es esencial para la recuperación del paciente, sino también para cumplir con los requisitos éticos y morales de la profesión. Y no sólo el código deontológico, sino también la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (2) y el artículo 43 del capítulo tercero de la Constitución Española (3) hacen mención explícita al derecho de las personas a la protección de su salud.

La atención a personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental puede ser un reto para las enfermeras por tener que enfrentarse a una realidad poco conocida y que, durante mucho tiempo, ha sido un tema tabú. Esto hace que sus conocimientos sobre la misma se limiten a experiencias personales u otras ideas aprendidas a través de estereotipos, lo que no garantiza una atención terapéutica y adaptada a las necesidades reales del paciente. En el caso de las enfermeras que ofrecen cuidados fuera del ámbito de la salud mental esta situación puede complicarse aún más ya que, han de atender tanto a los síntomas físicos como a los psiquiátricos y es aquí donde pueden surgir desequilibrios y dificultades a la hora de identificar las necesidades, tomar decisiones o priorizar los cuidados.

En este sentido, los cuidados omitidos pueden ser un reflejo de la estigmatización de la enfermedad mental dentro de la profesión enfermera en la

atención hospitalaria. La falta de experiencia y conocimientos son susceptibles de generar comportamientos tales como la evitación o la falta de comunicación con el paciente entre otros, lo que puede tener consecuencias en el estado de salud del paciente o en la calidad de vida. No obstante, las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental usuarias de los servicios de salud han descrito faltas de respeto en la atención (4). Pero, no sólo para los pacientes, también para las enfermeras puede acarrear algunas consecuencias como sentimientos de impotencia, frustración o incompetencia (5) dificultando más la atención.

La revisión del estigma sobre la enfermedad mental que rodea a la enfermería en relación a los cuidados omitidos se erige como un tema importante no sólo para determinar cómo se materializa ese estigma en los cuidados sino, para tratar de medir su alcance real. Identificar las áreas de cuidado más afectadas nos permitiría establecer programas de formación acordes a las necesidades de las profesionales y facilitarles herramientas para la identificación, manejo y resolución de crisis aumentando su confianza y, sobre todo, redundaría en una atención de mayor calidad con un beneficio directo en los pacientes que verían cubiertas sus necesidades reales.

Por todo esto podemos pensar que, el nivel de estigma existente entre las enfermeras que atienden a personas con algún diagnóstico de enfermedad mental en unidades médicas hospitalarias interfiere en los cuidados que se les ofrecen y que hay cuidados que dejan de hacerse, esto es, se omiten ciertos cuidados. Para poder establecer esta relación se plantea realizar un análisis de la situación actual sobre este tema. Además, conocer la vivencia que tienen las enfermeras en la atención a estas personas puede arrojar mayor comprensión de la situación y ayudaría a concretar las necesidades reales de las profesionales, así como desarrollar un contexto teórico de cómo establecer tal relación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfermedad mental

Un trastorno mental o enfermedad mental se define como “la alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo” que generalmente va asociado a angustia o incapacidad funcional en otras áreas importantes (6). Son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) los que recogen los sistemas de clasificación para el diagnóstico de las diferentes enfermedades mentales que están descritas (7,8). La CIE-11 utiliza el término problemas de salud mental para abarcar un mayor número de afecciones de la esfera de la salud mental, así, incluye no sólo los trastornos mentales sino también las discapacidades psicosociales y estados mentales asociados a una angustia considerable, la discapacidad funcional o el riesgo de conducta autolesiva (6).

La última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) realizada en España (2017) reflejaba que uno de cada 10 adultos y uno de cada 100 niños padecía un problema de salud mental (9). Si desglosamos un poco más los datos, en personas mayores de 15 años y no institucionalizadas, las enfermedades más prevalentes fueron la ansiedad crónica y la depresión (6,7%) (este dato queda recogido en la *figura 1*), el 2,1% declaró padecer otros problemas mentales. Estos datos, además, reflejan la desigualdad cuando observamos la variable sexo, de forma que las mujeres presentan ansiedad y depresión dos veces más que los hombres. Esto no sucede en la categoría “otros problemas mentales”.

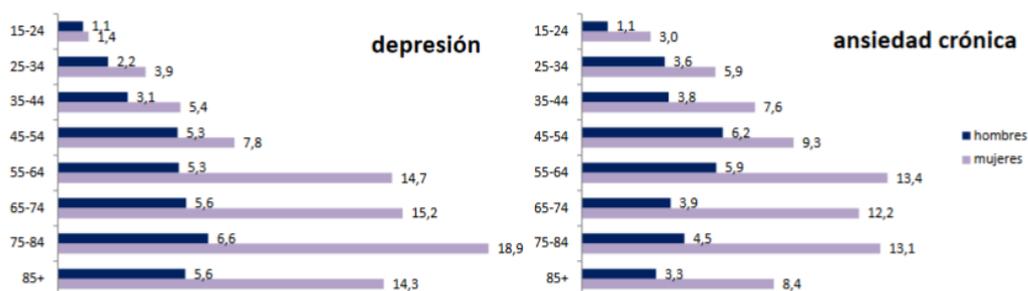


Figura 1. Prevalencia de depresión y de ansiedad crónica (en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población de 15 años y más según sexo y grupo de edad (%) (9).

La estadística también muestra la diferencia cuando observamos la variable edad, así ambas enfermedades tienen su mayor incidencia en rangos de edad diferentes. Un dato que se refleja en la *figura 2* nos habla de que el epígrafe “otras enfermedades mentales” aumenta considerablemente en el grupo de edad 85 años y más.

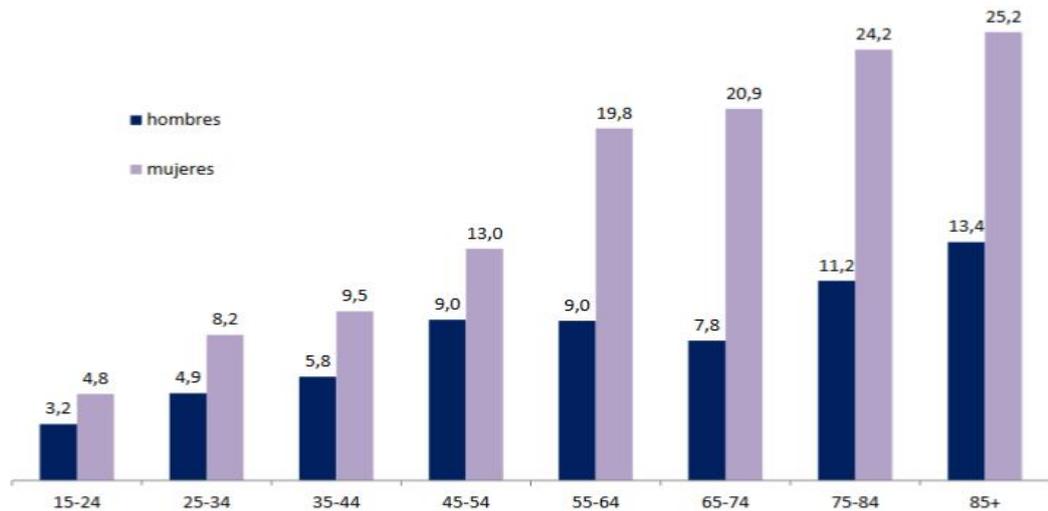


Figura 2. Prevalencia de “alguna enfermedad mental (ansiedad, depresión u otros problemas mentales, en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población de 15 años y más según sexo y grupo de edad (%) (9).

En el caso de los niños y niñas (0-14 años) el 1,8% estaba diagnosticado de algún trastorno de la conducta (incluyendo hiperactividad), seguido de trastornos mentales (ansiedad y depresión) con una prevalencia de 0,6% al igual que el autismo o trastornos del espectro autista (0,6%). En relación a las diferencias en cuanto a la variable sexo se observa que los problemas de salud mental se daban mayoritariamente en varones tal y como queda recogido en la *figura 3*.

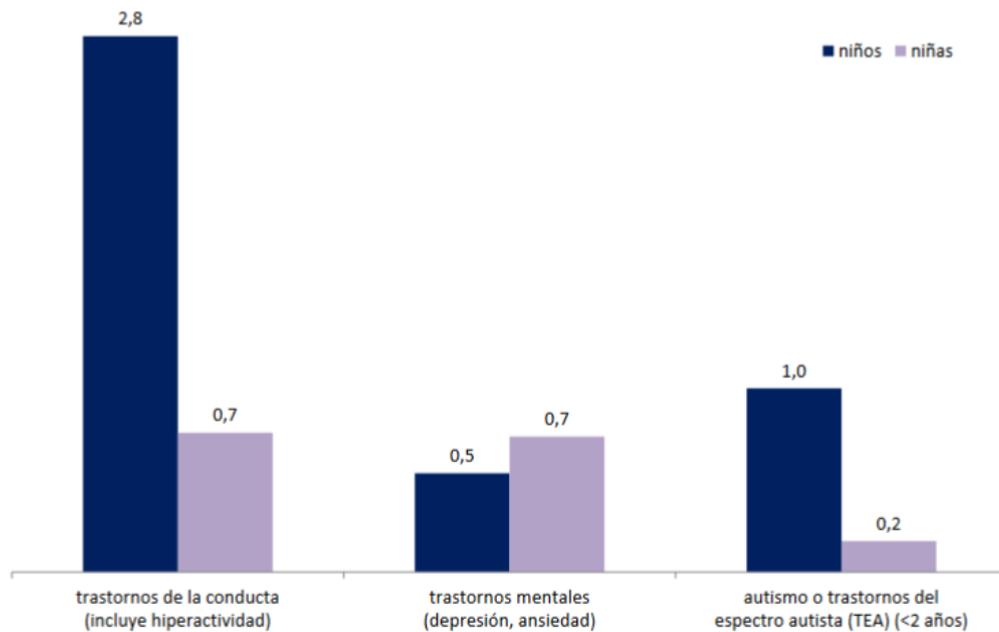


Figura 3. Prevalencia de distintos problemas de salud mental (en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico) en población infantil (0-14 años), según sexo (%) (9).

El informe elaborado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en diciembre de 2020 muestra los siguientes datos en relación a la prevalencia de las enfermedades mentales en la población española (10). Coincidiendo con la ENSE los problemas de salud mental más frecuentes son el trastorno de ansiedad (6,7%) y el trastorno depresivo (4,1%) seguidos de los trastornos del sueño (5,4%) y la psicosis (1,2%). En el caso de la demencia se eleva al 3,2% en población mayor de 60 años. En el caso de la infancia y adolescencia (< 25 años) los trastornos hipercinéticos ascenderían al 1,8% y los problemas específicos del aprendizaje al 1,6% (los resultados se reflejan en la *tabla 1*). En cuanto a la variable sexo ambas encuestas son coincidentes en que los problemas de salud mental en los adultos son de predominio femenino mientras que en la infancia y la adolescencia son de predominio masculino.

Tabla 1. Resumen prevalencia enfermedades mentales.

ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL	Prevalencia (%)
PROBLEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL	
Trastorno de ansiedad	6,7%
Trastorno depresivo	4,1%
Trastorno del sueño	5,4%
Trastornos de personalidad	6,7‰
Trastorno por somatización	5,5‰
Anorexia nerviosa/bulimia	1,4‰
Fobia	2‰
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,1‰
PSICOSIS	
Psicosis afectiva	7,2‰
Esquizofrenia	3,7‰
Psicosis no especificadas	1,9‰
Psicosis orgánica (>80 años)	30-35‰ mujeres, 17-25‰ hombres
ALTERACIONES CONGNITIVAS	
Demencia	3,2% (>60 años)
PROBLEMAS ESPECÍFICOS EN MENORES DE 25 AÑOS	
Trastornos hiperkinéticos	1,8%
Problemas específicos del aprendizaje	1,6%
Signos/síntomas del comportamiento del niño/adolescente	1,2%
Enuresis	1%
Problemas de conducta alimentaria	2,7‰

Nota. Base de Datos Clínicos Atención Primaria-BDCAP, 2020, Subdirección General de Información Sanitaria (10).

Las personas con enfermedad mental presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad, ya que, los trastornos mentales se asocian con mayor comorbilidad física como pueden ser enfermedades cardiovasculares, del sistema metabólico o infecciosas (11–13). Además, personas con esquizofrenia o depresión mayor tendrían un 40-60% más de probabilidad de sufrir muerte prematura (11). También se observa el incremento del riesgo de suicidio de 4 a 25 veces superior respecto a la población sin enfermedad mental (14). En líneas generales los enfermos mentales tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas a largo plazo, tienen peor calidad de vida y riesgo de muerte prematura (15). Otro factor importante que repercute en la salud física de las personas que sufren una enfermedad mental son los efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos que han de seguir para controlar los síntomas. Estos fármacos (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del humor) también aumentan el riesgo de padecer diabetes, hiperlipidemia o miocarditis, siendo el aumento de peso uno de los efectos más comunes (16,17).

Así pues, la ansiedad y la depresión son las enfermedades mentales más prevalentes en población adulta y las segundas más prevalente en población infantil (en esta última estarían por encima los trastornos de conducta). Esta prevalencia aumenta con la edad y no sólo en las categorías diagnósticas mencionadas, sino también todas las demás. Como apunte final destacar que en la edad adulta las mujeres tienen una mayor prevalencia de enfermedad mental, mientras que en la infancia es a la inversa.

3.2. Estigma

El concepto de estigma descrito por Goffman (1963) hace referencia al fenómeno por el cual una persona con una característica desacreditada por la sociedad es rechazada como consecuencia de la misma (18). En este sentido varios estudios apoyan la idea de que el colectivo de las personas que sufren una enfermedad mental están sujetos a este fenómeno (14,18–22).

La conceptualización del estigma se ha hecho desde distintos enfoques, como el descrito anteriormente por Goffman, o como el modelo sociológico de Link (23). De esta manera el estigma se presenta como la interrelación entre varios componentes: el primero de ellos hace referencia a *las etiquetas*, el segundo habla de las *creencias culturales* (características no deseables, estereotipos negativos), el tercero distingue *categorías* entre las personas etiquetadas “nosotros” y “ellos” (separación), el cuarto sería la *pérdida de estatus y discriminación* y, por último, estaría la *situación de poder social* de tal forma que, el grupo que estigmatiza ha de estar en una situación de poder respecto del grupo estigmatizado (19,23).

Otro enfoque utilizado es el que presenta Corrigan (modelo psicosocial), que se basa en los rasgos cognitivos y conductuales, y presenta los *estereotipos* como estructura cognitiva de conocimiento, el *prejuicio* como el resultado cognitivo y emocional de los estereotipos (actitud) y la *discriminación* como consecuencia del prejuicio (aspecto conductual) (19,20).

Por lo tanto, el estigma es el resultado de que un estereotipo (o idea preconcebida) adquiera connotaciones negativas (prejuicio) y de lugar a una disminución de los derechos (discriminación) (14). En la *figura 4* queda reflejado el esquema del complejo estigma-discriminación (CEDATM).



Figura 4. Complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental (CEDATM) (14).

El estigma se presenta en tres niveles diferentes que son el *estigma estructural*, el *estigma interpersonal* (estigma público) y el *estigma intrapersonal* (auto-estigma) y cada uno de ellos tiene unas implicaciones diferentes (figura 5).

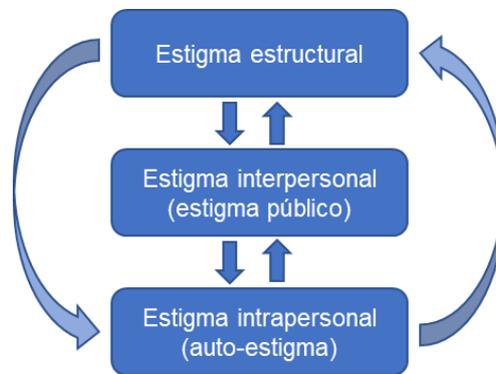


Figura 5. Niveles de estigma (22).

El *estigma estructural* se refiere a todas aquellas actividades que mantienen las organizaciones y que crean desigualdades a la hora de acceder o tener una buena calidad de atención en salud por el hecho de tener una enfermedad mental (22,23); el *estigma interpersonal* o público es aquel que engloba estereotipos y actitudes negativas que las personas estigmatizadas perciben por parte de los demás (entre los profesionales sanitarios pueden dar lugar a prácticas estigmatizantes) (22) y el *estigma intrapersonal* o auto-estigma hace referencia a la interiorización del estigma público (20,22). Este último nivel cobra especial importancia por el impacto que tiene en la propia persona, ya que, una vez que la persona interioriza los estereotipos tendrá emociones negativas que afectarán tanto a su autoestima, como a su eficacia, así como autoaislamiento (20).

Las etapas del auto-estigma serían las descritas en la figura 6:



Figura 6. Modelo de etapas del auto-estigma (adaptado) (20).

Por otra parte, hay que destacar el elemento cultural asociado al estigma ya que, al ser el reflejo de las ideas y creencias dentro de una sociedad puede haber características que varíen en función del contexto en el que se encuentre la persona, así pues, la vivencia de estigma será diferente (incluyendo la visión cultural de la salud, en la sociedad occidental basada en el modelo biomédico) (14,18) además de poder variar a lo largo del tiempo (14).

Los estereotipos más extendidos sobre las personas con enfermedad mental son que resultan personas peligrosas, violentas (18,19,21) y que son culpables de su estado de salud (18) entre otros. Los prejuicios más habituales se traducen en aprensión o miedo, deseo de distancia social, ira (concretamente en conductas adictivas) (19,21,24) y los comportamiento de discriminación se reflejan en la evitación (19,21) y en la disminución de oportunidades para la toma de decisiones (19).

Haciendo un análisis por enfermedades la esquizofrenia y el abuso de sustancias o adicciones se asocian directamente con la peligrosidad de la persona y son los diagnósticos asociados con mayores actitudes negativas (25,26). Entre patologías con menores actitudes negativas están la depresión, los ataques de pánico y los trastornos de alimentación (25).

