

Sara Franco Quesada y María Marín Saucedo

**VISIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL
CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA:
EL PODER DEL ESTIGMA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Laura Ortega Sanz

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

COMARRUGA 2018

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	3
3. OBJETIVOS	11
4. METODOLOGÍA.....	12
4.1 Diseño del estudio.....	12
4.2 Instrumento de recogida de datos	12
4.3 Población y muestra	13
4.4 Análisis de los datos	14
4.5 Consideraciones éticas.....	14
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
5.1 Sentimientos	16
5.2 Relaciones sociales	19
5.3 Ámbito laboral	21
5.4 Ámbito sanitario.....	22
5.5 Medios de comunicación.....	24
5.6 Causas de enfermedad	27
5.7 Vocabulario empleado.....	29
5.8 Propuestas para luchar contra el estigma	30
6. CONCLUSIONES	33
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	34
8. AGRADECIMIENTOS	35
9. BIBLIOGRAFÍA.....	36
10. ANEXOS	41
10.1 Cronograma	41
10.2 Consentimiento informado.....	42
10.3 Entrevista.....	44
11. ARTÍCULO	48
11.1 Normas de publicación	48
11.2 Artículo desarrollado.....	50

1.INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la salud mental forma parte de la salud y el bienestar tal como se puede ver en su definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

Gracias al estudio ESEMeD-España² podemos conocer que el 19,5% de la población española presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y que el 8,4% lo hicieron en el último año. Este estudio quiso evaluar la epidemiología de trastornos mentales en la sociedad española de tipo estado de ánimo (depresivo mayor y distimia), trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático) y trastornos relacionados con el alcohol (dependencia y abuso).

Si bien es cierto que se observó que los trastornos de ansiedad son más frecuentes que los de depresivos en prevalencia año, finalmente esta relación se ve invertida para terminar siendo más frecuentes los de depresión en cuanto a prevalencia vida, lo que nos indica que estos últimos tienen tendencia a ser más crónicos. Se concluyó que los trastornos más frecuentes eran los de depresión mayor, seguida de la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia.

En cuanto a los factores asociados hallados, la evidencia coincide en que las mujeres, las personas separadas, las personas viudas y ciertos grupos de edad son más propensos a desarrollar algún trastorno mental de los anteriormente citados, además de estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad según el ESEMeD. Actualmente, aun estando en el siglo XXI, sabemos que existe un fuerte estigma en relación con el mundo de la salud mental y en especial con los pacientes con enfermedades mentales.

Con estos datos queremos enfatizar la existencia de un número creciente de enfermedades de salud mental y la importancia de mantenernos familiarizados y en contacto con estas patologías, a la orden del día a nivel mundial. Es por ello que queremos destacar aspectos que pueden perjudicar los cuidados que, como

profesionales, nos pueden afectar de forma negativa a esta aproximación y familiarización. Ejemplo de ello es el estigma social.

El estigma en el mundo de la salud mental ha estado presente desde la época griega hasta llegar a nuestros días pasando por diferentes definiciones. No hay una definición única para poder dar significado a esta palabra, ya que, a lo largo de la historia, muchos autores han realizado estudios sobre el estigma hacia los enfermos mentales, llegando a la conclusión de que hay muchos factores que intervienen para que el estigma se pueda producir, siendo imposible poder realizar una única definición sobre el estigma. No obstante, todos coinciden en que el estigma se utiliza con el fin de desvaluar y/o desacreditar a una persona o a un grupo de minoría numérica.

Con el presente trabajo queremos conocer el nivel de estigma que hay actualmente hacia las personas con trastorno mental, y si existe especialmente en una muestra de estudiantes de enfermería. Además, queremos destacar la importancia de incidir, visibilizar y conocer esta temática, la enfermedad y al enfermo, como la visión que tiene la sociedad, y en concreto la de los profesionales sanitarios para poder mejorar la calidad de vida y los cuidados de estas personas.

2. MARCO TEÓRICO

Durante el siglo pasado hasta la actualidad, el manejo de la enfermedad mental experimenta tres cambios significativos³. En las primeras décadas del siglo pasado, la enfermedad mental deja de concebirse como un estado irreversible y peligroso, sino que pasa a ser un problema sanitario como tal, pasando los asilos a convertirse en hospitales psiquiátricos, con su consecuente diagnóstico, posibilidad de tratamiento y posterior reinserción. En la segunda era, después de la primera mitad del siglo XX, se forma el “Modelo comunitario de atención a la enfermedad mental” considerando que el tratamiento ideal dejaba de ser en instituciones cerradas, y pasaba a implicar a la comunidad (la familia,

residencias...), con la posibilidad de recibir educación, trabajar, de ocio... Ahora estamos ante el comienzo de un tercer giro, el “Paradigma de la recuperación”⁴ esta nueva etapa en salud mental, fomentada por las asociaciones, se caracteriza por identificar como meta final la recuperación, haciendo a los pacientes los protagonistas activos en la evolución de su enfermedad e implicando tanto a los profesionales, como al entorno del paciente. La toma de conciencia y la sensibilidad de la sociedad, junto a la implicación política, institucional, así como de los profesionales sanitarios, y las asociaciones de usuarios y familias, hacen que se pueda dar esta nueva visión de futuro.