Algunas de las consecuencias o efectos del estigma para las personas con enfermedad mental ya se han comentado (disminución del autoestima y autoeficacia, autoaislamiento). Aun así, es importante profundizar en este sentido para conocer el verdadero alcance de la situación en la atención sanitaria. Diversos estudios abalan la idea de que las enfermeras tanto de servicios de hospitales generales, atención primaria como aquellas que desarrollan su labor asistencial en unidades psiquiátricas y de salud mental

mantienen cierto nivel de estigma (21,27–29). A pesar de tener formación en el área de la salud mental, se ha observado que la variable cultural es más fuerte que cualquier otro factor relacionado con el estigma y puede ser una barrera para la asistencia sanitaria (30).

Las consecuencias del estigma se evidencian en forma de peor calidad asistencial (incluyendo los cuidados de enfermería) (31), pesimismo terapéutico, menor información, excesiva atención a los síntomas y actitudes coercitivas (4,30). Más concretamente en la revisión llevada a cabo por Tyerman et al. y que analiza el impacto del estigma de las enfermeras en la atención ofrecida a personas con enfermedad mental, destaca que el diagnóstico de “enfermo mental” repercutía en la relación enfermera-paciente y era una barrera para acceder al cuidado físico. No sólo esto, la etiqueta anteriormente comentada derivaba en pensar que los síntomas físicos eran, directamente, consecuencia de la enfermedad mental o de la medicación psiquiátrica (32). Esto tiene como consecuencia una menor atención a los síntomas físicos e infradiagnóstico por el retraso en la realización de pruebas médicas (33). También en áreas más especializadas como las que atienden a las mujeres tras el parto arrojan datos que apoyan la relación existente entre el estigma y la actitud de las enfermeras a la hora de desarrollar una adecuada relación terapéutica o la preparación de las mujeres en su rol de madres (34).

Para las personas que padecen una enfermedad mental las consecuencias están relacionadas con el retraso en la búsqueda de ayuda (30), recibir menor información (de diagnóstico, tratamientos, efectos adversos...) (33) y, en consecuencia, peor calidad de vida. Entre el 16%-44% de las personas con enfermedad mental atendidas en servicios de salud expresan haber sufrido faltas de respeto (4).

Tanto enfermeras como pacientes reportan sentimientos de frustración y desesperanza durante la atención sanitaria (32). Y más concretamente las personas con enfermedad mental se sienten culpables, ansiosas, humilladas y evidencian niveles de autoestima más bajos entre otros (4) durante la atención sanitaria.

3.3. Cuidados omitidos

El concepto de cuidados omitidos fue descrito por Kalisch a partir de un estudio realizado en 2006, los cuidados omitidos en enfermería son aquellos cuidados que el paciente requiere pero que se omiten o se dejan de hacer (total o parcialmente), o que se retrasan (35,36) por parte de la enfermera. Dentro de la cultura de seguridad del paciente se distinguen dos tipos de errores, los actos por comisión (equivocarse en la identificación de un paciente y realizarle un procedimiento que no le corresponde, por ejemplo) y los actos por omisión (dejar de hacer algo). En este sentido los cuidados omitidos pertenecen a este segundo grupo (37).

Según este modelo descrito por Kalisch (*figura 7*) las enfermeras atribuyeron los cuidados perdidos a diferentes categorías como son los *antecedentes* (recursos humanos y materiales, relaciones y comunicación), el *proceso de enfermería* (evaluación/diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) y los *procesos internos de la enfermera* (normas de trabajo, proceso de toma de decisiones, creencias y valores personales y hábitos) (36). Este marco, por lo tanto, contiene tres factores (según el modelo estructural de Donabedian): la estructura (como el tipo de hospital, la unidad, las características específicas del personal de enfermería o el trabajo en equipo), el proceso (cuidados de enfermería omitidos) y los resultados (tanto para los trabajadores, como para los pacientes) (38). Así pues, las características de hospital y/o unidad llevarían a la falta de atención de enfermería y afectarían a los resultados relacionados con paciente y personal.

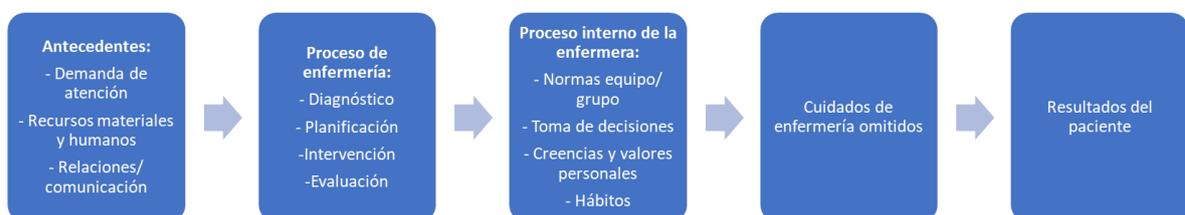


Figura 7. Modelo de Cuidados Omitidos de Enfermería (38).

Los cuidados que se han identificado como los más habituales en dejar de hacerse o retrasarse son la deambulaci3n, los cambios posturales, el retraso o ausencia en la alimentaci3n, la educaci3n al paciente, los planes de cuidados al

alta, la higiene (baño, limpieza y cuidados bucales), la atención emocional, la recogida de datos de la evolución del paciente y la vigilancia (35,38,39).

Además, se han descrito las posibles variables para que esto suceda entre las que se encuentran la dotación de personal (ratios bajos enfermera-paciente) (35,36,38,40), variables propias de la enfermera (36), el tiempo necesario para realizar las intervenciones de enfermería, mal uso de los recursos de personal, el síndrome que se ha llamado “este no es mi trabajo”, delegación de tareas ineficaz, el hábito (una vez el cuidado se deja de hacer un día el más fácil que no se haga en los días posteriores) y la negación (relacionada con no querer asumir que ciertos cuidados se han perdido) (35,38). Así mismo, el ambiente laboral también se convierte en predictor de los cuidados omitidos de forma que a peor ambiente laboral mayor probabilidad de omisión de cuidados (39,41,42).

El resultado final se evidencia en los resultados de salud para las personas atendidas, en la calidad de los cuidados y en los costes sanitarios (35,36). Las consecuencias para los pacientes se traducen en prolongación de los ingresos hospitalarios, más caídas, aumento de las úlceras por presión, infecciones, mayores niveles de dolor, errores de medicación (36,38) y menor seguridad (43) entre otros. Para el personal de enfermería se traduce en una menor satisfacción laboral y en un mayor deseo de abandono de la profesión (38,40).

3.4. Instrumentos de medida para el estigma

Existen diferentes cuestionarios y escalas que se han desarrollado y utilizado para medir el estigma que existe alrededor de la enfermedad mental. Algunos de ellos están dirigidos a evaluar el nivel de estigma, las actitudes, opiniones... en la población general y han sido utilizados en entornos sanitarios. Otros, sin embargo, han sido desarrollados específicamente para poder ser aplicados entre profesionales de la salud (44). Entre aquellos de aplicación en población general se encuentran el *Attribution Questionnaire* (AQ) (44,45), *Community Attitudes Toward Mental Illness* (CAMI) (44,46) o *Attitudes to Mental Illness Questionnaire* (AMIQ) (44,47,48) que también han sido utilizados en estudios para medir el estigma entre profesionales de la salud (30,48,49). Entre los cuestionarios específicos para profesionales de la salud encontramos aquellos para personal que trabaja específicamente en psiquiatría como son la *Opinion about Mental Illness* (OMI) (50), la *Social Distance Scale* (SDS) (51), *Mental Illness Attitudes*

scale (MIAS), *Mental Health Provider Self-Assessment of Stigma Scale* (MHPSASS), *Mental Health Provider Stigma Inventory* (MHPSI), *Mental Health Professional Secondary Stigma Scale* (MHPSSS), *Mental Illness Stigma Scale for Mental Health Professionals* (MISS-MHP). Para profesionales de salud de cualquier ámbito tenemos como instrumentos de medida el *Mental Illness Clinicians Attitudes* (MICA), *Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners* (OMS-HC). Más concretamente, para enfermeras hay desarrolladas dos herramientas que son el *Stigma Scale* (para enfermeras de salud mental) y el *Instrumento de Evaluación del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería* (EVEPEM) (52,53). En la *tabla 2* queda recogida la información de los instrumentos a modo de resumen.

Tabla 2. Resumen de los instrumentos para medir el estigma sobre la enfermedad mental

Cuestionario/ escala	Población	Medida	Forma de respuesta
<i>Attribution questionnaire (AQ)</i>	General	Estereotipos / prejuicios (responsabilidad, compasión, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evasión)	Autoadministrado Escala tipo Likert 1 (no/nada) a 9 (mucho/completamente)
<i>Community Attitudes Toward Mental Illness (CAMI)</i>	Población general Profesionales de la salud (basada en la escala OMI)	Opinión (autoritarismo, benevolencia, restricción social, ideas sobre salud mental)	Autoadministrado 40 ítems Escala tipo Likert 1 (completamente en desacuerdo) – 5 (completamente de acuerdo)
<i>Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ)</i>	Población general	Actitudes hacia la enfermedad mental	Autoadministrado 5 ítems Escala tipo Likert 1 – 5
<i>Mental Illness Attitudes Scale (MIAS)</i>	Personal hospital psiquiátrico	Actitudes y factores asociados (aceptación, rehabilitación y pronóstico, distancia social y recomendaciones para intervenciones)	Autoadministrado 46 ítems Escala tipo Likert 1 (muy en desacuerdo) – 5 (totalmente de acuerdo)
<i>Mental Health Provider Self-Assessment of Stigma Scale (MHPSASS)</i>	Proveedores de salud mental	Nivel de estigma (culpa y vergüenza, desinterés, molestia y/o irritación, degradación/deshumanización, mal pronóstico/dependencia de crianza, coerción, falta de elección “real”)	20 ítems
<i>Social Distance Scale (SDS)</i>	Profesionales de la salud	Distancia social	5 preguntas relacionadas con interacciones sociales Escala tipo Likert 1 (muy en desacuerdo) – 5 (totalmente de acuerdo)
<i>Opinion about Mental Illness (OMI)</i>	Profesionales de la salud	Opinión y actitudes (autoritarismo, benevolencia, ideología sobre higiene mental, restrictividad social y etiología interpersonal)	Autoadministrado 51 ítems Escala tipo Likert 0 (completamente en desacuerdo) – 5 (completamente de acuerdo)
<i>Mental Illness Clinicians Attitudes (MICA)</i>	Profesionales de la salud	Actitud hacia personas con enfermedad mental	2 versiones (v2 y v4) V4: Autoadministrado 16 ítems Escala tipo Likert 1 (totalmente de acuerdo) – 6 (totalmente en desacuerdo)
<i>Opening Minds Scale for Healthcare Practitioners (OMS-HC)</i>	Profesionales de la salud	Estigma (reacciones emocionales, falta de responsabilidad social, la empatía y la compasión hacia personas con enfermedad mental)	20 ítems Escala tipo Likert 1 - 5
<i>Stigma Scale</i>	Enfermeras de salud mental	Estigma (discriminación, revelación y autoestima)	42 ítems Escala tipo Likert 1 – 5
<i>Instrumento de Evaluación del Estigma de la Enfermedad Mental en Enfermería (EVEPEM)</i>	Enfermeras	Estigma (violencia y peligrosidad, incapacidad, irresponsabilidad e incompetencia)	Autoadministrado 20 ítems Escala tipo Likert 1 - 5

Nota. Elaboración propia.

3.5. Instrumentos para la medida de los cuidados omitidos

Para evaluar o medir los cuidados omitidos existen diversas herramientas, se han identificado seis: MISSCARE, *Unfinished Nursing Care Survey* (UNCS), *Perceived Implicit Rationing Nursing Care Questionnaire* (PIRNCA), *Basel Extent of Rationing Of Nursing Care* (BERNCA), *Task Undone* (TU-7 y TU-12) (54) y *Omisión de Cuidados Enfermeros* (OMICE) (55). El objetivo de algunas de ellas es tanto medir los cuidados que se omiten, como conocer las razones por las que son omitidos y han sido utilizados en distintos estudios de investigación, así como, llevado a cabo traducciones y validaciones a distintos contextos, países e idiomas (54–60). El análisis de cada uno de los cuestionarios queda reflejado en la *tabla 3*.

Tabla 3. Resumen de los instrumentos utilizados para medir los cuidados omitidos

CUESTIONARIO	MEDIDA	CARACTERÍSTICAS
MISSCARE	Cuidados omitidos y razones/causas para la omisión	3 apartados: - Primero: variables sociodemográficas - Parte A: 24 ítems, lista de cuidados de enfermería perdidos Escala Likert 1 (siempre se omite) – 5 (nunca se omite) - Parte B: 17 razones potenciales para omitir cuidados Escala Likert 1 (razón significativa) – 5 (no es una razón para omitir el cuidado)
<i>Unfinished Nursing Care Survey</i> (UNCS)	Cuidados omitidos y razones/causas para la omisión	2 apartados - Apartado A: 37 elementos Escala Likert 1 (nunca) – 5 (siempre omitido) - Apartado B: 26 razones (comunicación, prioridades, supervisión de las auxiliares de enfermería, recursos humanos, recursos materiales, previsibilidad de carga de trabajo)
<i>Perceived Implicit Rationing Nursing Care Questionnaire</i> (PIRNCA)	Aplicación unidades médico-quirúrgicas	31 actividades de enfermería Escala Likert 1 (nunca) – 4 (a menudo) en los 7 días previos 1 pregunta sobre la evaluación de los cuidados del paciente; 1 (baja calidad de cuidados) – 10 (muy buena calidad de cuidados) 1 pregunta sobre satisfacción laboral; 1 (es terrible) – 10 (me encanta)
<i>Omisión de cuidados enfermeros</i> (OMICE)	Cuidados omitidos y razones/causas para la omisión	3 apartados: - Primero: variables sociodemográficas - Parte A: 28 ítems, lista de cuidados de enfermería perdidos Escala Likert 1 (siempre se omite) – 5 (nunca se omite) - Parte B: 19 razones potenciales para omitir cuidados Escala Likert 1 (razón significativa) – 5 (no es una razón para omitir el cuidado)
<i>Basel Extent of Rationing of Nursing Care</i> (BERNCA)	Cuidados omitidos o racionados	31 ítems BERNCA-NH 19 ítems Se pregunta sobre los 7 últimos días.
<i>Task Undone</i> (TU-7 y TU-12)	Intervenciones que son necesarios pero que no se hacen por falta de tiempo	TU-7; 7 ítems TU-12; 12 ítems Las respuestas son dicotómicas SI/NO. Se pregunta sobre los últimos 7 días.

Nota. Elaboración propia

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Para responder a la pregunta de investigación, ¿existe evidencia científica que relacione el estigma en salud mental de las enfermeras y el nivel de cuidados omitidos que se ofrecen a las pacientes en un contexto de hospitalización en unidades médicas?, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre la relación entre el estigma que presentan las enfermeras hacia la enfermedad mental y los cuidados omitidos. Para esto se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, PsycINFO, Cinahl, LILACS y Web Of Science (WOS). Los términos de búsqueda que se establecieron fueron estigma, cuidados omitidos, enfermedad mental, hospitalización y enfermería. Una vez identificados se revisaron e identificaron los tesauros (descriptores) correspondientes para cada base de datos (términos MeSH, Medical Subject Headings) (tabla 4).

Tabla 4. Términos de búsqueda

CONCEPTOS CLAVE	SINÓNIMOS	TERMINOLOGÍA EN INGLÉS	TESAUROS
ESTIGMA	Estigmatización	Stigma Stigmatization	Pubmed (MeSH): social stigma, stereotyping Cinahl: stigma PsycINFO: mental health stigma
CUIDADOS OMITIDOS	Cuidados que se dejan de hacer Cuidados perdidos Cuidados de enfermería omitidos	Missed care Missed nursing care Unfinished (nursing) care Rationed care Care left undone Lost care	Pubmed (MeSH): - Cinahl: - PsycINFO: -
ENFERMERÍA	Enfermera(s)	Nurses Nursing	Pubmed (MeSH): nurses, nursing Cinahl: nurses PsycINFO: nurses, nursing
ENFERMEDAD MENTAL	Patología mental	Mental illness Mental Pathology Mental disorders	Pubmed (MeSH): mental disorders Cinahl: mental disorders, attitude to Mental Illness PsycINFO: mental disorders, Mental Illness (Attitudes Toward)
HOSPITALIZACIÓN		Hospitalization	Pubmed (MeSH): hospitalization Cinahl: - PsycINFO: -

Nota. Elaboración propia.

Las búsquedas se han realizado combinando los tesauros y el lenguaje natural a través de los operadores booleanos AND, OR y NOT y generando las ecuaciones de búsqueda.

4.1. Criterios de selección

Además, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para acotar más la búsqueda.

4.1.1. Criterios de inclusión

1. Tipo de publicación: se tendrán en cuenta investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas. Todas aquellas que tengan acceso a texto completo. Se incluirán artículos originales.
2. Fecha: publicaciones de los últimos 10 años (2012-2022) con la finalidad de que la información esté lo más actualizada posible.
3. Población: se incluirán artículos cuya población a estudio sean los profesionales de enfermería de unidades médicas hospitalarias.
4. Tema: se incluirán artículos que hablen sobre el estigma (actitud, comportamientos, creencias, ideas) y los cuidados omitidos.

4.1.2. Criterios de exclusión

5. Tipo de publicación: se excluirán aquellas publicaciones consideradas literatura gris (tesis doctorales, editoriales, artículos de opinión) y las revisiones sistemáticas por ser este un trabajo de revisión.
6. Fecha: se excluirán artículos anteriores al año 2012 con la finalidad de que la información sea lo más actualizada posible.
7. Población: no se incluirán artículos cuya población a estudio sean profesionales de salud mental, unidades quirúrgicas, servicios especiales (urgencias, UCI, quirófano ...) o estudiantes de enfermería.

4.2. Proceso de selección

La selección de artículos queda recogida en el diagrama de flujo realizado mediante los criterios PRISMA (figura 8).