Estos cambios en el mundo de la psiquiatría se originan en España sobre los años 60 ya que se detectaron en los llamados manicomios un trato inhumano a los enfermos mentales. Se realizaron cambios políticos referentes a la psiquiatría realizando una Reforma Psiquiátrica a lo largo de los años 80. Esta reforma se recoge en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). En esta reforma se pretendía atender a la Salud Mental como parte integrante del sistema de salud, además de crear nuevos recursos aparte de los centros psiquiátricos y extender la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación de la salud mental a la atención primaria. También se pretendía realizar hospitalizaciones parciales evitando una posible hospitalización de larga estancia. Los nuevos recursos fueron orientados hacia servicios de seguimiento ambulatorio, rehabilitación y reinserción social para poder aumentar el proceso de integración a la comunidad³.

Cuando hablamos de Salud Mental, podemos hablar de los trastornos que acoge el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)⁵ y las características con las cuales se define cada trastorno, podemos hablar de estadísticas, de los pacientes que padecen patologías mentales, de tratamientos... Pero el concepto de Salud Mental es muy amplio, y entre las muchas definiciones e ideas que acoge este concepto no podemos pasar por alto el estigma que sufren con frecuencia los pacientes afectados de alguna enfermedad mental, común en todas ellas. Las percepciones negativas, el estigma y los prejuicios son conceptos que están constantemente presentes cuando nos referimos a personas con enfermedad mental. El estigma hace referencia a un grupo de actitudes, generalmente negativas, que un grupo social

hace sobre otro minoritario a causa de algún rasgo diferencial que este último presenta⁶.

El concepto de “Estigma” ya era utilizado por los griegos. En aquella época se representaba en forma de tatuaje o marca en un cuerpo para poder señalar a las personas que habían cometido algún delito o crimen. Desde hace tiempo en nuestra sociedad, este concepto hace referencia a la identidad social que le otorga a un individuo por parte de la sociedad y que normalmente se refiere a grupos que están en minoría numérica. Evening Goffman⁷ en 1963 definió el concepto de estigma, como “una marca, un atributo desacreditador que lleva a una persona “normal” a convertirse en alguien etiquetado. Son personas que son excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social y que generan sentimientos y pensamientos negativos en los demás hacia ellos, como, por ejemplo, el odio o el miedo”.

Posteriormente, encontramos otros autores como Croker y Cols⁸ (1998) que plantean que: “Los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) cierto atributo o característica que expresa una identidad social devaluada en un contexto social particular”.

En la actualidad podemos encontrar bastante consenso entre diferentes estudios^{6, 9, 10, 11} que hablan de las actitudes que van vinculadas al estigma social y que las podemos diferenciar en estereotipos y prejuicios. Los **estereotipos** son *“un conjunto de creencias (que la mayor parte son erróneas) y que la población las mantiene en relación a un grupo social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valorización de muchas de las características y conductas de dicho grupo”*. Los **prejuicios**, son *“predisposiciones emocionales, habitualmente negativas que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características estas sujetas a creencias estereotipadas”*. Por último, y fruto de estereotipos y prejuicios, podemos encontrar la **discriminación**, que se produce por acciones habitualmente negativas en la que se produce un distanciamiento social hacia la persona o grupo estigmatizado.

Dentro de las definiciones de estigma, podemos encontrar otros conceptos diferenciados, como podría ser el definido por Corrigan¹² y que sería la auto-estigmatización. Este concepto se refiere a la propia devaluación, opinión negativa que tiene el afectado. Este sentimiento es producido debido a la

interiorización de las opiniones negativas y sentimientos de la sociedad que son estigmatizantes. La persona con un trastorno mental vive de manera negativa esta vivencia y conduce a manifestar actitudes similares a las de la población, es decir, acaba asumiendo los estereotipos provocando una baja autoestima, aislamiento social que a la vez es un factor de más estrés aumentado así el riesgo de recaídas e incluso de suicidio.

Para que un colectivo sufra un estigma, este ha seguido un proceso que recibe el nombre de "Proceso de Estigmatización". Este proceso se constituye de unos pasos que lo crean: primero, tenemos el etiquetado de un colectivo donde se determina una diferencia que afecta a un grupo de personas. Después, se les asocia características desagradables a las personas etiquetadas en función de las creencias culturales que hay en la sociedad, por lo tanto, se le considera como un grupo diferente. Al asociarle unas características negativas, tiene como respuesta que a las personas que estigmatizan les invaden sentimientos como el de miedo, ansiedad, compasión... y obviamente, al estigmatizado también les invaden sentimientos como vergüenza, miedo y ansiedad. Con el etiquetado, dicho colectivo pierde estatus y la discriminación les afecta directamente dando resultados desfavorables en diferentes áreas de sus vidas^{6, 13}

En salud mental, la falta de conocimiento o las percepciones erróneas, las actitudes o predisposiciones emocionales hacia estas personas y el comportamiento que ello genera son las bases para que se desarrollen los comportamientos de etiquetado, estereotipado, discriminación... que posteriormente provocan el estigma y que influirán no solamente en el desarrollo o evolución del trastorno, sino también en la vida diaria de la persona, es decir en su integración social y laboral^{6, 14, 15}.