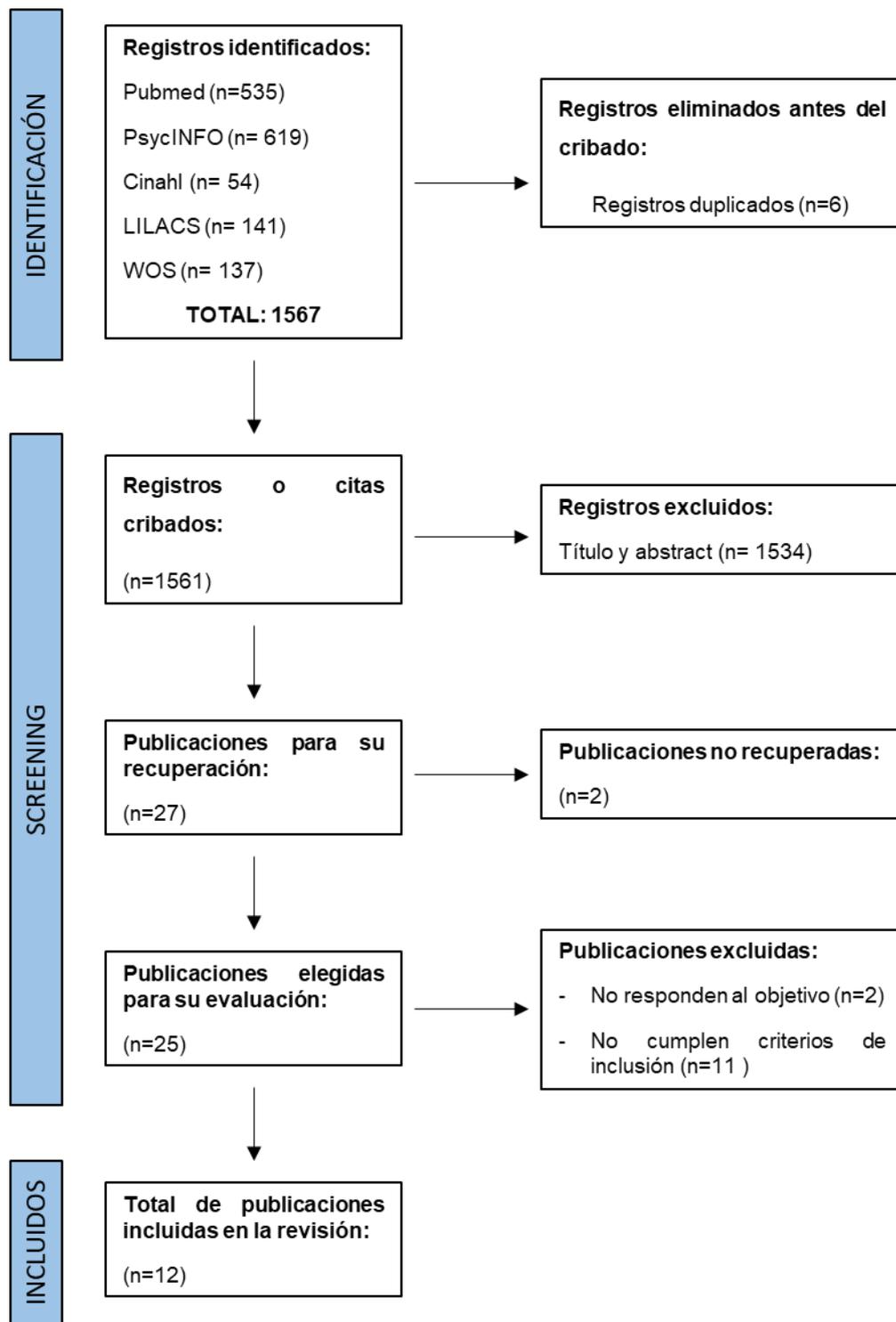


Figura 8. Diagrama de flujo (PRISMA)

Se desarrolló una hoja de extracción de datos para recoger la información relevante necesaria para un análisis posterior y crear temas para este estudio (tabla 5).

Tabla 5. Ecuaciones de búsqueda en las distintas bases de datos y resultados obtenidos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados			Artículos elegidos para revisar	Artículos seleccionados para los resultados	
		Encontrados	Útiles	Repetidos			
Pubmed	(Social stigma OR stereotyping) AND mental disorders AND nurs* AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) <i>Filtros: 10 años y free full text</i>	1	0	-	-	-	
	(Social stigma OR stereotyping) AND mental disorders AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) <i>Filtros: 10 años y free full text</i>	24	0	-	-	-	
	Mental disorders AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) <i>Filtro: 10 años y free full text</i>	1458 Filtros adicionales: clinical trial, comparative study, controlled clinical trial, multicenter study, observational study, randomized controlled trial 268 Filtros adicionales: human, english and spanish, exclude preprints, adult (19- 44 and middle aged +45 years 208	1	0		Liu JY, Lai C, Dai D, Ting S, Choi K. Attitudes in the management of patients with dementia: comparison in doctors with and without special training. East Asian Arch Psychiatry. 2013 Mar;23(1):13-20. PMID: 23535628.	0
	Mental disorders AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) AND hospitalization. <i>Filtros: todos los anteriores.</i>	93	0	-	-	-	
	(Social stigma OR Stereotyping) AND mental disorders AND (nurs* NOT students). <i>Filtros: 10 años y free full text</i>	290	7	0		Porfyri GN, Athanasiadou M, Siokas V, Giannoglou S, Skarpari S, Kikis M, Myroforidou A, Anoixa M, Zerakis N, Bonti E, Konsta A, Diakogiannis I, Rudolf J, Deretzi G. Mental health-related stigma discrimination and prejudices among	4

					<p>Greek healthcare professionals. <i>Front Psychiatry</i>. 2022 Nov 30;13:1027304. doi: 10.3389/fpsy.2022.1027304. PMID: 36532175; PMCID: PMC9757138.</p> <p>Horner G, Daddona J, Burke DJ, Cullinane J, Skeer M, Wurcel AG. "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. <i>PLoS One</i>. 2019 Oct 24;14(10):e0224335. doi: 10.1371/journal.pone.0224335. PMID: 31648259; PMCID: PMC6812769.</p> <p>Rivera-Segarra E, Varas-Díaz N, Santos-Figueroa A. "That's all Fake": Health professionals stigma and physical healthcare of people living with Serious Mental Illness. <i>PLoS One</i>. 2019 Dec 18;14(12):e0226401. doi: 10.1371/journal.pone.0226401. PMID: 31851706; PMCID: PMC6919598.</p> <p>Giandinoto JA, Stephenson J, Edward KL. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. <i>Int J Ment Health Nurs</i>. 2018 Jun;27(3):942-955. doi: 10.1111/inm.12433. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29399940.</p> <p>Picco L, Chang S, Abdin E, Chua BY, Yuan Q, Vaingankar JA, Ong S, Yow KL, Chua HC, Chong SA, Subramaniam M. Associative stigma among mental health professionals in Singapore: a cross-sectional study. <i>BMJ Open</i>. 2019 Jul 11;9(7):e028179. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028179. PMID: 31300500; PMCID: PMC6629392.</p> <p>Mukherjee S, Mukhopadhyay DK. Stigma towards mental illness: A hospital-based cross-sectional study among caregivers in West Bengal. <i>Indian J Public Health</i>. 2018 Jan-Mar;62(1):15-20. doi: 10.4103/ijph.IJPH_88_17. PMID: 29512560.</p> <p>Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. <i>Ethiop J Health Sci</i>. 2018 Jul;28(4):483-494. doi: 10.4314/ejhs.v28i4.14. PMID: 30607061; PMCID: PMC6308735.</p>	
PsycINFO	mental health stigma AND nurs* AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care). <i>Filtro: 10 años</i>	9	0	-	-	-
	Mental health stigma AND nurs* <i>Filtros: 10 años</i>	470 <i>Filtros adicionales: revistas científicas 385</i>	6	1	<p>Monnapula-Mazabane P, Petersen I. Mental health stigma experiences among caregivers and service users in south africa: A qualitative investigation. <i>Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues</i> 2021 Aug 27.</p> <p>Caplan S, Little TV, Garces-King J. Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. <i>International</i></p>	1

					<p>Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation 2016 07;5(3):192-206.</p> <p>Dalky HF, Abu-Hassan H, Dalky AF, Al-Delaimy W. Assessment of mental health stigma components of mental health knowledge, attitudes and behaviors among Jordanian healthcare providers. Community Ment Health J 2020 04;56(3):524-531.</p> <p>Carrara BS, Ventura CAA, Bobbili SJ, Jacobina OMP, Khenti A, Mendes IAC. Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. Arch Psychiatr Nurs 2019 08;33(4):311-318.</p> <p>Kolb K, Liu J, Jackman K. Stigma towards patients with mental illness: An online survey of united states nurses. International Journal of Mental Health Nursing 2022 Oct 26.</p>	
	<p>Mental illness (Actitud Toward) AND (nurs* NOT student) <i>Filtros: 10 años, revistas científicas e idioma (inglés)</i></p>	194	10	3	<p>Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, Chekuri L, Han X, Reaves C, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. Psychiatr Rehabil J 2014 12;37(4):297-303.</p> <p>Sukhera J, Miller K, Scerbo C, Milne A, Lim R, Watling C. Implicit stigma recognition and management for health professionals. Academic Psychiatry 2020 02;44(1):59-63.</p> <p>Fujii T, Hanya M, Kishi M, Kondo Y, Cates ME, Kamei H. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. Asian Journal of Psychiatry 2018 08;36:1-7.</p> <p>Morgan BD. "No right place to die": Nursing attitudes and needs in caring for people with serious mental illness at end-of-life. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2016 01;22(1):31-42.</p> <p>Svettini A, Johnson B, Magro C, Saunders J, Jones K, Silk S, et al. Schizophrenia through the carers' eyes: Results of a european cross-sectional survey. J Psychiatr Ment Health Nurs 2015 09;22(7):472-483.</p> <p>Smith JD, Mittal D, Chekuri L, Han X, Sullivan G. A comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. Stigma and Health 2017 11;2(4):327-337.</p> <p>Cremonini V, Pagnucci N, Giacometti F, Rubbi I. Health care professionals attitudes towards mental illness: Observational study performed at a public health facility in northern Italy. Arch Psychiatr Nurs 2018 02;32(1):24-30.</p>	2

	Mental health stigma AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) <i>Filtro: 10 años y revistas científicas</i>	31	0	-	-	-
CINAHL	Stigma AND mental disorders AND nurses AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care)	0	-	-	-	-
	Attitude to mental illness AND nurs* AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care)	0	-	-	-	-
	Attitude to mental illness AND nurs*	46	1	0	Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. Journal of Mental Health [Internet]. 2015 Dec [cited 2023 Jan 28];24(6):423–9. Available from: https://search-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=110849121&site=ehost-live&scope=site	1
	Mental disorders AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) <i>Filtros: 10 años, full text, inglés, academic journals</i>	8	1	0	Banfield M, Farrer LM, Harrison C. Management or missed opportunity? Mental health care planning in Australian general practice. Australian Journal of Primary Health [Internet]. 2019 Jul [cited 2023 Jan 28];25(4):332–8. Available from: https://search-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=139059089&site=ehost-live&scope=site	-
LILACS	Estigma AND enfermedad mental AND enferm* AND (cuidados omitidos OR cuidados perdidos)	0	-	-	-	-
	(Estigma* OR actitud) Estigma AND enfermedad mental AND enferm* AND (cuidados omitidos OR cuidados perdidos)	1	-	-	-	-
	(Estigma* OR actitud) AND enfermedad mental and enferm* <i>Filtros: texto completo, asunto principal actitud del personal de salud, inglés y español, 10 años</i>	17	0	-	-	-
	Enfermedad* mental* AND (cuidados omitidos OR cuidados perdidos) <i>Filtros: 10 años, inglés y español,</i>	123	0	-	-	-
WOS	(stigma* OR social stigma* OR attitude) AND (mental disorders OR mental illness) AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) AND nurs*	31	0	-	-	-

	<p>Filtro: 10 años, open Access, nursing, english and spanish, article, Mesh qualifiers: nursing or ethnology</p>					
	<p>(stigma* OR social stigma* OR attitude) AND (mental disorders OR mental illness) AND (missed care OR care left undone OR unfinished care OR rationed care OR lost care) Filtros: 10 años, open Access, nursing, major concepts: human medicine medical sciences or psychiatry or nursing</p>	6	0	-	-	-
	<p>(stigma*OR social stigma*) AND (nurs* NOT nurs* students) AND (mental disorders OR mental illness) Filtros: un montón</p>	28411	7	2	<p>Foye U, Simpson A, Reynolds L. "Somebody else's business": The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>. 2020;27(4):406–16.</p> <p>Mukesh K, Palayat AM, Yesudas KF, et al. Attitude towards mental illness among staff nurses in a tertiary care hospital - a hospital-based cross-sectional study. <i>J. Evolution Med. Dent. Sci.</i> 2017;6(27):2231-2235, DOI: 10.14260/Jemds/2017/481</p> <p>Grover S, Sharma N, Mehra A. Stigma for mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital. <i>J Neurosci Rural Pract.</i> 2020;11(2):237-244</p> <p>Happell B, Ewart SB, Bocking J, Platania-Phung C, Stanton R. "That red flag on your file": misinterpreting physical symptoms as mental illness. <i>Journal of clinical nursing</i>. 2016;25(19-20):2933–42.</p> <p>Aebi, N.J., Caviezel, S., Schaefer, R. et al. A qualitative study to investigate Swiss hospital personnel's perceived importance of and experiences with patient's mental-somatic multimorbidities. <i>BMC Psychiatry</i>. 2021;21(349):1-12. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03353-5</p>	4

Nota. Elaboración propia.

4.3. Resultados

De los 12 artículos seleccionados 6 utilizaron metodología cuantitativa y 6 metodología cualitativa. Todos ellos incluían en la muestra a enfermeras de unidades médicas, aunque, algunos de ellos también incluían otros profesionales de la salud como por ejemplo facultativos, administrativos, fisioterapeutas... Otras características de los artículos se recogen en el siguiente gráfico (*figura 9*).

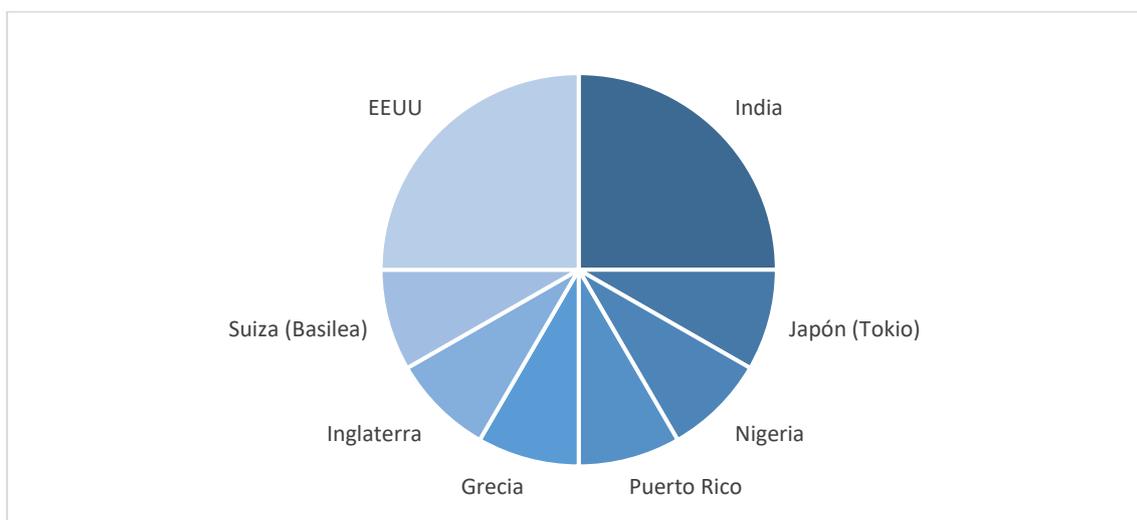


Figura 9. Origen de los artículos.

A continuación, se presenta una tabla resumen (tabla 6) con el análisis de cada uno de los artículos seleccionados para incluir en la revisión bibliográfica.