En un estudio hecho con pacientes con esquizofrenia¹⁶, se demostró que el estigma estaba presente en al menos un 49% de personas, los cuales afirmaban haber tenido al menos un evento negativo en relación a su trastorno mental. Y ya no solo por parte de la sociedad como tal, sino en su vida diaria, siendo las situaciones más frecuentes de discriminación negativa, el mantener o hacer nuevas amistades, la discriminación o el trato diferente dentro del núcleo familiar, y casi un tercio de la población afirma tener problemas a la hora de mantener un trabajo.

La causa del desarrollo de estos comportamientos sociales básicamente es la falta de conocimiento¹⁵, pero esta falta de conocimiento a menudo se ve reforzada e influenciada por los medios de comunicación.

La principal fuente de información sobre salud mental de la sociedad es la prensa, por lo que el papel que juegan los medios tiene gran repercusión en cómo será la visión que tendrá la sociedad hacia estas personas.

Como bien indica la guía de la Junta de Andalucía¹⁷, los medios de comunicación tienen un gran poder en la sociedad y por esa razón, tienen un papel relevante para contribuir a eliminar la discriminación que padecen las personas con una patología mental. La información la deben dar de una manera objetiva, rigurosa y **desestigmatizante**. La forma correcta de poder hacer llegar una noticia sin estigmatizar a este colectivo es mediante la buena praxis a la hora de informar utilizando la forma y el lenguaje correcto a la hora de publicar las noticias, de esta manera, evitara influir de forma negativa a la sociedad.

Un ejemplo de mala praxis a la hora de informar a la sociedad es cuando un medio de comunicación, ante sucesos violentos para la opinión pública, atribuye de manera automática a que estos hechos hayan podido ser realizados por personas con alguna enfermedad mental. NO se ha de hacer una equiparación de enfermedad mental con maldad¹⁸.

Según un estudio¹⁹ realizado en base a diversas noticias que hablaban sobre la esquizofrenia, se observó que se utilizaban términos erróneos sustantivando las enfermedades (esquizofrénico) en lugar de referirse a “paciente con esquizofrenia”, también se halló que en más del 80% de noticias delictivas los pacientes figuran como agresores y en mucha menor proporción aparecen como víctimas y también se destaca el uso de metáforas como “inestabilidad” o “excentricidad” para referirse a la esquizofrenia. Lo que a menudo el sensacionalismo, la llamada de atención al lector y en ocasiones el corto espacio que tienen los periodistas para redactar, hace que se generen nuevamente las visiones negativas de la salud mental.

Por este motivo, existen determinadas asociaciones e instituciones^{20, 21} que tratan de reducir el estigma proporcionando información, o haciendo guías de buenas prácticas para reducir la visión negativa de la salud mental en los medios, y con el paso de los años ha provocado una cierta mejoría en las publicaciones.

Una de ellas, que trabaja diversos ámbitos y entre ellos los medios de comunicación, que tanta influencia tienen en la sociedad, es “1decada4”²¹ una iniciativa del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía para reducir el estigma en salud mental. Esta iniciativa entre otras muchas acciones, destaca por su acción en los medios y en los estudiantes de este ámbito, proporcionando talleres, guías y técnicas de comunicación para reducir la visión negativa que se da sobre los pacientes. Esta iniciativa tiene una elevada actividad también en otros ámbitos como son los profesionales socio sanitarios, la población escolar y universitaria, las fuerzas y cuerpos de seguridad, y por supuesto en las personas con problemas de salud mental y sus familiares. Prueba de ello son las publicaciones en redes sociales que las asociaciones de enfermos mentales realizan cuando se habla de un suceso en el que se involucra alguna persona afectada de un trastorno mental, y en el que dan recomendaciones a la prensa de cómo podrían tratarlo con la mayor objetividad y respeto.

En el ámbito sanitario la existencia del estigma hacia los pacientes de salud mental también está presente. Varios estudios^{22, 23, 24} afirman que existe un alto número de profesionales sanitarios que muestran actitudes y opiniones estereotipadas acerca de estos pacientes; afirmando sentimientos de incomodidad, temor o rechazo a la hora de tratarlos, o incluso también se manifiesta el pensamiento de que no deberían ser tratados en hospitales y centros de salud generales, sino en centros especializados de salud mental. La explicación a esta perspectiva en ocasiones está relacionada con la profesión a la que se dedican (dentro del ámbito hospitalario todos ellos) o el nivel de estudios que tienen, siendo factores protectores frente al estigma los estudios universitarios, por lo que nuevamente se pone de manifiesto que la falta de conocimiento y experiencia con pacientes de salud mental tiene relación con el estigma.

Estas actitudes entre los profesionales sanitarios en numerosas ocasiones pueden dificultar el acceso a los servicios de salud, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del trastorno mental o de otras patologías no asociadas a la salud mental de estos pacientes²⁵.

Se afirma también según dos estudios^{26, 27} sobre las actitudes y las creencias de los estudiantes de enfermería sobre las enfermedades mentales, que los

estudiantes que han tenido contacto con pacientes de salud mental (ya sean familiares, amigos o en prácticas clínicas) o que han tenido asignaturas relacionadas, tienden a tener una actitud más positiva y no estereotipada hacia los pacientes de salud mental. Especialmente, indican que después de realizar prácticas clínicas con pacientes de salud mental, dichos estudiantes piensan que las personas con enfermedad mental son menos peligrosas y a la vez disminuye los sentimientos de peligrosidad y miedo.

En otro estudio cuantitativo²⁸ que se realizó en 754 estudiantes de enfermería sobre sus actitudes hacia la salud mental concluyó que la escasa representación de conceptos de enfermería sobre salud mental en dicha carrera influye en las actitudes negativas hacia la salud mental. Por lo tanto, se concluyó también, según los resultados, que una preparación adecuada sobre este ámbito tiene el potencial para incidir en las creencias en salud mental de forma positiva en los estudiantes.

Por lo cual es necesario que la prevención del estigma se extrapole a estudiantes en el campo de la salud. Se deben incluir estas estrategias en la educación, pudiendo evitar en los estudiantes de enfermería u otras disciplinas un posible estigma ante personas con trastorno mental en sus futuras profesiones. Como hemos podido conocer en un artículo²³, que habla del estigma en los hospitales generales, una manera de prevenir dicho estigma hacia personas con enfermedad mental es activando mecanismos de prevención. Estos mecanismos se realizarían a través de un adiestramiento y actualización, partiendo de cursos que ayuden al conocimiento de este tipo de pacientes y/o las patologías mentales a cargo de expertos en salud mental.

Para combatir el estigma social, se proponen una serie de recomendaciones y acciones, entre las que destacamos a los profesionales de la salud, de la comunicación y de la educación, así como empresarios, agentes sociales y asociaciones mentales como agentes activos para dirigir las intervenciones de integración y reducción del estigma. Otra acción importante es la adaptación del personal y el entorno en las unidades de psiquiatría para cubrir las necesidades, la dignidad y la libertad de los pacientes. También la reducción de las estancias hospitalarias, fomentando alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de estas personas. Estas y otras medidas forman parte de uno

de los objetivos de las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud³, que tiene como propósito erradicar el estigma y la discriminación de estos pacientes.

Por lo tanto, un aspecto clave para poder hacer frente al estigma desde diferentes ámbitos, es conocer la correcta identificación de este y la medida para saber dónde actuar, cómo hacerlo y poder evaluar la efectividad de las intervenciones.

Por ello, el objetivo de este trabajo se basa en analizar si existen percepciones estigmatizantes en los estudiantes de enfermería, y como se asemeja o se diferencia **la forma de pensar** de los participantes. Es interesante poder analizarlo ya que dichos estudiantes en un futuro serán profesionales sanitarios y el prejuicio que tengan ante estas personas afectará a la hora de ofrecerles unos cuidados.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar e identificar el fenómeno del estigma en estudiantes de enfermería sobre las personas con patología mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Examinar la existencia de prejuicios y estereotipos a pacientes de salud mental en el ámbito académico.
- Identificar los factores que generan prejuicios hacia los pacientes de salud mental en el discurso de los alumnos de enfermería.
- Analizar la percepción y emociones de los estudiantes de enfermería hacia personas con trastorno mental según el contacto con este colectivo.
- Identificar el rol educador de la enfermería como factor protector en la salud mental.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio.

Para realizar nuestro estudio y poder identificar y analizar el estigma desde la perspectiva de los informantes utilizamos la investigación cualitativa y dentro de ella utilizamos el método fenomenológico. Con la metodología fenomenológica pudimos conocer y analizar la realidad que vive cada participante y ver cómo perciben y dan significado al fenómeno social que queremos estudiar ya que este método permite conocer la vivencia y la manera de vivir los fenómenos de la vida por parte de los seres humanos²⁹.

4.2 Instrumento de recogida de datos

Para llevar a cabo esta metodología utilizamos como herramienta para la recogida de datos las entrevistas en profundidad semi-estructuradas. En este tipo de entrevistas, se establece una conversación cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado³⁰. Se plantearon una serie de preguntas que, en este caso, estaban orientadas hacia los factores que son los más comunes para que se origine el estigma en los enfermos mentales y qué percepción, opiniones y expectativas tenían los estudiantes de cuarto de enfermería de la Universidad Rovira Virgili, basándonos en su conocimiento y /o contacto con personas con patología mental.

La guía de preguntas que utilizamos sirvió para tener en cuenta todos los temas que creemos relevantes sobre los cuales debíamos indagar, pero, gracias a este tipo de entrevista, las respuestas dadas por el entrevistado podían generar nuevas preguntas al entrevistador y aparecieron factores/ temas que no habían sido planteados al inicio y que pueden ser interesantes posteriormente. Basándonos en el artículo de López et al.⁶ hemos hallado algunos de los factores más relevantes que son los causantes del estigma de la sociedad hacia este colectivo. Entre ellos están: *“peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos (“prejuicios”) de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre “manteniendo la distancia”*. Otros factores que se tienen en cuenta son los

relacionados con los déficits de habilidades sociales: déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión.