Tabla 6. Análisis de los artículos seleccionados para incluir en la revisión bibliográfica

Título	"That's all fake". Health professionals stigma and physical healthcare of people living with serious mental illness
Autor/es y año de publicación	Rivera-Segarra et al., 2019
Objetivo	Documentar las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con enfermedad mental grave de los profesionales de la salud en Puerto Rico
Metodología	Estudio cualitativo Entrevistas semiestructuradas
Muestra	11 trabajadores de la salud (8 facultativos y 3 enfermeras) Trabajadores en activo en Puerto Rico en áreas intrahospitalarias y extrahospitalarias (no de salud mental)
Resultados	<p>Nivel individual: <u>Percepciones negativas</u>; la personas con TMG son descritas como marginados sociales, problemáticas y de baja clase socio-económica o nivel bajo de educación. <u>Culpar al paciente</u>; no buscan atención porque no es su prioridad y por esto tienen mala salud. <u>Incapacidad para recuperarse</u>; los profesionales tienen una visión pesimista de la capacidad de curación de las personas con TMG.</p> <p>Nivel interpersonal: <u>Infradiagnóstico</u>; se atribuyen los síntomas físicos a su diagnóstico de enfermedad mental. Se descuidan los síntomas físicos y la enfermedad potencial ("...no hacemos nada, les ponemos medicación para intentar controlarlos y luego los mandamos a otro sitio..."). <u>Falta de herramientas</u>; deseo de distancia social e interacciones negativas (entrada rápida y derivación apresurada del paciente a la consulta del facultativo). Aislamiento de las personas ("Les ponemos en una habitación aislada..."). <u>Dificultades en la comunicación del diagnóstico</u>; no se les pregunta sobre su historial.</p> <p>Nivel estructural: <u>Falta de sistemas de información</u>. <u>Sistema de salud</u>; no se hacen seguimientos ("No prestan mucha atención a las enfermedades psiquiátricas").</p>
Título	Health professionals' stigma towards the psychiatric ill in Nigeria
Autor/es y año de publicación	Ubaka et al., 2018
Objetivo	Evaluar las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos entre los profesionales de la salud en los hospitales terciarios de Nigeria. Evaluar las diferencias en los niveles de estigmatización hacia estos pacientes psiquiátricos utilizando las características demográficas de los profesionales de la salud.
Metodología	Estudio cuantitativo, descriptivo transversal a través de encuestas (CAMI-2)
Muestra	Dos hospitales terciarios en Nigeria (Federal Neuropsychiatric Hospital y Enugu State University Teaching Hospital) Facultativos, farmacéuticos y enfermeras (n=305; enfermeras n=110; ESUTH n=198/305)

Resultados	<p>Escala de autoritarismo (AU): no-estigmatizante Benevolencia (BE): no-estigmatizante Restricción social (SR): no-estigmatizante Ideas comunitarias sobre la salud mental (CMHI): no-estigmatizante</p> <p>Se observa que los profesionales que NO trabajan en SM tienen más actitudes estigmatizantes. Mayor estigma las mujeres. Los profesionales de la salud también discriminan a los enfermos con patología mental de una atención cualitativa tanto en la atención física como en la adaptación social. Los consideran inferiores.</p>
Título	Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals
Autor/es y año de publicación	Porfyri et al., 2022
Objetivo	Evaluar las actitudes de los profesionales sanitarios griegos hacia las enfermedades mentales y las personas que las padecen (medir la presencia y el grado de estigmatización en la atención y la acogida de pacientes psiquiátricos en los principales grupos de profesionales)
Metodología	<p>Estudio cuantitativo, analítico no intervencional. Herramientas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Opinion about mental illness scale (OMI) 9. Social distance scale (SDS) 10. Level of contact report (LCR-12)
Muestra	479 profesionales del Hospital General Papageorgiou (n=479, 40% enfermeras)
Resultados	<p>OMI: Distancia social (SD): Todos los grupos demostraron niveles moderados de actitudes estigmatizantes. Restricción social (SR): en general la mayoría de los grupos (incluidas enf) desaprueban las medidas restrictivas (aunque la DS es alta). Atención social (SC): todos se mostraron de acuerdo en la necesidad de mejorar la asistencia/prestación de cuidados hacia estas personas. Integración social (SI): en general se mostraron reacios a mostrar opiniones positivas (inclusión de estas personas en cualquier actividad de la comunidad). Etiología (E): mostraron ambivalencia hacia la etiología de enfermedad (familia como factor etiológico). SDS: la mayoría de los grupos se mostraron reticentes a interactuar con las personas con enfermedad mental. LCR: Los participantes son conscientes de que en su trabajo implica tener que tratar a personas con enfermedad mental.</p>
Título	Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses
Autor/es y año de publicación	Kolb et al., 2023
Objetivo	<p>Evaluar el estigma entre las enfermeras de EEUU hacia los pacientes con enfermedad mental (evaluar conocimientos, actitudes y comportamiento*). Comparar el estigma entre las enfermeras de unidades médico-quirúrgicas y de salud mental. Identificar factores asociados al estigma. *Intenciones conductuales en lugar de comportamientos.</p>
Metodología	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal. Cuestionario online. Herramientas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Datos demográficos 12. The opening Minds Scale of Health care Providers (OMS-HC) 13. Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

Muestra	Todas las regiones de US. n=395 enfermeras (enfermeras SM + enfermeras médico-quirúrgicas)
Resultados	OMS-HC Enfermeras SM: M total=26.4 (subescala actitudes M= 8.8, subescala disclosure M= 9.7, subescala distancia social M= 7.9). Enfermeras M-Q: M total=33.3 (subescala actitudes M= 13.4, subescala disclosure M= 10.4, subescala distancia social M= 9.5). Menos niveles de estigma en enfermeras de SM. MAKS Enfermeras de SM mayores conocimientos que las enfermeras M-Q. Enf. SM M subescala 1= 26.6 vs Enf. M-Q M= 23.9
Título	“You’re kind of at war with yourself as a nurse”: perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder
Autor/es y año de publicación	Horner et al., 2019
Objetivo	Evaluar las actitudes, percepciones y necesidades de formación del personal de enfermería del ámbito hospitalario en la atención a pacientes con consumo de opiáceos
Metodología	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas en profundidad.
Muestra	Tufts Medical Center, Boston MA n=22 enfermeras (n=10 medicina interna)
Resultados	Estigma: El personal los percibe como molestos u odiosos. “...Muchas veces no entendemos el componente psicológico o que no...” Seguridad y protección: Se realizan registros o revisiones de los bolsos cuando ingresa un paciente o recibe una visita si hay sospecha de que puede traer drogas. <u>Evaluación y tratamiento del dolor:</u> conflicto a la hora de administrar medicación para el dolor por miedo a que contribuya a la adicción. Conflicto con la ética profesional de proporcionar alivio a los pacientes que sufren. Creerse el dolor, a veces el deseo de consumir puede representar adicción y no dolor. Recurrir a medicación menos potente (con el riesgo de descuidar el manejo adecuado del dolor). <u>Comunicación entre los proveedores de salud:</u> los protocolos establecidos a veces se siguen y otras no (adherencia variable entre las enfermeras). <u>Sensación de agotamiento (burnout):</u> “Quieres creerles... no puedo creerle al 100%”. Retraso en la administración de los fármacos. Dudas ante el dilema si prolongar los cuidados cuando sabes que no sirven porque van a seguir consumiendo. <u>Oportunidades. Transición desde el hospital a la comunidad:</u> descuido del apoyo emocional y de roles en el hospital.
Título	“No right place to die”: nursing attitudes and needs in caring for people with serious mental illness at end-of-life
Autor/es y año de publicación	Morgan B, 2016
Objetivo	Explorar las actitudes y necesidades de las enfermeras (enfermeras de cuidados paliativos y enfermeras de salud mental) hacia los pacientes con enfermedad mental grave al final de la vida.
Metodología	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas sobre la experiencia en el cuidado de personas con enfermedad mental grave al final de la vida.

Muestra	N=20 (n=7 enfermeras de cuidados paliativos, n=6 enfermeras de salud mental, n=2 ambas, n=5 otras)
Resultados	La mayoría de los pacientes psiquiátricos, si están muy enfermos, no reciben la atención que necesitan. Estigma y enfermedad mental ; pasan de profesional en profesional (“...supongo que es mi turno otra vez”). Fragmentación de la atención. Efecto de los síntomas de la EM en la comunicación y la confianza ; dirigir la atención al comportamiento, aunque pueda estar teniendo dolor. Necesidades de apoyo y formación para las enfermeras ; sabiendo que no vas a poder arreglar los problemas de la persona no lo intentas, no entras. No hay un lugar adecuado para morir ; en general en todas las unidades existe una falta de atención a estos pacientes en relación a los cuidados paliativos.
Título	An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists and the general public
Autor/es y año de publicación	Fujii et al., 2018
Objetivo	Comparar el estigma asociado a la enfermedad mental (distancia social y actitudes) entre profesionales de la salud (médicos, enfermeras y farmacéuticos) y la población general en Japón
Metodología	Estudio cuantitativo, analítico. Comparación de grupos. Cuestionarios online: 14. Whatley Social Distance Scale (WSDS) 15. Index of Attitudes toward the Mentally Ill (IATM)
Muestra	N médicos= 186 N enfermeras= 161 N farmacéuticos= 192 N Población general= 331
Resultados	WSDS (> 16 deseo de mayor distancia social): M= 14 IATM (> de 33 actitudes más favorables): M= 39 Uno de los factores que puede estar asociado al estigma y que recibió la menor puntuación en el IATM fue “no podemos esperar entender los comportamientos bizarros de las personas con enfermedad mental”, estos comportamientos interfieren en el tratamiento que incluye el diagnóstico, cuidados de enfermería y la orientación en el tratamiento farmacológico.
Título	Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in southern India
Autor/es y año de publicación	Jones et al., 2015
Objetivo	Explorar las experiencias y actitudes de las enfermeras que tratan a pacientes con un intento de suicidio y son ingresados en un hospital general en la India
Metodología	Diseño cualitativo con enfoque interpretativo fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas
Muestra	n= 15 enfermeras (consultas ambulatorias, urgencias, cuidados intensivos, unidades generales, tutoras)

<p>Resultados</p>	<p>Pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El suicidio es un acto impulsivo en respuesta a tensiones con la familia o en las relaciones - Términos: “mentalmente fuerte”, “mentalmente débil” (“no pueden hacer o tolerar nada” P2). Indicador de pobres habilidades de resolución de problemas. - Los problemas de pareja, los estresores y el distanciamiento emocional les hacen desconectar así. Suicidio como método de desconexión y afrontamiento de problemas. - Suicidio = fracaso (uno se suicida cuando fracasa en algo) <p>Actitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despersonalización del paciente y del intento de suicidio: las enfermeras priorizan la atención física y no abordan el tema del suicidio (tema tabú). El soporte emocional es el menos prioritario. - Más empatía cuando el paciente es joven. - Enfoque: aconsejar al paciente qué hacer en vez de explorar las estrategias de resolución de problemas, el estrés o los desencadenantes. - Escucha activa, no juzgar y hablar abiertamente. - Juzgar: aumenta la distancia enfermera-paciente <p>Entorno: El entorno no favorece el cuidado holístico.</p>
<p>Título</p>	<p>“Somebody else’s business”: the challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards</p>
<p>Autor/es y año de publicación</p>	<p>Foye et al., 2020</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Explorar las experiencias del personal en unidades médico-quirúrgicas en la atención a personas con problemas de salud mental.</p>
<p>Metodología</p>	<p>Estudio cualitativo. Entrevista y grupo focal.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Hospital de Inglaterra N= 30 (enfermeras n=6) Entrevistas n=17 2 grupos focales n=10 (total n=20)</p>
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir que los problemas de salud mental no existen / no son parte de su trabajo hace que se desconecte del compromiso de ofrecer atención a estas personas. - Distanciarse de las personas ingresadas que tienen un problema de salud mental hace que se agrave el sentimiento de no poder manejar las situaciones difíciles. - No consideraban parte de sus funciones atender a las personas con enfermedad mental. Les seguían la corriente, pero con resistencia o los derivaban a los servicios de SM para su atención. - No considerarlo parte de su trabajo se traduce en evitar el contacto desatender a los pacientes y que haya más riesgo de efectos adversos. - Haber tenido malas experiencias (intentos de suicidio o actitudes violentas p.ej.) condiciona la atención en posteriores ocasiones. El recuerdo de este tipo de experiencias hace que las enfermedades mentales se asocien con violencia y agresividad. Creando ansiedad. <p>Miedo: pocos conocimientos, se sienten incapaces de manejar situaciones. Evitación y desatención a paciente con riesgo de autolesión.</p>

Título	A qualitative study to investigate Swiss hospital personnel's perceived importance of and experiences with patient's mental-somatic multimorbidities
Autor/es y año de publicación	Aebi et al., 2021
Objetivo	Explorar la importancia percibida y las experiencias del personal hospitalario que atiende a paciente con multimorbilidad física-mental
Metodología	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas.
Muestra	3 hospitales generales en Basilea (Suiza) n=18 (enfermeras n=10)
Resultados	<p><u>Pensamientos y percepciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con enfermedad mental y física tienen menos adherencia a los tto's físicos. - Las enfermeras los describen como "difíciles". - No se puede separar el cuerpo de la mente. - Algunos pacientes son percibidos como manipuladores. - Percepción: esconden sus sentimientos. <p><u>Recursos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se necesita más tiempo para atenderles. - A pesar de que los ingresos en medicina interna p.e. son más largos, los profesionales no saben utilizar ese tiempo para establecer relaciones de confianza. - No hay privacidad ni tranquilidad. - Poca formación y conocimientos por lo que, tienen menor sensibilidad hacia la enfermedad mental. <p><u>Emociones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de comprensión, dificultades para mantener un rol profesional, falta de poder, incertidumbre, enfado y la sensación de falta de apoyo. <p><u>Perspectiva cultural:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad mental es un tema tabú, esta visión hace que aumente la ansiedad e inhibe la atención a las necesidades. <p>Atención focalizada en los síntomas somáticos.</p>
Título	Attitude towards mental illness among staff nurses in a tertiary care hospital- a hospital based cross-sectional study
Autor/es y año de publicación	Mukesh et al., 2017
Objetivo	Entender las actitudes del personal de enfermería hacia la enfermedad mental.
Metodología	Estudio cuantitativo, transversal. Herramienta de medida: The Attitude Scale for Mental-Illness (ASMI)
Muestra	Tb incluidas enfermeras de unidades especiales. N=103

Resultados	Los resultados muestran actitudes positivas en las subescalas: benevolencia, separatismo, estereotipos, estigmatización y aislamiento/restricción. Los resultados muestran actitudes negativas en: pesimismo (predicciones pesimistas).
Título	Stigma form mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital
Autor/es y año de publicación	Grover et al., 2020
Objetivo	Evaluar el estigma de las enfermeras que trabajan en un hospital terciario de la India.
Metodología	Estudio cuantitativo transversal. Herramienta de medida: Community attitudes toward mental illness (CAMI)
Muestra	Enfermeras de distintos departamentos del hospital. N=210
Resultados	<p>CAMI: Authoritarianism= 31.9 Benevolence= 37.2 Social restriction= 37.9 Community mental health ideology= 38.3 Total= 145.3 (actitud positiva hacia la enfermedad mental) Mejores actitudes las mujeres. Actitudes más benevolentes se corresponden con ser más simpático y creerse responsable de administrar los mejores cuidados posibles a las necesidades de las personas con enfermedad mental. Los pacientes con enfermedad mental no deberían ser encerrados.</p>

Nota. Elaboración propia.

A partir de los 12 artículos seleccionados, se han establecido las siguientes categorías para el análisis de los resultados: estigma (estereotipos y actitudes) y cuidados de enfermería (comportamiento / discriminación). Dentro de cada una de las dos categorías se analizan diferentes subcategorías como son, percepciones/pensamientos y actitudes (prejuicios) de las enfermeras para la categoría estigma y, por otro lado, dentro de los cuidados de enfermería se establecen las subcategorías de cuidado físico, cuidado emocional / psicológico, cuidado social y otros comportamientos. Esta información se recoge en el siguiente árbol categorial (figura 10).

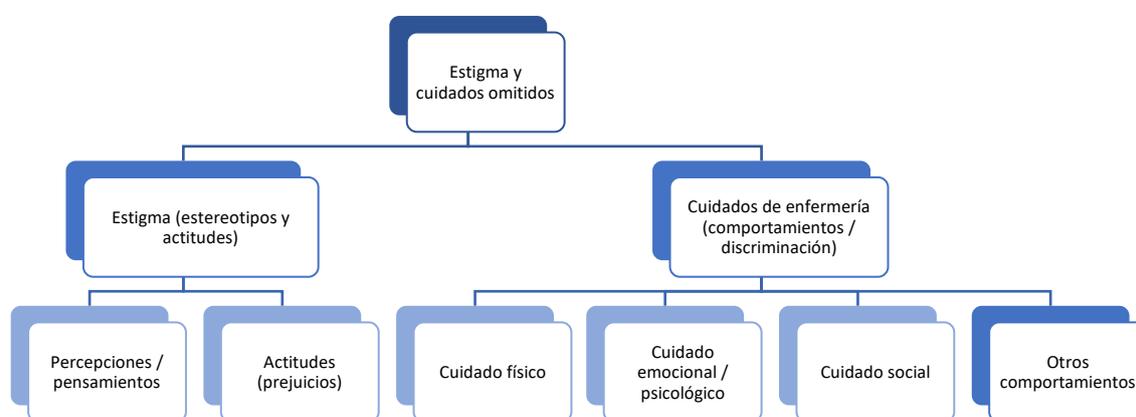


Figura 10. Árbol categorial de resultados.

4.3.1 Estigma (estereotipos y actitudes)

Dos de los artículos seleccionados hicieron una comparación de los niveles de estigma existente entre enfermeras de salud mental (SM) y aquellas que ejercían su labor asistencial en hospitales generales (61,62). La herramienta utilizada para el análisis por Ubaka et al. fue el cuestionario CAMI y dentro de todas las subescalas que incluye este cuestionario los resultados obtenidos apuntan a la no existencia de estigma entre los profesionales. A pesar de que los datos arrojan este resultado, es interesante destacar que las subescalas de autoritarismo (AU) e ideas comunitarias sobre la salud mental (CMHI) se acercaron mucho a la puntuación media (3.0) que se establece para afirmar la existencia de actitudes estigmatizantes, estas puntuaciones fueron 2.87 y 2.61

respectivamente. Esta circunstancia se dio porque algunas de las afirmaciones representadas obtuvieron una media por encima de 3.0. Por otro lado, se observaron diferencias entre los profesionales de SM y los que no lo eran. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en las subescalas de restricción social (SR) ($p < 0.0001$), CMHI ($p < 0.0001$) y AU ($p < 0.004$). Destacar que, además, el género fue determinante en los resultados indicando que las mujeres participantes en el estudio presentaron mayores actitudes estigmatizantes en el total de la escala con un resultado de 2.49 frente a 2.39 (hombres) ($p < 0.008$), a pesar de ello la correlación existente entre ambas variables (género/estigma) fue débil ($r = 0.157$) (62).

Dentro del estudio de Kolb et al., aunque con una herramienta de medida diferente (OMS-HC), los resultados apuntan en la misma línea y, es que, se encontraron diferencias entre profesionales de SM y enfermeras del bloque médico-quirúrgico sugiriendo mayor nivel de estigma entre estas últimas mostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$, $d = 1.07$). Por subescalas estas diferencias se dieron en actitudes ($p < 0.001$, $d = 1.48$) y distancia social ($p < 0.001$, $d = 0.62$). En este estudio, además, se midió el nivel de conocimiento sobre enfermedad mental y se estableció asociación entre los conocimientos y el nivel de estigma (utilizando la puntuación total conseguida con la herramienta OMS-HC) afirmando que existe asociación entre ambas variables siendo esta significativa ($B = -0.656$, $p < 0.001$). Es relevante destacar que también el nivel de conocimientos fue inferior entre las enfermeras del bloque médico-quirúrgico ($p < 0.01$, $d = 0.99$). La puntuación obtenida por las enfermeras médico-quirúrgicas en el cuestionario OMS-HC fue de 33.3 (siendo la máxima puntuación con el nivel mayor de estigma 75 y 15 la mínima puntuación). Por subescalas las mayores puntuaciones estuvieron en la de actitudes e información y búsqueda de ayuda (61).