Y según el estudio de Muñoz et al³¹, también podemos hablar de otros factores que influyen generando estigma: *“La apariencia física: higiene personal, forma de vestir... Y sobre todo las etiquetas, aquellas personas de las que se sabe que tienen una enfermedad mental, son víctimas del estigma asociado a la enfermedad mental”*.

4.3 Población y muestra

Para nuestra investigación seleccionamos a cuatro participantes de manera intencional. Los informantes son estudiantes de cuarto de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Nuestra muestra se obtuvo reclutando dos estudiantes que hubiesen tenido contacto con personas que padecen una patología psiquiátrica y otros dos estudiantes que no lo hubiesen tenido.

Aparte de este criterio para elegir a los participantes, establecimos los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

	CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
PARTICIPANTES CON CONTACTO CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años. - Haber tenido contacto con personas que padecen algún trastorno psiquiátrico. - Estudiantes de 4º de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili 	<ul style="list-style-type: none"> - Padecer o haber padecido alguna enfermedad mental.
PARTICIPANTES SIN CONTACTO CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años. - Estudiantes de 4º de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener familiares y/o amigos cercanos con enfermedad mental. - Haber tenido contacto con personas que padecen algún trastorno psiquiátrico. - Padecer o haber padecido alguna enfermedad mental.

4.4 Análisis de los datos

Para analizar los datos recopilados en las entrevistas, utilizamos el análisis de contenido temático³². Esta técnica nos permitió fragmentar el discurso de las entrevistadas y dividirlo en categorías, para así posteriormente analizar y comprender las ideas de las entrevistadas.

Para ello contamos con la categorización mixta, es decir, previamente a la entrevista concretamos las categorías o temas que creíamos que podían emerger durante la entrevista en base a los conocimientos que teníamos gracias a la bibliografía consultada (como son los factores de estigmatización), y a su vez dejamos abiertas estas categorías para incorporar otras nuevas que podrían surgir a posteriori a partir del discurso de los participantes.

Las categorías que previamente seleccionamos fueron:

- Sentimientos
- Relaciones sociales
- Ámbito laboral
- Ámbito sanitario
- Medios de comunicación

4.5 Consideraciones éticas

Para la realización de las entrevistas, las participantes fueron informadas del objetivo del estudio y se les facilitó el consentimiento informado que tenían que firmar para participar. En este documento se explicaba la temática del estudio, que básicamente es el análisis del estigma en Salud Mental en estudiantes de enfermería, y que con sus respuestas y opiniones nos ayudarían a realizar el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

En todo momento se respetó tanto el anonimato de las participantes como la confidencialidad de los datos facilitados durante las entrevistas, y así se les hizo saber a las entrevistadas.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación que hemos realizado coinciden con diversos estudios consultados sobre el estigma y la salud mental. Por otro lado, sabemos que la muestra analizada es insuficiente para que dichos resultados sean extrapolables.

Previamente a realizar las entrevistas, en la metodología concretamos cinco categorías o temas alrededor de los cuales se basaría nuestra entrevista, y al ser una categorización mixta, esta clasificación quedó abierta a la incorporación de otras nuevas.

En un primer momento las categorías fueron: Sentimientos, relaciones sociales, ámbito laboral, ámbito sanitario y medios de comunicación.

Tras las entrevistas, emergieron dos categorías más que consideramos importantes incluir: causas de enfermedad y vocabulario estigmatizante

Por lo que los resultados que hemos obtenido, finalmente fueron analizados por las siguientes categorías:



Figura 1. Categorías temáticas.

5.1 Sentimientos

A medida que se desarrollaron las entrevistas, se revelaron algunos sentimientos y sensaciones que las participantes tenían ante diversas situaciones. Algunas de las preguntas eran directamente formuladas para saber qué sentimientos tenían frente a algunas situaciones, pero en otras ocasiones fueron las propias participantes las que manifestaron las emociones que sentían o habían sentido en diferentes circunstancias. La mayoría de estos sentimientos hallados son debido a los conocimientos preconcebidos y prejuicios que las participantes tienen frente a los pacientes de salud mental, o que tienen frente a diversas situaciones. Analizamos los que más nos llamaron la atención, y que con más frecuencia se repetían relacionándolos con algunas situaciones que posteriormente las participantes reconocen condicionantes frente a cómo tratar y actuar con este tipo de pacientes.

Las sensaciones que se repitieron con más frecuencia se asemejan a un sentimiento de **compasión o tristeza**. Las cuatro participantes manifestaron en algún momento de su discurso esta sensación. La participante 1 lo hace cuando le preguntamos sobre sus sensaciones frente a las prácticas, dice que trata de **empatizar** con estas personas y con su situación, lo que al final le provoca **compasión** en el trato con ellos; la misma participante manifiesta posteriormente un sentimiento de **pena** cuando le comentamos acerca de su reacción sobre que a un vecino le diagnostiquen un trastorno mental, ella dice que le genera pena, que preferiría cualquier otro tipo de enfermedad antes que alguna mental, por las responsabilidades y el cuidado que conlleva el tratamiento de este tipo de patologías. A la entrevistada 2 le genera **tristeza** los pacientes en sí, ya que considera que tienen una vida más difícil, con menos oportunidades que otras personas debido a la exclusión social. Cuando le preguntamos a la participante 3 si tendría una relación con un paciente con un trastorno mental, manifiesta que “me sabría mal decirle, no quiero nada contigo por esto...” lo que interpretamos como **compasión** al rechazar a una persona por el hecho de tener este tipo de enfermedades, lo que quizá también se interpreta algo de sentimiento de **culpa** por su parte, al manifestar esto. La entrevistada 4 recuerda una charla en clase donde vinieron unas personas con patologías mentales a darnos una charla, y manifiesta haber sentido **pena**, incluso reconoce haber

llorado durante la charla, al ver el sufrimiento que soportaban estas personas a causa del estigma social al que están expuestos.

El **miedo** se ve manifestado en la participante 2 cuando se le pregunta acerca de lo que sentiría si a un vecino le diagnostican de esquizofrenia, ella manifiesta sentir ese **miedo** porque no sabe si estaría tratado, si realmente llevaría un seguimiento; también vuelve a nombrar el **miedo** y la **angustia** consigo misma y con sus familiares cuando le preguntamos sobre la posibilidad de que construyeran un centro de Salud Mental cerca de su casa, justifica estos sentimientos debido a que considera que estos pacientes no tienen control de sus propias emociones ante un brote psicótico, lo que les hace más impredecibles. La entrevistada 3 coincide con ésta con el centro de Salud Mental cerca de su casa, ésta misma no nombra la palabra *miedo* como tal, sino que se interpreta un poco de aprensión frente a esta situación cuando dice “Sí que me daría respeto” el hecho de que haya un centro de estas características, y no por ella misma sino por sus familiares, lo que también podíamos catalogar esto como cierta **desconfianza** al vivir en el mismo entorno de este hospital; ella misma reconoce el **miedo** frente a las prácticas de Salud Mental al no saber abordar correctamente, o no tener los conocimientos suficientes para manejar un paciente de Salud Mental, coincidiendo también en esta situación 4 otra de las participantes, la cual reconoce **miedo** y **peligrosidad** ante la actuación de los pacientes.

Otro de los sentimientos que se repite con frecuencia es la **impredecibilidad**. La entrevistada 2 es la que manifestó **miedo** y **angustia** cuando le preguntamos sobre la posibilidad de que construyeran un centro de Salud Mental cerca de su casa, justifica estos sentimientos debido a que considera que estos pacientes no tienen control de sus propias emociones ante un brote psicótico, lo que les hace más **impredecibles**. Las participantes 3 y 4 también manifiestan **impredecibilidad** cuando se les pregunta por las prácticas de salud mental, ambas reconocen no saber exactamente cómo va a actuar el paciente en un ingreso, o durante su estancia en el centro, dicen no saber de qué manera pueden reaccionar los pacientes a la situación (la participante 3 dice que “no sabes si te puede pegar, si te puede chillar, no sabes nada”) o cómo pueda interpretar el paciente la intervención de ella, este pensamiento puede estar

relacionado con la *fragilidad*³³ que se achaca a estas personas, caracterizada por la creencia de que nuestra manera de actuar o interaccionar con ellos pueda desatarles en una crisis o agudización. La misma, manifiesta nuevamente este sentimiento de **impredecibilidad** cuando le preguntamos si tendría una relación con una persona con un trastorno mental, la cual lo rechaza porque dice que no sabe si en algún momento le puede hacer algo, que no podría controlarlo. El sentimiento de impredecibilidad es uno de los más frecuentes que la sociedad piensa sobre estos pacientes, a pesar de que sea una caracterización poco frecuente³³.

Tres de nuestras participantes reconocen en su discurso **peligrosidad** cuando hablamos de estas personas. Las tres reconocen la posibilidad de *peligro*, de *riesgo*, de sufrir *agresiones*. Manifiestan esto como posibilidad de que ocurra durante sus prácticas, es decir en un ámbito de atención sanitaria. Las entrevistadas 3 y 4 achacan este riesgo a la **impredecibilidad** de la que hablábamos antes, la otra participante, la 1, contempla estas posibilidades, pero su manera de afrontar estas situaciones es “con vigilancia” o “con cuidado” frente a esta posibilidad de peligro, dice que “si tú haces las cosas como toca, y trabajas en equipo, no hay riesgo de que tú sufras ninguna cosa, ni hay peligro de que, de ser dañado” también dice que frente a las situaciones en que tenga un paciente de Salud Mental irá acompañada por otro profesional a atenderlo. El sentimiento de peligrosidad en nuestras participantes está asociado a la creencia de impredecibilidad y también a que tienen un riesgo de sufrir alguna agresión al tratar con estos pacientes, estos sentimientos coinciden también con lo que el 40,5%³³ de los pacientes manifiestan haber sufrido esta atribución de *peligrosos*.