Dentro del estudio llevado a cabo por Porfyri et al., se encontraron niveles moderados de actitudes estigmatizantes entre profesionales de un hospital general, en este caso los instrumentos utilizados fueron el cuestionario *Opinion about Mental Illness* (OMI) y la escala *Social Distance Scale* (SDS). El factor de la OMI que obtuvo una puntuación más alta y, por lo tanto, mayores niveles de estigma fue la distancia o discriminación social (factor 1) ($x = 24,50$, $DE = 11,20$),

el factor 2 y el 5 (que reflejan mayor estigmatización y actitudes estereotípicas) obtuvieron valores bajos ($x=17,86$ $DE= 8,27$; y $x= 9,63$ $DE=5.14$ respectivamente). En relación a la SDS los resultados obtenidos arrojaron una media de 11,86 ($DE= 4,43$). Teniendo en cuenta que la máxima puntuación es de 21 reflejando ésta el mayor nivel de estigma se confirma que los niveles de estigma son moderados (63).

La distancia social deseada por las enfermeras medida a través de *Whatley Social Distance Scale* (WSDS) en el estudio de Fujii et al., obtuvo una puntuación media de 14 (12.0-16.5) (el deseo de mayor distancia social se sitúa en una puntuación >16) y en relación a las actitudes se reflejó una actitud favorable ($x=39$, 37.0-43.0) (64).

En la misma línea del estudio anterior Mukesh et al. recogieron datos que afirman que las enfermeras tienen actitudes positivas en general hacia las personas con enfermedad mental. A través de la escala *Attitude Scale for Mental Illness* (ASMI) estas actitudes positivas se hicieron visibles en las subescalas de benevolencia, separatismo, estereotipos, estigmatización y aislamiento/restricción. La única subescala que indicó actitudes negativas fue la de predicciones pesimistas (65).

Finalmente, otro estudio que apoya la actitud positiva de las enfermeras hacia la enfermedad mental es el llevado a cabo por Grover et al., donde la puntuación total obtenida a través del instrumento CAMI fue de 145,3 para todo el constructo (66).

Se observa que todos los estudios analizados sugieren actitudes estigmatizantes bajas o moderadas a pesar de estar contextualizados en diferentes países y utilizar instrumentos de medida diferentes. A pesar de esto, hay ítems en las escalas de medida que arrojan peores puntuaciones en la esfera de la distancia social y las predicciones pesimistas, esta última se podría asociar tanto con los conocimientos como con las ideas sobre la enfermedad mental que poseen las profesionales.

Percepciones y pensamientos

Se establece esta subcategoría que corresponde al enfoque que realiza Corrigan sobre el estigma donde los estereotipos son presentados como la estructura

cognitiva del conocimiento, percepciones y pensamientos son los datos recogidos para elaborar este apartado.

En los artículos analizados las personas con enfermedad mental son percibidas por las enfermeras como marginadas sociales y problemáticas en sus relaciones, de clase socio-económica y/o cultural baja (67). Muchas veces se identifican como molestas u odiosas (68), inferiores (62), manipuladoras y difíciles que, además, esconden sus sentimientos (69) o se muestran en actitud defensiva (como si interpusieran una barrera entre el profesional y ellos) (68).

Algunos de los pensamientos que reflejan las enfermeras están en relación a la falta de adherencia a los tratamientos que presentan las personas con EM (tanto somáticos como psiquiátricos) y anticipan los pobres resultados que van a conseguir (69). Otros, como por ejemplo “*no pueden tolerar nada*”, conforman la percepción de que estas personas son mentalmente débiles y que tienen pobres habilidades en la resolución de problemas (70). En relación a estas habilidades el suicidio se presenta como método de afrontamiento o desconexión apoyando la idea de falta de habilidad para hacer frente a las dificultades que pueden surgir en la vida. No sólo esto, el suicidio se percibe como reflejo de la falta de tolerancia al fracaso en cualquier área de la vida (fracaso de la pareja, fracaso como trabajador, como estudiante...) (70).

En el trabajo de Foye et al. las enfermeras que habían tenido algo de experiencia en SM advirtieron, en aquellas que no habían tenido experiencia, que la enfermedad mental era invisible, no la sentían como parte de su trabajo. Además, haber tenido contacto previo con personas diagnosticadas de enfermedad mental y que esta experiencia haya sido negativa hace que las enfermedades mentales se asocien con situaciones de violencia y agresividad, sobre todo, si estas experiencias han sido en un contexto de intento de suicidio o comportamientos agresivos (5).

Actitudes (prejuicios)

Todas la percepciones y pensamientos que se describen en el apartado anterior pueden llegar a tener consecuencias en las actitudes que presentan las enfermeras. Dada esta circunstancia, a continuación, se presentan las actitudes más destacadas.

En general existen dificultades para mantener una actitud profesional entre las enfermeras que atienden a personas con enfermedad mental en unidades fuera de la psiquiatría (69).

Culpar al paciente de lo que le sucede y considerarlo incapaz de hacerse cargo de su situación de salud aporta una visión pesimista de la capacidad de curación que tienen estas personas (67,71). Igualmente, y aludiendo concretamente a diagnósticos de trastorno de abuso de sustancias o adicciones, las profesionales asumen que las personas a las que atienden van a mantener esta conducta de adicción a pesar de la intervención que se realice con ellas, lo que muestra la desconfianza (68) y falta de credibilidad que tienen hacia ellas (71). Algunos de los comportamientos que pueden presentar las personas con enfermedad mental no son entendidos por las enfermeras que prestan cuidados en unidades médico-quirúrgicas (64,68,69). Así, en el estudio llevado a cabo por Fujii et al. el ítem de la escala IATM que menor puntuación recibió refleja esta realidad “*No podemos esperar entender los comportamientos bizarros de las personas con enfermedad mental*” (64), esto queda reafirmado por lo expresado por otro grupo de enfermeras que admitieron tener dificultades de comprensión y falta de sensibilidad hacia las personas con enfermedad mental (69). En ocasiones este conjunto de circunstancias predispone a las profesionales a juzgar a los pacientes (70) y a no confiar en ellos (68) además de generar sentimientos de no poder manejar situaciones difíciles (5). En general las profesionales se muestran reacias a mostrar opiniones positivas en relación a la inclusión de estas personas en las actividades de la comunidad (63).

La ansiedad y el miedo son dos de las emociones que más aparecen entre las profesionales (5,69–71) asociado a los estereotipos de agresividad (5), no saber si van a poder cumplir las expectativas del paciente (71) y como reflejo cultural al considerar la enfermedad mental un tema tabú (69,70). No obstante, un elemento actitudinal que aparece como mediador en el estigma es la empatía, que se da sobre todo cuando el paciente es más joven (70).

En aquellas enfermeras que presentaron actitudes más benevolentes hacia la enfermedad mental se identificaron actitudes de responsabilidad por los cuidados a administrar a estas personas (66).

4.3.2 Cuidados de enfermería (comportamientos / discriminación)

Los comportamientos de las enfermeras son las acciones concretas del componente de discriminación que reflejaría las consecuencias del estigma que existe sobre las personas con enfermedad mental. En general las enfermeras que han participado en los estudios analizados afirman que los síntomas de la EM interfieren en la comunicación y la habilidad de la enfermera para ofrecer una buena atención y, por lo tanto, las personas no reciben la atención que necesitan (71). Una de las razones que aparece como determinante en este sentido se refiere a la incapacidad de las profesionales para utilizar el tiempo de ingreso de forma eficaz (69), como afirmación general podemos decir que los datos recogidos en los apartados anteriores interfieren en los cuidados de enfermería (64).

Cuidado físico

Existen dos comportamientos diferenciados en este sentido. Por un lado, hay estudios que aseguran que se descuidan los síntomas físicos que presentan estas personas (62,67), así lo recogen Rivera-Segarra et al. “(...) *no hacemos nada... les ponemos medicación para intentar controlarlos y luego los mandamos a otro sitio (...).*” (67). Esta afirmación también se refleja en el estudio llevado a cabo entre enfermeras de cuidados paliativos donde se detecta la falta de atención a estos cuidados (71). El manejo del dolor genera conflicto a la hora de administrar analgésico por la dificultad para distinguir la veracidad del discurso de los pacientes (68,71), sobre todo en personas que padecen una adicción a opiáceos (68).

Por otro lado, se recoge la priorización o focalización a la atención física frente a la emocional/psicológica o social. Poniendo en relieve la dificultad para el manejo de aquellos síntomas que no son físicos (69,70).

Cuidado emocional / psicológico

Este tipo de cuidado aparece descuidado y discriminado en varios de los artículos analizados (62,68,70) afirmando que el soporte emocional es menos prioritario y que los temas complicados como el suicidio no se abordan (70).

Cuidado social

El cuidado social es el menos analizado de todos. Dos estudios recogen la falta de atención a esta área (62,68), pero, únicamente el llevado a cabo por Horner et al. destaca el descuido al apoyo de roles (68).

Otros comportamientos

Evitar el contacto con las personas que ingresan por una dolencia física pero que tienen diagnosticada una enfermedad mental es uno de los comportamientos que se recogen en varios estudios donde se destaca el carácter fragmentado de la atención (5,64,67,71). Concretamente entradas rápidas, derivaciones apresuradas y faltas de seguimiento a sus dolencias (67), pasar de profesional en profesional (71), mostrarse reticentes a interactuar y no entrar en las habitaciones (64), no hablar abiertamente de los problemas de salud mental (69) o desatender las demandas (5). Las razones que se esgrimen para esto van en relación a actitudes comentadas, como el prejuicio de no poder ayudarles a solucionar su situación (71) o la necesidad de evitar escuchar discursos incómodos (5). Estas evidencias pueden estar en consonancia con el deseo de distancia social recogido en los estudios que han medido el nivel de estigma (61,63).

El rol profesional o terapéutico también se destaca en los discursos. Así, se reconoce una falta de atención centrada en el paciente (68,70) con comportamientos como utilizar un rol autoritario tanto con pacientes como con familiares (realizar registros y revisiones, falta de amabilidad) (68), juzgar a los pacientes, no practicar la escucha activa y/o aconsejar en vez de explorar estrategias de resolución de problemas (70).

En relación a las medidas restrictivas, área explorada también a la hora de medir el estigma por ser un ítem de las distintas escalas, se identifican contradicciones entre la desaprobación de las medidas restrictivas (63) y los comportamientos de situar a los pacientes con enfermedad mental en habitaciones aisladas (67). Es interesante destacar el carácter diferenciado entre actitud (desaprobación) y comportamiento (aislar a los pacientes) que puede interpretarse en base a la dificultad de poner en práctica aquello que queremos, que no siempre es decisión

personal ya que, pueden mediar recursos materiales, humanos y/o políticas institucionales.

4.4. Conclusiones y limitaciones

No hay estudios ni a nivel nacional, ni a nivel internacional que relacionen el nivel de estigma de las enfermeras con los cuidados omitidos tal y como se planteaba en la pregunta de investigación. No obstante, los resultados obtenidos han permitido realizar un análisis del nivel de estigma de las enfermeras que trabajan en unidades médico-quirúrgicas y detallar los componentes del mismo según el modelo teórico propuesto por Corrigan. Algunas de las afirmaciones realizadas en el marco teórico quedan abaladas por los datos resultantes de las investigaciones de la revisión ya que se observan comportamientos en relación a la distancia social, menores opciones de participación en los tratamientos, prejuicios sobre las personas con enfermedad mental como son el miedo o la ansiedad y estereotipos que perpetúan la imagen de que son personas violentas y agresivas. A pesar de esto, las enfermeras mantienen actitudes poco estigmatizantes lo que contrasta con los comportamientos que demuestran por lo que habría que determinar los factores que están influyendo o mediando en esta situación. Como aproximación se plantea la dificultad de asumir ciertos componentes cognitivos como son pensamientos o percepciones sabiendo que, como personal sanitario, tendríamos que saber acoger y ofrecer cuidados adaptados a cada situación independientemente de nuestras creencias o prejuicios. Sin embargo, asumir la falta de conocimientos y preparación en relación a la enfermedad mental resulta fácil y es ampliamente comentado entre las profesionales.

Aun así, se identifican algunas limitaciones en los estudios utilizados para elaborar los resultados como la heterogeneidad de la metodología, los tamaños de las muestras, los países de aplicación y los instrumentos de medida. Muchas de las investigaciones incluían a profesionales de enfermería, pero, la muestra no estaba compuesta únicamente por estas profesionales lo que ofrece una visión muy limitada de la realidad enfermera. Además, algunos estudios se han centrado en el análisis del abordaje a patologías concretas como podían ser personas con trastorno de adicciones o intentos de suicidio.

5. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

La propuesta de estudio ofrecerá una visión sobre los cuidados que se brindan a las personas que están diagnosticadas de una enfermedad mental. Permitirá establecer una relación entre el estigma que poseen las profesionales enfermeras y los cuidados que se omiten en la atención a estas personas. Hay que tener en cuenta que, los cuidados que se omiten repercuten tanto en la calidad de atención como en los resultados de salud de las personas.

Destacar que, aunque otros estudios han relacionado distintas variables con los cuidados omitidos (ratios enfermera/paciente, ambientes laborales...), ningún estudio realizado hasta ahora ha correlacionado las variables propuesta en este proyecto (cuidados omitido y estigma sobre la enfermedad mental) por lo que, es una propuesta novedosa que puede ayudar a esclarecer el alcance del estigma en los cuidados de enfermería.

6. OBJETIVO E HIPÓTESIS

6.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el estigma en la enfermedad mental que tienen las enfermeras y los cuidados omitidos.

6.2. Objetivos específicos: estudio cuantitativo

- 6.2.1. Evaluar el nivel de estigma que existe entre las enfermeras que ofrecen atención en unidades médicas.
- 6.2.2. Determinar el número de cuidados omitidos a las personas atendidas que tienen diagnosticada una enfermedad mental.
- 6.2.3. Identificar los cuidados omitidos más frecuentes.

6.3. Objetivos específicos: estudio cualitativo

- 6.3.1. Conocer las vivencias de las enfermeras que cuidan a personas con diagnóstico de enfermedad mental en unidades médicas y su posible relación con los cuidados omitidos.
- 6.3.2. Formular una posible explicación y/o teoría de cómo se desarrolla el proceso de estigmatización y cuidados omitidos.

6.4. Hipótesis

El nivel de estigma que tienen las enfermeras sobre personas diagnosticadas de enfermedad mental influye en el número de cuidados omitidos. Hipotetizamos

sobre una relación directa y positiva entre estigma y cuidados omitidos, de forma que, a mayor estigma mayor será el número de cuidados omitidos.

Sabemos que omitir cuidados influye en la evolución de las personas durante sus procesos de salud-enfermedad. Aquellos cuidados que se dejan de hacer condicionan la evolución de las enfermedades dando resultados peores (prolongando los ingresos, favoreciendo las recaídas...). Indagar en las vivencias de las enfermeras en la atención a personas con diagnóstico de enfermedad mental puede ayudarnos a determinar si estas interfieren en la atención a las personas usuarias del sistema de salud.

7. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio y dar respuesta a los objetivos planteados se propone un proyecto de investigación en el que se medirán y analizarán las distintas variables a través de diferentes diseños metodológicos, con instrumentos específicos de recogida de datos y que se llevará a cabo en dos fases, una con métodos de investigación cuantitativos y otra cualitativos.

7.1. Metodología fase 1: estudio de tipo cuantitativo

7.1.1. Diseño de estudio

En una primera fase, para dar respuesta a los objetivos 6.2.1, 6.2.2 y 6.2.3, se plantea un diseño cuantitativo de tipo descriptivo y analítico transversal y observacional donde se estudiarán las características de la muestra y la correlación de las dos variables analizadas (nivel de estigma y cuidados de enfermería omitidos) a través de cuestionarios.

La muestra donde se recogerán los datos serán enfermeras que estén en activo en el momento de la investigación y que trabajen en áreas de hospitalización médicas (medicina interna, cardiología, neurología, neumología, cuidados paliativos, digestivo). Se excluyen unidades de cuidados especiales (debido a las diferencias de atención y cuidados en comparación con unidades de hospitalización médicas) y unidades quirúrgicas (estas últimas por el breve tiempo de ingreso de los pacientes).

Se ofrecerá participar a todas aquellas enfermeras que cumplan con los criterios de inclusión y se incluirán en el estudio a todas las que acepten participar de forma voluntaria.

7.1.2. Población y muestra

Población diana

La población diana serán las enfermeras cuya labor asistencial se desarrolle en unidades médicas de hospitalización.

Población accesible

La población accesible corresponde a las enfermeras de los hospitales que pertenecen a la OSI Araba (Hospital Txagorritxu y Hospital Santiago Apóstol) y que ejercen su labor asistencial en las unidades médicas hospitalarias (medicina interna, cardiología, neurología, neumología, cuidados paliativos, digestivo, nefrología y oncología). Se prevé una muestra de 150 enfermeras aproximadamente, ratio de 16 enfermeras por 40 camas y con un número total de camas que asciende a 748, tomando la mitad (374) como referencia por ser 8 unidades las que pertenecen a la categoría de unidades de hospitalización médicas.

7.1.3. Diseño del muestreo

El muestreo será un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Así, se incluirán en el estudio las enfermeras disponibles en el momento de la recogida de datos o hasta que se alcance el mínimo de muestra suficiente para lograr representatividad en los datos extraídos.

7.1.4. Tamaño muestral

Para llevar a cabo el estudio es preciso disponer de información referente a las/los participantes necesarias/os que tendrán que participar para que los resultados obtenidos sean representativos de la población.

En este caso conocemos el total de enfermeras que trabajan y prestan servicios en las unidades de hospitalización seleccionadas ($n= 150$). Para el cálculo de la muestra la fórmula a aplicar será aquella para poblaciones inferiores a 100 000 unidades (muestras de poblaciones finitas). Se establece un nivel de confianza (NC) del 95% ($z=2 \sigma$) y un error muestral del 5% ($E=0.05$). Para asegurar la

mayor representatividad de la muestra se ha decidido otorgar un valor a p y q de 0,5 respectivamente. La fórmula a aplicar es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Se establece una muestra de 110 enfermeras para asegurar la representatividad de los resultados.