Otro sentimiento que se manifestó con menos frecuencia, pero consideramos importante destacar, fue el de **inquietud**. La participante 1 reconoce esto cuando le preguntamos por los conceptos *salud mental*, *estigma*, *esquizofrenia*, *psicosis*, dice que al ser estudiante ya está más familiarizada con estos conceptos, pero aun así reconoce que siguen provocándole algo de **inquietud** y **curiosidad**. La entrevistada número 2 en este sentido nos habla de **inquietud** y **nerviosismo** ante el inicio de las prácticas de Salud Mental, ya que era la primera vez que las hacía, y explica que lo sentía frente a la posibilidad

de no saber bien abordar según qué situaciones, también manifiesta que posteriormente sus sentimientos han evolucionado más positivamente hacia la **empatía** por estos pacientes. En cuanto a este entorno de prácticas, la entrevistada 4, que aún no ha iniciado las prácticas, nos dice que siente **respeto** y **limitación** frente a ellas, debido a los comportamientos impredecibles que cree que puede encontrarse en los pacientes y manifiesta poderse ver limitada a la hora de interactuar con ellos.

5.2 Relaciones sociales

Durante la realización de la entrevista dedicamos una parte de ella a conocer que opinaban nuestras entrevistadas sobre las relaciones sociales, más concretamente en las relaciones sentimentales con una persona con alguna patología mental. Proponíamos la situación de que ellas conocían a una persona por una aplicación y que mutuamente se gustaban mucho y que iban a quedar para verse y que esa persona antes de verse les comenta que padece un trastorno mental y nuestra pregunta se basaba en cómo reaccionarían.

La entrevistada 1 ante esta pregunta comenta que sí quedaría con esa persona pero que **no tendría ninguna relación más allá de una amistad**, muestra un rechazo ante una posible relación sentimental. Cree que no sabría cómo gestionar el tener una pareja con un trastorno mental y cree que sufrirá mucho. Por otro lado, comenta que si ya tuviese pareja y esta desarrollara una enfermedad mental sí que la apoyaría y estaría con él.

La entrevistada 2 ante la misma situación deja claro que posiblemente **se echaría para atrás y dejaría de conocer a la persona**, que se lo diría de una manera en que no le hiciese daño, pero afirma que no tendría ninguna relación sentimental. A diferencia de la entrevistada 1 opina que si estuviese con una persona con la cual lleva poco tiempo y luego sabe que tiene una enfermedad mental quizás también la dejaría. Por tanto, muestra un rechazo ante cualquier relación sentimental con una persona con algún trastorno mental.

La siguiente entrevistada 3, sigue la línea de las anteriores. Aunque da varias respuestas contrarias entre ellas su respuesta final es que se vería muy afectada por tener una relación con una persona con trastorno mental ya que dice que quizás ella llevaría la carga de la relación y que quizás acabaría afectando a su salud mental. Piensa que puede haber una falta de control en los síntomas y por lo tanto existe riesgo de peligrosidad. Finalmente, tras formularle la pregunta de manera más sencilla contesta que **no tendría una relación sentimental** con esa persona pero que se lo diría enmascarando la respuesta con otro motivo “le diría que no me gustan sus ojos o algo así”.

Y, por último, la entrevistada 4 opina que **tampoco tendría una relación sentimental**, tendría más bien una relación de amistad. Nos explica que cree que ella lo pasaría muy mal con una relación con una persona con algún trastorno mental. Sin embargo, opina que si a su marido ahora se le diagnosticara un trastorno mental seguiría con él, le apoyaría. En esto último coincide con la entrevistada 1.

En conclusión, podemos decir que **ninguna de las cuatro comenzaría una relación sentimental con una persona con trastorno mental** la cual les habría anticipado que padece este tipo de patologías. Viendo las respuestas observamos que existe estigma en relación a los sentimientos que les despierta desconfianza y peligrosidad. Solamente la entrevistada 1 y 4 piensan que sí apoyarían a sus parejas de larga duración si les diagnosticaran alguna patología mental. Estos sentimientos y prejuicios, nos atreveríamos a decir, que percibimos que parten del desconocimiento real sobre los trastornos mentales y por el estigma general de la mayor parte de la población.

En otra pregunta de la entrevista les planteamos la situación que en vez de ser ellas, es una amiga quien les cuenta que está saliendo desde hace poco con un chico y que éste le cuenta que tiene un trastorno mental. Las entrevistadas 1 y 3 apoyarían a su amigo/a a que siguieran con la relación, **pero con advertencias** como “le diría que vigilara y que se asegurase de que toma la medicación”, “que no se asustara por cosas que él/ella le pudiese decir”. Por otro lado, la entrevistada 2 **no tiene una visión positiva** sobre una relación con una

persona con trastorno mental y le diría que “se lo pensara bien y que aún estaba a tiempo de echarse atrás”.

Y la entrevistada 4 apoyaría sin ninguna duda a su amiga ya que como anteriormente comentó en la pregunta anterior, si su pareja sufriera algún trastorno mental no lo dejaría.