7.1.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería que ejerzan su labor asistencial en unidades de hospitalización médicas en el momento de la recogida de datos, que acepten participar en el estudio de forma voluntaria y firmen el consentimiento informado correspondiente.

Criterios de exclusión

Enfermeras que, aun ejerciendo su labor asistencial en unidades de hospitalización médica, no acepten participar en el estudio.

Enfermeras que, aun teniendo su plaza en la unidad de hospitalización médica del hospital, se encuentren en periodo de incapacidad temporal.

Tampoco se incluirá a estudiantes de enfermería en formación (pregrado).

7.1.6. Recogida de datos

7.1.6.1. Variables sociodemográficas:

Tabla 7. Variables sociodemográficas

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO
Género	Hombre Mujer No binario	Cualitativa Nominal politómica
Edad	Menor de 25 años 25-35 años 36-45 años Mayor de 45 años	Cuantitativa Discreta de intervalo
Experiencia profesional	Menos de 5 años 5-10 años Más de 10 años	Cuantitativa Discreta de intervalo
Experiencia en salud mental	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica
Familiar o amiga/o con enfermedad mental	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica
Unidad de trabajo	Repuesta libre	Cualitativa Nominal politómica

7.1.6.2. Variables a estudio:

Tabla 8. Variables a estudio

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO
Estigma	Nivel de estigma: 20 ítems Escala Likert 1 (totalmente en desacuerdo) – 5 (totalmente de acuerdo) Puntuación 20 (nivel mínimo de estigma) – 100 (nivel máximo de estigma)	Cuantitativa Discreta
Cuidados omitidos	Parte A del cuestionario (28 ítems) Escala Likert 1 (cuidados que siempre se omiten) – 5 (cuidados que nunca se omiten) Puntuación 28 - 140	Cuantitativa Discreta

Se identifica como variable independiente el nivel de estigma y como variable dependiente los cuidados omitidos.

Una variable de confusión que prevé es la experiencia previa (bien profesional, bien personal) que puedan tener las enfermeras participantes con personas diagnosticadas de enfermedad mental.

7.1.7. Instrumentos de recogida de datos

7.1.7.1. Datos sociodemográficos

Se elaborará una hoja de recogida de datos ad-hoc para obtener la información necesaria anteriormente descrita (variables sociodemográficas) (Anexo I), además de acompañarla con una hoja informativa sobre el estudio (descripción, finalidad y disponibilidad de la investigadora) (Anexo II). En la hoja de recogida de datos sociodemográficos se añadirá una pregunta con el siguiente contenido: ¿Estaría dispuesta/o a participar como informante del proyecto a través de entrevistas en profundidad?

7.1.7.2. Escala EVEPEM para el nivel de estigma

Una escala específica que mide el estigma en profesionales de enfermería fue desarrollada en 2019 por Sastre-Rus (52) (Anexo III). Esta escala fue denominada EVEPEM y consta de 20 ítems divididos en tres factores.

1. El factor 1 (F1) se denomina *Violencia y Peligrosidad* (incluyen los ítems 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17) está basado en el paradigma enfermero de la *Persona* y con las experiencias psicobiológicas (ansiedad) experimentadas por la enfermera en la relación con el paciente (están incluidos valores, creencias, prejuicios, miedo, comportamiento, violencia, ocultación de la enfermedad y estereotipos).
2. El factor 2 (F2) se denomina *Incapacidad* (están incluidos los ítems 4,8, 18, 19 y 20) y se relaciona con el paradigma enfermero de la *Salud* y la *Formación de los profesionales de Enfermería* (dentro del mismo se encuentran dimensiones de incapacidad para la recuperación, conocimientos, formación, asertividad y respuesta a la demanda terapéutica).
3. El factor 3 (F3) se denomina *Irresponsabilidad e Incompetencia* (incluyen los ítems 1, 2, 3, 5, 10, 13 y 15) y está relacionado con el paradigma enfermero del *rol/entorno* y la *Actitud de los profesionales de Enfermería* (incluye dimensiones de distancia social, habilidades relacionales, empatía, discriminación, etiqueta diagnóstica, explicación biogenética y contacto).

El formato de respuesta es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo=1 a totalmente de acuerdo=5.

La puntuación máxima se establece en 100 puntos (máximo nivel de estigma) y la mínima son 20 puntos (mínimo nivel de estigma). Para lograr la puntuación final se deben tener en cuenta los ítems positivos que cuentan de manera directa (2, 3, 5, 10, 13 y 15) y los ítems con sentido negativo que puntúan de forma inversa (1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20).

Tabla 9. Distribución de los ítems de la escala EVEPEM según factores, valores mínimos y máximos.

Factor EVEPEM	Ítems	Valor mínimo	Valor máximo
Factor 1. Violencia y peligrosidad	6,7,9,11,12,14,16,17	8	40
Factor 2. Incapacidad	4,8,18,19,20	5	25
Factor 3. Irresponsabilidad e incompetencia	1,2,3,5,10,13,15	7	35
Puntuación EVEPEM global		20	100

Nota. Construcción y validación de una escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM), Sastre-Rus M. 2019 (52).

La validación de contenido se llevó a cabo por 15 profesionales de Enfermería (experiencia en salud mental e investigación) tras la que el número de ítems se ajustó a 20 de los 75 iniciales. El cuestionario arrojó una consistencia interna global de 0.825 (*Alpha de Cronbach*) (0.731 para F1, 0.696 para F2 y 0.626 para F3). En la validez de constructo los resultados también muestran un resultado adecuado.

7.1.7.3. Escala de omisión de cuidados enfermeros (OMICE)

El cuestionario MISSCARE fue elaborado por Beatrice J. Kalisch (37) (Anexo IV) y ha sido validado al español bajo el nombre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS-OMICE (Anexo V). Esta traducción y validación la llevó a cabo por O. Rey en el año 2017 (55).

El cuestionario MISSCARE original es una herramienta de análisis cuantitativo y autoadministrado que está dirigido a enfermeras y a técnicos auxiliares de enfermería (TCAE). Consta de 3 apartados diferenciados, el primero de ellos recoge las variables sociodemográficas del participante, formación y especialidad, condiciones de trabajo y el nivel de satisfacción (20 ítems). El segundo apartado (o parte A) recoge los cuidados perdidos u omitidos mediante

una escala Likert que va de “nunca se omite” (5) a “siempre se omite” (1) (24 ítems). El tercer apartado (o parte B) lo conforman 17 ítems y se recogen las razones por las que no se proporcionan estos cuidados en una escala tipo Likert que va desde “no es una razón para omitir el cuidado” (5) a “razón significativa” (1) (37,55). Las dos secciones (A y B) pueden utilizarse de manera independiente.

La consistencia interna del cuestionario OMICE es de 0.95 para parte A (28 ítems) y de 0.92 para parte B (19 ítems). El tiempo medio de respuesta para este cuestionario al completo es de 15 minutos (55).

Para responder a la pregunta de investigación se utilizará la parte A del cuestionario que recoge los cuidados omitidos.

7.1.8. Análisis de datos

En el análisis de la muestra se utilizará la estadística descriptiva mediante el cálculo de medias (X) y desviación estándar o desviación típica (DE) y/o las medianas (Md) para las variables cuantitativas (años de experiencia laboral y edad). En el caso de las variables cualitativas (género, experiencia con pacientes diagnosticados de enfermedad mental, familiar y/o amigo/o con enfermedad mental) se utilizarán porcentajes y frecuencias.

Para responder al objetivo principal, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables (ambas son cuantitativas) y para poder establecer una relación entre ellas, se utilizará estadística inferencial. Para establecer si existe relación entre ambas utilizaremos la prueba de correlación de Pearson además de calcular la regresión, de esta manera podremos conocer el grado de asociación entre las variables. Para ello establecemos las siguientes hipótesis (NC 95%, con un valor de $\alpha=0.05$, si $p<0.05$ aceptaríamos H1):

H0= no existe relación entre ambas variables

H1= sí existen relación entre ambas variables

Una vez tengamos este cálculo procederemos al cálculo de la regresión.

Para poder responder a los objetivos específicos se utilizará estadística descriptiva e inferencial en función de la naturaleza de las variables aplicando la prueba estadística correspondiente.

7.2. Metodología fase 2: estudio cualitativo

7.2.1. Diseño del estudio

En la segunda fase, y para dar respuesta a los objetivos 6.3.1 y 6.3.2, se plantea un estudio de tipo cualitativo para, a través de un método inductivo, conceptualizar los datos cualitativos obtenidos y elaborar posibles teorías, desde la comprensión y el análisis de las vivencias de las enfermeras durante la atención a personas diagnosticadas de enfermedad mental. Para ello se plantea un diseño cualitativo de investigación basado en la teoría fundamentada (Grounded Theory) mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad (72).

Por otro lado, la metodología cualitativa permite entender los fenómenos sociales desde el punto de vista de las protagonistas (enfoque naturalista y fenomenológico), las enfermeras en este caso concreto, construyendo significados y teorías de la conducta del individuo o grupo (73). La utilización de la entrevista en profundidad como instrumento permite hacer preguntas concretas y obtener información en primera persona a través de los discursos y otros elementos presentes en la interacción (74,75).

7.2.2. Unidades de observación (UO)

Como unidades de observación se identifica a las profesionales de enfermería que ejercen su actividad profesional en unidades médicas de hospitalización. En este caso concreto en los hospitales pertenecientes a la OSI Araba de Txagorritxu y Santiago Apóstol.

7.2.3. Diseño del muestreo

El muestreo se hará por conveniencia y la selección de las informantes se establece en función de la puntuación que las personas participantes tengan en la escala EVEPEM. Más específicamente en aquellas que hayan obtenido niveles altos y medios de estigma.

7.2.4. Tamaño de la muestra

Para obtener la representatividad durante esta fase del proyecto se plantea realizar un muestreo en base a la saturación teórica. Esto permitirá alcanzar información extensa y profunda en relación al tema de estudio para poder responder al objetivo.

7.2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: aquellas enfermeras que hayan contestado a los cuestionario y que hayan obtenido puntuaciones medias y altas en la escala EVEPEM que, además, acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Enfermeras que hayan obtenido puntuaciones bajas en la escala EVEPEM.

Enfermeras que no acepten participar en el estudio o estén en situación de incapacidad temporal.

7.2.6. Recogida de datos

Se tendrán en cuenta las características sociodemográficas de las participantes que configuren la muestra.

Tabla 10. Variables sociodemográficas

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO
Género	Hombre Mujer No binario	Cualitativa Nominal politómica
Edad	Menor de 25 años 25-35 años 36-45 años Mayor de 45 años	Cuantitativa Discreta de intervalo
Experiencia profesional	Menos de 5 años 5-10 años Más de 10 años	Cuantitativa Discreta de intervalo
Experiencia en salud mental	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica
Familiar o amiga/o con enfermedad mental	SI NO	Cualitativa Nominal dicotómica
Unidad de trabajo	Repuesta libre	Cualitativa Nominal politómica

Se identifican como temas a explorar los pensamientos y percepciones en torno a las personas con diagnóstico de enfermedad mental, aquellas emociones que se asocian con dichos pensamientos y percepciones y los comportamientos que identifican en ellas mismas y en sus compañeras. En este último punto se indagará en cuidados que dejan de hacer o retrasan.

7.2.7. Instrumentos de recogida de datos

7.2.7.1. Entrevistas en profundidad

Las entrevistas se realizarán con aquellas enfermeras identificadas como informantes. Para dar respuesta a la pregunta de investigación se plantea realizar una pequeña introducción donde se presente la investigadora y la entrevistada además de rellenar la ficha correspondiente de cada informante (Anexo VI). La entrevista será una conversación abierta donde se permitirá que la persona hable sobre su vivencia en la atención a personas que tengan diagnosticada una enfermedad mental. Si en algún momento surgieran datos que la entrevistadora considere importantes se podrán realizar preguntas con la intención de profundizar más en ese tema concreto. Si hubiera pausas o la informante no supiera continuar se establecen una serie de preguntas guía a través de la definición de los temas principales.

Tabla 11. Temas y preguntas guía para las entrevistas

TEMAS PRINCIPALES	ENFOQUE	PREGUNTAS GUÍA
Pensamientos, percepciones, emociones sobre las personas con enfermedad mental	Recorrer las experiencias en primera persona. Ayudar con algún ejemplo.	<ul style="list-style-type: none"> - Qué pensamientos emergen cuando conoces que un paciente tiene diagnosticada una enfermedad mental antes de establecer un primer contacto y/o cuando recibes esa información de alguna compañera/o. - Existen cambios en el pensamiento una vez conoces a la persona. - Cómo perciben a las personas con enfermedad mental. - Diferencias de percepción y pensamientos en función del diagnóstico. - Emociones/sentimientos antes y durante el abordaje.
Atención a la persona y a la familia	Comportamientos. Cuidados que se dejan de hacer. Visión global de la atención que se presta.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones que identificas cuando tienes que abordar a personas con enfermedad mental. También en las compañeras. - Comentarios que surgen en la práctica. - Cuidados que puedes identificar que no se hacen (en primera personas o en las demás). - Tipo de atención que se ofrece a las familias (contacto telefónico, presencial, información que se les da o no). - Opciones de participación de estas personas en sus cuidados.
Práctica asistencial	Dificultades. Necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción con los cuidados ofrecidos. - Dificultades con las que te encuentras en la práctica. - Necesidades que identificas para realizar un abordaje con confianza y seguridad.

7.2.8. Análisis de datos

Para la segunda fase del estudio (estudio cualitativo) se procederá a la transcripción de las entrevistas grabadas con cada una de las informantes para el análisis de las mismas. Las transcripciones, contendrán información verbal, no verbal y contextual. Se realizará la lectura de cada una de las entrevistas para extraer las palabras o porciones de texto para una primera clasificación y organización de los datos. Estas palabras o textos relevantes se codificarán como categorías, que son las que emergen de forma directa de los discursos que se analizarán (codificación abierta). Posteriormente se organizarán las

categorías en otras de orden superior, con temas o patrones con una mayor amplitud conceptual (codificación selectiva) (76).

Para la interpretación de los datos y establecer las relaciones entre los diferentes temas que hayan emergido y en función del esquema de análisis inductivo que se determine se procederá a la elección del recurso más adecuado para explicar los resultados obtenidos (76).

8. ASPECTOS ÉTICOS

En primer lugar, se presentará el proyecto en el comité de ética correspondiente, Comité de Ética de la Investigación (CEI) OSI-Araba. Una vez aceptado por el CEI se presentará el proyecto en las direcciones de los centros que participarán en la investigación. Para llevar a cabo el proyecto se tendrán en consideración las cuestiones éticas de participación en estudios de investigación y se obtendrán todos los consentimientos necesarios.

La investigación cumple con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Unión Europea, 2016) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (España, 2018) que deroga la Ley Orgánica 15/1999, de 5 de diciembre, de protección de datos personales.

9. PROCEDIMIENTOS Y RECOGIDA DE DATOS

Una vez obtenida la aprobación por el comité de ética, se procederá a contactar con las direcciones de las unidades seleccionadas para participar en el estudio. El contacto con las participantes se realizará a través de las supervisoras de cada unidad y obtener los correos corporativos de las enfermeras en activo. A partir de este momento se procederá a contactar con las enfermeras disponibles vía email (a través de los correos corporativos) informando sobre la investigación y su propósito, se incluirá el enlace a los cuestionarios para facilitar su participación (hoja de recogida de datos sociodemográficos, la parte A de la escala de cuidados omitidos OMICE y el cuestionario EVEPEM para medir el nivel de estigma). También se les facilitará la hoja informativa (anexo I) y de

consentimiento informado (anexo VII) para que puedan rellenarlo en caso de participar en el estudio.

Se establece un periodo de seis meses para recoger los cuestionarios, una vez rebasado este tiempo y si el número de cuestionarios recogidos es suficiente se procederá al análisis del contenido. Si el número de cuestionarios recogidos no fuera suficiente (no alcanzara el número mínimo necesario para ser representativo) se realizaría un nuevo contacto para intentar alcanzar ese número establecido.

Para llevar a cabo la segunda fase del proyecto con aquellas personas que también acepten su participación en las entrevistas, se establecerá contacto vía telefónica para informarles de que han sido seleccionadas como informantes. Se plantea realizar las entrevistas dentro de las propias unidades asistenciales donde ejercen su trabajo las informantes, por lo que, la investigadora se desplazará a estas unidades. Con esto se pretende que se encuentren en un contexto conocido y favorecer su comodidad. Además, se fijarán fecha y hora para las mismas. Las entrevistas serán grabadas y transcritas para su posterior análisis.

10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados de este estudio nos informan sobre el estigma que existe entre los profesionales de enfermería hacia la enfermedad mental y si, este estigma, influye en los cuidados que se les ofrecen a las personas que están pasando por un proceso de enfermedad y que requieren un ingreso y, por lo tanto, cuidados de enfermería. Establecer esta relación nos ayuda a saber si es necesario realizar una intervención con las profesionales de enfermería para intentar reducir el nivel de estigma y que mejoren los cuidados que se proveen. Además de poder establecer las necesidades de las profesionales a la hora de ofrecerles formación para el desarrollo de habilidades. Transversalmente aumentaría la seguridad en el contacto con las personas, se reforzarían las relaciones terapéuticas enfermera-paciente, la calidad de los cuidados mejoraría y también los resultados en salud de las personas. Incluso se podría afirmar que la satisfacción con los cuidados ofrecidos aumentaría (tanto las de profesionales como las de clientes).

11. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En relación a las limitaciones que puede tener este proyecto se identifican las siguientes. Por un lado, se puede producir un sesgo de las personas participantes ya que, contestarán a los cuestionarios aquellas que presenten mayor concienciación con la problemática aquí expuesta. Esto puede derivar en que los resultados obtenidos reflejen niveles de estigma más bajos. Se produciría, por lo tanto, una fotografía parcial de la realidad.

Por otro lado, a pesar del carácter anónimo de las encuestas, a la hora de contestar las preguntas, puede haber una intención de encubrir la realidad por la dificultad de asumir la existencia de cierto nivel de estigma. A pesar de esto, se prevé poder subsanar esta limitación a través de las entrevistas en profundidad.

Una última limitación que puede existir está en relación a la representatividad de los datos si no se consigue el número mínimo necesario de muestra para poder generalizarlo los resultados.

12. CRONOGRAMA

Se establece el siguiente cronograma para llevar a cabo el proyecto presentado en previsión de las diferentes tareas a realizar (figura 11).

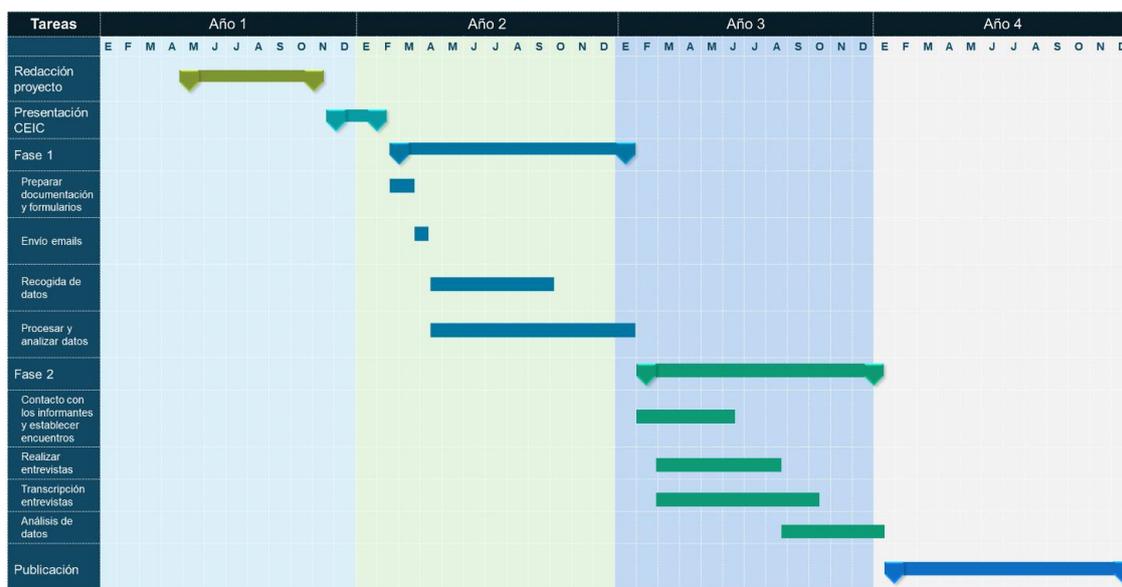


Figura 11. Diagrama de Gantt

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo General de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española [Internet]. 1998. p. 1–26. Available from: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf
2. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Vol. 102, Boletín Oficial del Estado (BOE). 1986. p. 1–38.
3. Congreso de los Diputados. Constitución española [Internet]. La constitución española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo tercero. De los principios rectores de la política social y económica. Artículo 43. 2003. Available from: <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2>
4. Raj CT. The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2022;39(May 2021):73–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.03.005>
5. Foye U, Simpson A, Reynolds L. “Somebody else’s business”: The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020;27(4):406–16.
6. World Health Organization. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Gatell Carbó A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013. 492 p.
8. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. World Health Organization. 2022. Available from: <https://icd.who.int/es>
9. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. [Internet].

2017. p. pp 21-25. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
10. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. [Internet]. BDCAP-Serie 2. 2020. p. 76. Available from: https://cpage.mpr.gob.es/%0Ahttps://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
 11. Asamblea mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. 2013. p. 29. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151028/A66_R8-sp.pdf
 12. Boreu QF, Poch PR, Chia AB, Martin CM, Serra NG, Costa RC. Factores de riesgo cardiovascular, riesgo cardiovascular y calidad de vida en pacientes con trastorno mental severo. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(3):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.010>
 13. Hayes JF, Marston L, Walters K, King MB, Osborn DPJ. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014. *Br J Psychiatry*. 2017;211(3):175–81.
 14. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(4):243–50.
 15. Carswell C, Brown JVE, Lister J, Ajjan RA, Alderson SL, Balogun-Katung A, et al. The lived experience of severe mental illness and long-term conditions: a qualitative exploration of service user, carer, and healthcare professional perspectives on self-managing co-existing mental and physical conditions. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022;22(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04117-5>
 16. Lowe K. Caring for people with mental health conditions in general clinical settings. *Nurs Stand*. 2019;34(6):70–5.

17. Üçok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: A brief overview. *World Psychiatry*. 2008;7(1):58–62.
18. Molloy L, Beckett P, Chidarikire S, Merrick TT, Guha M, Patton D. Culture, the stigma of mental illness, and young people. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58(11):15–8.
19. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. *Norte Salud Ment* [Internet]. 2006;6(26):49–59. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
20. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464–9.
21. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Ment Heal Nurs*. 2010;31:450–5.
22. Smith JM, Knaak S, Szeto ACH, Chan EC, Smith J. Individuals to systems: methodological and conceptual considerations for addressing mental illness stigma holistically. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2022;20:3368–80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00801-5>
23. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev* [Internet]. 2001;27:363–85. Available from: <https://www-annualreviews-org.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
24. Peter SC, Li Q, Pfund RA, Whelan JP, Meyers AW. Public stigma across addictive behaviors: Casino gambling, esports gambling, and internet gaming. *J Gambl Stud* [Internet]. 2019;35(1):247–59. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9775-x>
25. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(2):170–7.
26. Giandinoto JA, Stephenson J, Edward KL. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients

- with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):942–55.
27. D. Birtel M, Oldfield G. Affective, Cognitive, and Behavioral Mental Illness Stigma in Healthcare: A Comparison between General Ward Nurses and the General Population. *Stigma Heal* [Internet]. 2022; Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fsah0000416>
 28. Nóbrega M do PS de S, Fernandes CSN da N, Zerbetto SR, Sampaio FMC, Carvalho JC, Chaves SC da S. Primary health care nurses: attitudes towards the person with mental disorder. *Rev Gauch Enferm*. 2021;42:e20200088.
 29. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):558–67.
 30. Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, et al. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2019;269(3):325–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>
 31. Wang W, Cui H, Zhang W, Xu X, Dong H. Reliability and Validity of the Chinese Version of the Scale for Assessing the Stigma of Mental Illness in Nursing. *Front Psychiatry*. 2021;12:1–9.
 32. Tyerman J, Patovirta AL, Celestini A. How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2021;42(2):153–63. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>
 33. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Front Psychiatry*. 2022;12(January):1–11.
 34. Ordan R, Shor R, Liebergall-Wischnitzer M, Noble L, Noble A. Nurses'

- professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):1543–51.
35. Kalisch BJ. Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):314–5.
36. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509–17.
37. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):211–9.
38. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res*. 2014;36(7):875–90.
39. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, Geest S De, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):126–35.
40. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):116–25.
41. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2086–97.
42. Min A, Kim YM, Yoon YS, Hong HC, Kang M, Scott LD. Effects of Work Environments and Occupational Fatigue on Care Left Undone in Rotating Shift Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(1):126–36.
43. Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, Wu Y, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;86(May):82–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>
44. Sastre-Rus M, García-Lorenzo A, Lluch-Canut MT, Tomás-Sábado J, Zabaleta-Del-Olmo E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic

- psychometric review. *J Adv Nurs*. 2019;75(9):1838–53.
45. Sousa S de, Marques A, Rosário C, Queirós C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(4):186–97.
 46. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental Illness. *Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Ed [Internet]*. 2016;9(3):150–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.02.002>
 47. Luty J, Fekadu D, Umoh O, Gallagher J. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatr Bull*. 2006;30(7):257–60.
 48. Rao H, Mahadevappa H, Pillay P, Sessay M, Abraham A, Luty J. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(3):279–84.
 49. Sanz Calvo J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Rev Española Enfermería Salud Ment*. 2019;(7):4–21.
 50. Wallach HS. Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Ment Health J*. 2004;40(3):235–48.
 51. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev*. 1987;52(1):96–112.
 52. Sastre Rus M. Construcción y validación de una escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM) [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2019. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/667578>
 53. Sastre-Rus M, Tomás-Sábado J, Juliá-Sanchis R, Roldán-Merino JF, Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT. Development and psychometric testing of a scale for assessing the associative stigma of mental illness in nursing. *J*

- Clin Nurs. 2020;29:4300–12.
54. Palese A, Longhini J, Danielis M. To what extent Unfinished Nursing Care tools coincide with the discrete elements of The Fundamentals of Care Framework? A comparative analysis based on a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(1–2):239–65.
 55. Rey Luque O. Validación del instrumento misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados [Internet]. Dialnet. 2017. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158168>
 56. Bassi E, Tartaglini D, Valpiani G, Grassetti L, Palese A. Unfinished Nursing Care Survey: A development and validation study. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2061–71.
 57. Cengia MG, Di Falco A, Allegrini E, Ambrosi E, Brugnaro L, Zambon A, et al. Occurrence and reasons for unfinished nursing care between COVID-19 and non-COVID-19 patients. *Int Nurs Rev*. 2021;69:420–31.
 58. Chiappinotto S, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, et al. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nurs*. 2022;21(1).
 59. Palese A, Navone E, Danielis M, Vryonides S, Sermeus W, Papastavrou E. Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):565–82.
 60. Witczak I, Kołtuniuk A, Rypicz Ł, Panczyk M, Grzebieluch W, Młynarska A, et al. Self-assessment of Rationing and Quality of Nursing Care. *J Nurs Care Qual*. 2022;37(3):E48–53.
 61. Kolb K, Liu J, Jackman K. Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;323–36.
 62. Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiop J Health Sci*.

- 2018;28(4):483–94.
63. Porfyri GN, Athanasiadou M, Siokas V, Giannoglou S, Skarpari S, Kikis M, et al. Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psychiatry*. 2022;13:1–13.
 64. Fujii T, Hanya M, Kishi M, Kondo Y, Cates ME, Kamei H. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018;36(May):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.017>
 65. Mukesh K, Madhumal Palayat A, Francis Yesudas K, Divakaran B. Attitude Towards Mental Illness Among Staff Nurses in a Tertiary Care Hospital- a Hospital-Based Cross-Sectional Study. *J Evol Med Dent Sci*. 2017;6(27):2231–5.
 66. Grover S, Sharma N, Mehra A. Stigma for Mental Disorders among Nursing Staff in a Tertiary Care Hospital. *J Neurosci Rural Pract*. 2020;11(2):237–44.
 67. Rivera-Segarra E, Varas-Díaz N, Santos-Figueroa A. “That’s all Fake”: Health professionals stigma and physical healthcare of people living with Serious Mental Illness. *PLoS One*. 2019;14(12):1–19.
 68. Horner G, Daddona J, Burke DJ, Cullinane J, Skeer M, Wurcel AG. “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS One*. 2019;14(10):1–16.
 69. Aebi NJ, Caviezel S, Schaefert R, Meinschmidt G, Schwenkglenks M, Fink G, et al. A qualitative study to investigate Swiss hospital personnel’s perceived importance of and experiences with patient’s mental–somatic multimorbidities. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):1–12.
 70. Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *J Ment Heal*. 2015;24(6):423–9.
 71. Morgan BD. “No Right Place to Die”: Nursing Attitudes and Needs in Caring

- for People With Serious Mental Illness at End-of-Life. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2016;22(1):31–42.
72. Charmaz K. Grounded theory: methodology and theory construction. In: *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.* 2001. p. 6396–9.
73. Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). *NURE Investig.* 2008;(33):1–5.
74. Evertson CM, Green JL. La observación como indagación y método. In: Ibérica P, editor. *La investigación de la enseñanza II Métodos cualitativos y de observación.* 1st ed. 2012. p. 303–407.
75. Taylor S, Bodgan R. La observación participante en el campo. In: Ibérica P, editor. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación La búsqueda de significados [Internet].* Barcelona; 1987. p. 50–94. Available from: <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
76. Salamanca Castro AB. *El aeiou de la investigación en enfermería.* 2nd ed. FUDEN, editor. Madrid; 2018. 636 p.

ANEXOS

Anexo I: Hoja de recogida de datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, le presento una serie de preguntas en relación a una serie de variables sociodemográficas. Le pido que conteste a todas ellas, muchas gracias:

1. Género

Femenino Masculino No binario

2. Edad

<25 años 25-35 años 36-45 años >45 años

3. Experiencia profesional

< 5 años 5-10 años > de 10 años

4. ¿Tiene experiencia en salud mental?

SI NO

5. ¿Tiene o ha tenido algún familiar o amigo/a con algún diagnóstico enfermedad mental?

SI NO

6. ¿En qué unidad de hospitalización trabaja?

7. ¿Estaría dispuesta/o a participar en las entrevistas en profundidad si tuviera la oportunidad?

SI NO

Anexo II: Hoja informativa

HOJA INFORMATIVA

Proyecto de asignatura: establecer si existe relación entre el estigma sobre la enfermedad mental de las enfermeras de unidades de hospitalización médicas y los cuidados omitidos.

Datos de contacto del investigador/a principal: Shaila Herrero Díaz (shaila.herrero@estudiants.urv.cat)

INTRODUCCIÓN

Me dirijo a usted para informarle sobre este proyecto de investigación que llevaré a cabo.

La intención de este documento es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el mismo.

Por esto le pido que lea atentamente la hoja informativa y, si le surgen dudas o precisa aclaraciones, pueda dirigirse a mí para poder profundizar en estos aspectos.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y que puede decidir no participar, o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es tratar de establecer si existe relación entre el nivel de estigma que tienen las enfermeras y los cuidados omitidos. La información requerida se obtendrá a través de técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, más concretamente a través de una serie de cuestionarios que permitirán medir las variables de forma cuantitativa y, a través de entrevistas en profundidad con aquellas personas que se identifiquen como informantes. En las mismas se plantearán una serie de cuestiones que den pie a un diálogo entre entrevistadora y entrevistada.

Las entrevistas tendrán una duración de unos 60-90 minutos.

Posteriormente se realizará el análisis del material recogido. Con esta información se pretende conocer si existe estigma alrededor de la enfermedad mental, medir el nivel exacto de esta variable, conocer si se omiten cuidados en la atención a personas con enfermedad mental que ingresan en unidades de hospitalización por problemas de salud físicos y conocer la vivencia de las profesionales de enfermería cuando atienden a personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental.

En el caso de las entrevistas, si decide participar en el estudio debe saber que se recogerán los datos en forma de grabación y notas recogidas por la investigadora. Aunque sus datos se recogerán al completo, en el estudio, no figurarán sus datos personales, puesto que se someterán a un proceso de anonimización de manera que nadie externo al proyecto pueda relacionarle con el mismo.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Debe saber que siempre que lo desee podrá interrumpir su participación en el proyecto.

Aunque no recibirá beneficios personales por participar en este estudio de investigación, su colaboración me será de gran ayuda para poder realizar mi trabajo. Además, servirá de guía para entender si existe relación entre las variables estudiadas y cuáles pueden ser las causas para, posteriormente, implementar mejoras o buscar formas de cubrir las necesidades que se identifiquen.

CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a la responsable del estudio, para dejar constancia de su decisión.

Anexo III: Versión definitiva EVEPEM

Nº	Descripción ítem.
1.	Las personas con trastorno mental son una carga para su familia y para la sociedad.
2.	Las personas con trastornos mentales pueden ser tan buenos profesionales como el resto.
3.	Una persona con un trastorno mental puede responsabilizarse del cuidado de sus hijos o menores.
4.	Las personas con un trastorno mental actúan sin pensar en las consecuencias.
5.	El cuidado de un paciente con trastorno mental no me supone más carga que el cuidado del resto.
6.	Las personas con un trastorno mental tienen un potencial de conductas violentas superior al de otras personas.
7.	La mejor opción para la sociedad es aislar a los pacientes con trastornos mentales.
8.	En general las personas con trastorno mental rechazan ayuda terapéutica.
9.	Las personas con trastorno mental tienen más posibilidad de cometer actos delictivos.
10.	Las personas con trastorno mental pueden llevar una vida normal.
11.	Todos los pacientes que ingresan en una unidad de salud mental deben ser aislados las primeras horas.
12.	Todas las personas con trastorno mental tienen conductas inadecuadas.
13.	Trabajar con pacientes con trastorno mental es muy gratificante.
14.	La mayoría de las personas con trastorno mental son peligrosas.
15.	Los pacientes con trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto.
16.	Me provoca miedo el cuidar a personas con un trastorno mental.
17.	Los pacientes con trastorno mental deben estar aislados del resto de pacientes.
18.	Todos los pacientes con trastorno mental acaban reingresando.
19.	Las personas con trastorno mental no son capaces de buscar ayuda por si solas.
20.	Todos los pacientes ingresados en unidades de salud mental precisan contención mecánica.

Fuente: Sastre-Rus M. Construcción y validación de una escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM). 2019.

Anexo IV: Cuestionario MISSCARE

1 of 6

MISSED NURSING CARE (The MISSCARE Survey)
Beatrice J. Kalisch

1. Name of the unit you work on: _____

2. I spend the majority of my working time on this unit: _____ yes _____ no

3. Highest education level:

- 1) _____ Grade school
- 2) _____ High School Graduate (or GED)
- 3) _____ Associate degree graduate
- 4) _____ Bachelor's degree graduate
- 5) _____ Graduate degree

4. If you are a nurse, what is the highest degree:

- 1) _____ LPN Diploma
- 2) _____ RN Diploma
- 3) _____ Associate's degree in nursing (ADN)
- 4) _____ Bachelor's degree in nursing (BSN)
- 5) _____ Bachelor's degree **outside** of nursing
- 6) _____ Master's degree (MSN) or higher in nursing
- 7) _____ Master's degree or higher **outside** of nursing

5. Gender: _____ Female _____ Male

6. Age:

- 1) _____ Under 25 years old (<25)
- 2) _____ 25 to 34 years old (25-34)
- 3) _____ 35 to 44 years old (35-44)
- 4) _____ 45 to 54 years old (45-54)
- 5) _____ 55 to 64 years old (55-64)
- 6) _____ Over 65 years old (65+)

7. Job Title/Role:

- 1) _____ Staff Nurse (RN)
- 2) _____ Staff Nurse (LPN)
- 3) _____ Nursing Assistant (e.g., nurse aides/tech)
- 4) _____ Nurse manager, assistant manager (e.g. administrators on the unit)
- 5) _____ Other [Please specify: _____]

Please turn over to page 2 →

@All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009

224

2 of 6

8. Number of hours usually worked per week (check only one)

- 1) _____ less than 30 hours per week
- 2) _____ 30 hours or more per week

9. Work hours (check the one that is most descriptive of the hours you work)

- 1) _____ Days (8 or 12 hour shift)
- 2) _____ Evenings (8 or 12 hour shift)
- 3) _____ Nights (8 or 12 hour shift)
- 4) _____ Rotates between days, nights or evenings

10. Experience in your role:

- 1) _____ Up to 6 months
- 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
- 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
- 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
- 5) _____ Greater than 10 years

11. Experience on your current patient care unit:

- 1) _____ Up to 6 months
- 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
- 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
- 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
- 5) _____ Greater than 10 years

12. Which shift do you most often work?

- 1) _____ 8 hour shift
- 2) _____ 10 hour shift
- 3) _____ 12 hour shift
- 4) _____ 8 hour and 12 hour rotating shift
- 5) _____ Other [Please specify: _____]

13. In the past 3 month, how many hours of overtime did you work?

- 1) _____ None
- 2) _____ 1-12 hours
- 3) _____ More than 12 hours

14. In the past 3 months, how many days or shifts did you miss work due to illness, injury, extra rest etc. (exclusive of approved days off)?

- 1) _____ None
- 2) _____ 1 day or shift
- 3) _____ 2-3 days or shifts
- 4) _____ 4-6 days or shifts
- 5) _____ over 6 days or shifts

Please turn over to page 3 →

@All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009

225

3 of 6

15. Do you plan to **leave your current position**?

- 1) _____ in the next 6 months
- 2) _____ in the next year
- 3) _____ no plans to leave

16. How often do you feel **the unit staffing is adequate**?

- 1) _____ 100% of the time
- 2) _____ 75% of the time
- 3) _____ 50% of the time
- 4) _____ 25% of the time
- 5) _____ 0% of the time

17. **On the current or last shift** you worked, how many **patients** did you care for? _____

17-a. how many **patient-admissions** did you have (i.e. includes transfers into the unit)? _____

17-b. how many **patient-discharges** did you have (i.e. includes transfers out of the unit)? _____

Please check one response for each question.

	Very satisfied	Satisfied	Neutral	Dissatisfied	Very dissatisfied
18. How satisfied are you in your current position ?					
19. Independent of your current job, how satisfied are you with being a nurse or a nurse assistant ?					
20. How satisfied are you with the level of teamwork on this unit ?					

Please turn over to page 4 →

©All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009

226

4 of 6

Section A — Missed Nursing Care

Nurses frequently encounter multiple demands on their time, requiring them to reset priorities, and not accomplish all the care needed by their patients. To the best of your knowledge, **how frequently** are the following elements of **nursing care MISSED** by the **nursing staff (including you) on your unit**? **Check only one box for each item.**

	Always missed	Frequently missed	Occasionally missed	Rarely missed	Never missed
1) Ambulation three times per day or as ordered					
2) Turning patient every 2 hours					
3) Feeding patient when the food is still warm					
4) Setting up meals for patient who feeds themselves					
5) Medications administered within 30 minutes before or after scheduled time					
6) Vital signs assessed as ordered					
7) Monitoring intake/output					
8) Full documentation of all necessary data					
9) Patient teaching about illness, tests, and diagnostic studies					
10) Emotional support to patient and/or family					
11) Patient bathing/skin care					
12) Mouth care					
13) Hand washing					
14) Patient discharge planning and teaching					
15) Bedside glucose monitoring as ordered					
16) Patient assessments performed each shift					

Please turn over to page 5 →

©All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009

227

5 of 6

	Always missed	Frequently missed	Occasionally missed	Rarely missed	Never missed
17) Focused reassessments according to patient condition					
18) IV/central line site care and assessments according to hospital policy					
19) Response to call light is initiated within 5 minutes					
20) PRN medication requests acted on within 15 minutes					
21) Assess effectiveness of medications					
22) Attend interdisciplinary care conferences whenever held					
23) Assist with toileting needs within 5 minutes of request					
24) Skin/Wound care					

Section B—Reasons for Missed Nursing Care

Thinking about the missed nursing care on your unit by all of the staff (as you indicated on Part 1 of this survey), indicate the **REASONS** nursing care is **MISSED** on your unit. **Check only one box for each item.**

	Significant reason	Moderate reason	Minor reason	NOT a reason for missed care
1) Inadequate number of staff				
2) Urgent patient situations (e.g. a patient's condition worsening)				
3) Unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit				
4) Inadequate number of assistive and/or clerical personnel (e.g. nursing assistants, techs, unit secretaries etc.)				
5) Unbalanced patient assignments				

Please turn over to page 6 →

@All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009 228

6 of 6

	Significant reason	Moderate reason	Minor reason	NOT a reason for missed care
6) Medications were not available when needed				
7) Inadequate hand-off from previous shift or sending unit				
8) Other departments did not provide the care needed (e.g. physical therapy did not ambulate)				
9) Supplies/ equipment not available when needed				
10) Supplies/ equipment not functioning properly when needed				
11) Lack of back up support from team members				
12) Tension or communication breakdowns with other ANCILLARY/SUPPORT DEPARTMENTS				
13) Tension or communication breakdowns within the NURSING TEAM				
14) Tension or communication breakdowns with the MEDICAL STAFF				
15) Nursing assistant did not communicate that care was not provided				
16) Caregiver off unit or unavailable				
17) Heavy admission and discharge activity				

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!

@All rights protected Beatrice Kalisch
Please do not reproduce without permission of the author. January 8, 2009 229

Anexo V: Cuestionario OMICE

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS
Encuesta sobre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS

OMICE

Versión validada al Español (España) del instrumento
MISSCARE Survey (Cuidados Perdidos) de Beatrice J.
Kalisch© 2009 por Rey e IENFERCAN, 2017.

329

1 de 6

OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS
(Encuesta sobre OMISIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS-OMICE)
Versión validada al Español (España) del instrumento MISSCARE
Survey de Beatrice J. Kalisch por O. Rey e IENFERCAN.

1. **Nombre del Hospital** en el que trabaja: _____
2. **Carácter administrativo:**
 - 1) Público
 - 2) Privado
 - 3) Concertado
 - 4) Otros (indíquelo): _____
3. **Nombre de la unidad** en la que trabaja: _____
4. **Tipo de unidad teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atiende:**
 - 1) Especialidades médicas
 - 2) Especialidades quirúrgicas
 - 3) Especialidades tanto médicas como quirúrgicas
 - 4) Unidad Geriátrica
 - 5) Unidad de Cuidados Paliativos
 - 6) Unidad de Urgencias
 - 7) Otros (indíquelo): _____
5. **Paso la mayor parte de mi jornada laboral** en la misma unidad: sí no
6. **Nivel educativo máximo alcanzado:**
 - 1) Educación primaria o equivalente
 - 2) Educación secundaria
 - 3) Título técnico de grado medio
 - 4) Título técnico de grado superior
 - 5) Título universitario grado/diplomado.
 - 6) Máster
 - 7) Doctorado
7. **Si usted es enfermero, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?**
 - 1) Diplomado en enfermería
 - 2) Grado en enfermería
 - 3) Máster o Postgrado en enfermería
 - 4) Máster o grado **en una rama distinta a enfermería**
 - 5) Doctor
8. **Si usted es enfermero, ¿tiene alguna especialidad de enfermería?** no sí
(indíquela): _____

Por favor, pase a la página 2 ➔

©Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch 2009
Versión validada al español (España) por Rey e IENFERCAN, 2017

330

9. Si usted es auxiliar, ¿cuál es el título de mayor cualificación que ha obtenido?

- 1) Título Técnico grado medio
- 2) Título Técnico grado superior
- 3) Grado en Enfermería
- 4) Master o postgrado en enfermería
- 5) Máster o grado en una rama distinta a enfermería

10. Sexo: Mujer Hombre

11. Edad: años

12. Nombre del puesto/cargo:

- 1) Enfermero (Diplomado/Grado).
- 2) Auxiliar (Técnico en Cuidados de Enfermería).
- 3) Coordinador de unidad o turno.
- 4) Supervisor de enfermería
- 5) Otro (indíquelo): _____

13. Situación laboral:

- 1) Laboral: temporal fijo.
- 2) Estatutario: eventual interino con plaza.
- 3) Funcionario.
- 4) Otro (indíquelo): _____

14. Indique el número de horas que habitualmente trabaja a la semana (marque solo una):

- 1) menos de 35 horas semanales
- 2) entre 35 y 38 horas semanales
- 3) entre 38 y 40 horas semanales
- 4) más de 40 horas semanales

15. Horario de trabajo (marque la opción que mejor describa su horario de trabajo):

- 1) Mañanas (turnos de 7 a 12 horas)
- 2) Tardes (turnos de 7 a 12 horas)
- 3) Noches (turnos de 7 a 12 horas)
- 4) Turno rotatorio de mañanas, tardes o noches
- 5) Turno rotatorio de diurnos/nocturnos

16. ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por turno?

- 1) Turno de 7 horas
- 2) Turno de 8 horas
- 3) Turno de 10 horas
- 4) Turno de 12 horas
- 5) Otro (indíquelo): _____

Por favor, pase a la página 3 →

17. Experiencia laboral como enfermero y/o auxiliar:

- 1) 6 meses o menos
- 2) Entre 6 meses y 2 años
- 3) Entre 2 y 5 años
- 4) Entre 5 y 10 años
- 5) Más de 10 años

18. Experiencia en el puesto de trabajo que ocupa en la actualidad:

- 1) 6 meses o menos
- 2) Entre 6 meses y 2 años
- 3) Entre 2 y 5 años
- 4) Entre 5 y 10 años
- 5) Más de 10 años

19. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras ha trabajado?

- 1) Ninguna
- 2) 1-12 horas
- 3) Más de 12 horas

20. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos de trabajo ha faltado debido a enfermedad, lesión o accidente?

- 1) Ninguno
- 2) 1 día o turno
- 3) 2-3 días o turnos
- 4) 4-6 días o turnos
- 5) Más de 6 días o turnos

21. ¿Tiene previsto dejar su puesto actual?

- 1) En los próximos 6 meses
- 2) En el próximo año
- 3) No tengo previsto dejarlo
- 4) Dependerá del tipo de contrato

22. ¿Con qué frecuencia opina que la dotación de personal de la unidad donde trabaja es la adecuada?

- 1) El 100% del tiempo
- 2) El 75% del tiempo
- 3) El 50% del tiempo
- 4) El 25% del tiempo
- 5) El 0% del tiempo

Por favor, pase a la página 4 →

23. ¿Con qué frecuencia opina que su carga personal de trabajo es **excesiva** en relación al tipo de paciente y la dotación de personal?

- 1) _____ El 100% del tiempo
- 2) _____ El 75% del tiempo
- 3) _____ El 50% del tiempo
- 4) _____ El 25% del tiempo
- 5) _____ El 0% del tiempo

24. En el turno actual o en el último turno que trabajó, ¿cuántos pacientes ha atendido? _____

24-a. ¿Cuántos **ingresos de pacientes** ha atendido (incluidos los traslados a la unidad)? _____

24-b. ¿Cuántas **altas de pacientes** ha atendido (incluidos los traslados a otra unidad)? _____

Por favor, marque una respuesta para cada una de las preguntas.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
25. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su puesto actual?					
26. Independientemente de su trabajo actual, ¿cuál es su grado de satisfacción como enfermero o auxiliar de enfermería?					
27. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto al nivel de trabajo en equipo de esta unidad?					

Por favor, pase a la página 5 →

Sección A: Omisión de cuidados enfermeros

Es habitual que el personal de enfermería durante su tiempo de trabajo deba hacer frente a diversas solicitudes de cuidados de manera simultánea, lo cual supone cambios en sus prioridades y no siempre puede proporcionar la atención necesaria a los pacientes. En su opinión, ¿con qué frecuencia su equipo de enfermería, incluido usted, omite o no proporciona los siguientes cuidados, intervenciones o tareas relacionadas con el cuidado del paciente en su unidad? **Marque únicamente una casilla para cada uno de los 28 enunciados.**

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
1) Hacer caminar o deambular a los pacientes tres veces al día o según indicación					
2) Cambios posturales a los pacientes cada 2 horas o según indicación					
3) Dar de comer a los pacientes cuando la comida está todavía caliente					
4) Preparar y ofrecer la comida a los pacientes que comen solos					
5) Administrar medicación en un plazo de 30 minutos antes o después de la hora programada					
6) Evaluar las constantes vitales según indicación					
7) Supervisar y controlar las ingestas/excreciones					
8) Complimentar toda la documentación con los datos necesarios					
9) Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos					
10) Apoyar emocionalmente al paciente					
11) Apoyar emocionalmente a los familiares					
12) Higiene/ Baño/ Cuidados de la piel de los pacientes					
13) Cuidado bucal de los pacientes					
14) Lavado de manos del profesional encargado del cuidado					

Por favor, pase a la página 6 →

6 de 8

	Siempre se omite	Frecuentemente se omite	Ocasionalmente se omite	Raramente se omite	Nunca se omite
15) Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente					
16) Control de la glucemia capilar conforme a la prescripción					
17) Evaluación de pacientes en cada turno					
18) Reevaluación según el estado de los pacientes					
19) Evaluación y cuidados de las vías venosas periféricas conforme a las directrices del servicio u hospital					
20) Evaluación y cuidados de las vías venosas centrales conforme a las directrices del servicio u hospital					
21) Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación					
22) Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita					
23) Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados					
24) Asistir a reuniones interdisciplinarias de equipo relacionados con el cuidado de los pacientes, cuando se celebren					
25) Asistencia a las necesidades de eliminación de los pacientes dentro de los 5 minutos desde su solicitud					
26) Cuidado de la piel y de las heridas					
27) Cuidados relacionados con el patrón de sueño-descanso (respeto de horarios)					
28) Cuidados relacionados con el patrón respiratorio (por ejemplo, manejo de secreciones, administración de aerosoles, fisioterapia respiratoria)					

Por favor, pase a la página 7 →

@Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch 2009
Versión validada al español (España) por Rey e IENFERCAN, 2017 335

7 de 8

Sección B: Motivos por los que se omiten los cuidados enfermeros

Teniendo en cuenta los cuidados enfermeros omitidos por el equipo en su unidad, como ha indicado en la primera sección de esta encuesta, señale el **grado de IMPORTANCIA** de los **MOTIVOS por los que se han OMITIDO dichos cuidados, intervenciones o tareas de enfermería. Marque únicamente una casilla para cada uno de los 19 enunciados.**

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
1) Dotación inadecuada de enfermeros				
2) Situaciones de urgencia con determinados pacientes (por ejemplo, cuando empeora el estado de un paciente)				
3) Aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia en la unidad				
4) Dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (por ejemplo, auxiliares de enfermería, técnicos, secretarios/as de la unidad, etc.)				
5) Asignación descompensada de pacientes				
6) Medicamentos no disponibles cuando se requieren				
7) Inadecuado cambio de turno con el equipo anterior o con el equipo de la unidad que remite o traslada al paciente				
8) No se proporciona la atención requerida en otros departamentos (por ejemplo, no se ha hecho andar al paciente en la sesión de fisioterapia)				
9) Los suministros/equipos no están disponibles cuando se necesitan				
10) Los suministros/equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan				
11) Falta de apoyo o respaldo entre los miembros del equipo				
12) Tensión o problemas de comunicación con otros departamentos DE APOYO				
13) Tensión o problemas de comunicación en el EQUIPO DE ENFERMERÍA				
14) Tensión o problemas de comunicación con el PERSONAL MÉDICO				

Por favor, pase a la página 8 →

@Todos los derechos protegidos Beatrice Kalisch 2009
Versión validada al español (España) por Rey e IENFERCAN, 2017 336

8 de 8

	Motivo muy importante	Motivo importante	Motivo poco importante	No es un motivo para la omisión de cuidados
15) El auxiliar de enfermería no comunica que no se ha proporcionado el cuidado				
16) El profesional responsable del cuidado estaba fuera de la unidad				
17) Elevada carga de trabajo por ingresos y altas hospitalarias				
18) Problemas de funcionamiento o lentitud de los sistemas informáticos				
19) Excesiva carga en labores administrativas				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

@Todos los derechos protegidos Beatrice Kaïsch 2009
Versión validada al español (España) por Rey e IENFERCAN, 2017

337

Anexo VI: Ficha informante entrevista

FICHA INFORMANTE Y ENTREVISTA				
Código informante:		Perfil informante:		Fecha:
Pseudónimo:		A través de (institución/entidad colaboradora):		
Datos de la persona informante				
Localidad/provincia/comunidad autónoma:				
Tiempo que lleva viviendo en esta población:				
Sexo: Edad: Lugar nacimiento:				
Nivel estudios:				
Ocupación actual y anteriores:				
Origen ingresos (prestación, trabajo, rentas, pensión...):				
Ingresos individuales:				
Ingresos totales grupo doméstico:				
Estado de salud (enfermedades relevantes):				
Dificultades:				
Vivienda y estructura doméstico-familiar				
Nº de personas que viven en la vivienda (incluida la informante):				
Tipo de vivienda (piso, vivienda unifamiliar, finca...):				
Régimen de la vivienda (propiedad, alquiler, acogida...):				
Nº.	Parentesco	Sexo	Edad	Profesión
1				
2				
Entrevista				
Síntesis:				
Notas de campo:				

Observaciones:				
Ítems sobre los que nos da información (código o palabra clave):				
Características técnicas:				
Código/nombre archivo audio	Duración (min)	Lugar y condiciones	Hora	Nº págs. transcritas
Entrevistador/a:		Transcriptor/a:		
Notas transcripción:				

Anexo VII: Hoja de consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación: establecer si existe relación entre el estigma sobre la enfermedad mental de las enfermeras de unidades de hospitalización médicas y los cuidados omitidos.

Datos de contacto del investigador/a principal: Shaila Herrero Díaz (shaila.herrero@estudiants.urv.cat)

Yo con NIF/NIE/Pasaporte

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

Sí **No**

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las opciones siguientes:
 - NO autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.
 - SÍ autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

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

Firma del participante