5.3 Ámbito laboral

En otra parte de la entrevista queríamos indagar sobre que opinaban nuestras entrevistadas acerca de las personas con alguna patología mental y el ámbito laboral.

La primera pregunta sobre este tema trataba de que si una persona con trastorno mental debería decir en las entrevistas de trabajo que lo padecen.

La participante 1 explicó que ella pensaba que sí tendrían que decirlo ya que pueden “**pasar cosas**”, por si hay una descompensación en la patología de la persona. Matiza que cree que habría que decirlo tanto si padece una enfermedad mental como con cualquier otra (diabetes). Sabe que la persona corre el riesgo de ser estigmatizado, pero al menos tendría que decírselo a alguien.

La participante 2 también comparte la idea que la persona tendría que decirlo ya que cree que, si no, es omitir una información importante por si esa persona, en algún momento, sufre algún “**brote**”. Por otro lado, también piensa que al decirlo puede perder muchas oportunidades laborales.

Las participantes 3 y 4 por lo contrario piensan que no tendrían por qué comentar nada. Más concretamente la participante 3 cree que, si no va a afectar al trabajo que va a realizar, no hay necesidad de comunicar que la persona padece una enfermedad mental. Y la participante 4 lo justifica diciendo que si la persona está bien y pierde una oportunidad de trabajo por decirlo es muy injusto. Además, piensa que si la gente del entorno laboral se enterara podría sufrir estigma, discriminación... así que ella cree que no tendría que decirlo.

Proponemos otra situación en la cual una enfermera con trastorno bipolar consigue trabajo en la unidad de maternidad. La pregunta se basaba en si había que adaptar el trabajo a la enfermera por su patología. La entrevistada 1 respondió que no, que, esa enfermera estará capacitada, aunque tenga algún trastorno. La entrevistada 2 coincidía con la 1, cree que tampoco habría que adaptar el trabajo si esa persona está capacitada y estable. La participante 3 opina que tampoco habría que adaptar el trabajo, aunque puntualiza en que la enfermera se lo debería contar a la supervisora y ver hasta qué punto está controlado, si se medica... Pero que, si está controlado, ¿por qué no?

En la respuesta de la entrevistada 3 vemos que se contradice con la respuesta de la situación anterior en la cual opina que una persona con TM no tiene por qué decir que padece este tipo de patologías. Y por último la entrevistada 4 se muestra dubitativa ante la pregunta, no sabe si tendrían que adaptárselo o no.

En la última pregunta sobre este tema se expone la idea de que “una persona con trastorno mental solo puede trabajar en centros especiales de trabajo diseñados para ellos”. La participante 1 responde que no porque cree que eso es estigmatizar. Las participantes 2 y 4 están de acuerdo con esta frase ya que creen que tener un trastorno mental no deja desempeñar las funciones de un trabajo complicado y que además la medicación suele dejar muy somnolienta a la persona. La 4 puntualiza que cree que en estos trabajos especializados estarán “**más controlados**”. Aquí podemos ver un sentimiento de desconfianza, peligrosidad ante una persona con una patología mental. La participante 3 desconocía que estos centros especiales de trabajo existiesen.

5.4 Ámbito sanitario

Durante nuestra entrevista se les hicieron a las participantes algunas preguntas en relación con la atención sanitaria en pacientes con patología mental. Concretamente las pusimos en situaciones reales sobre cómo actuarían ellas si se vieran en ciertas situaciones; también quisimos saber cuál era su opinión sobre dónde deberían estar atendidos los pacientes de Salud Mental.

Les preguntamos a las entrevistadas cual sería el **lugar ideal** para atender a un paciente con enfermedad mental. Las participantes 1, 2, 3 nos dijeron que en el lugar que el paciente requiera en ese momento. La participante número 4 es la única que nos habló de un lugar específico en cuanto a las urgencias, dice que en estos casos lo ideal sería que hubiese un hospital de Salud Mental para urgencias donde atender a estos pacientes, independientemente de si el motivo es por la enfermedad mental o por otra patología.

También les preguntamos acerca de si piensan que deberían estar tratados en hospitales de SM para cualquier patología. Todas las participantes nos dijeron que no, que, si el paciente tiene problemas para dormir o se pone nervioso, se le puede intentar dar alguna medicación para ayudarlo, pero que debe ser tratado donde está, a pesar de que el problema de falta de personal esté siempre presente y esto dificulte la atención frente a algún imprevisto, pero no por ello se tiene que aislar a estos pacientes de una atención adecuada en la unidad que corresponde. En esta respuesta incluimos a la participante número 4, a pesar de que ella ha reconocido anteriormente que deberían existir hospitales de Salud Mental con urgencias específicamente para estos pacientes.

En otra de las situaciones se les preguntaba a las participantes que si en una unidad de medicina interna, ingresaba un paciente con un dolor agudo de pecho y con diagnósticos previos de esquizofrenia, diabetes e hipertensión, y tuviesen libre solo una habitación individual y dos habitaciones de hombre dobles con una cama libre cada una, donde colocarían a este paciente. Tres de las participantes **ubicarían al paciente en la habitación individual**, alegando que de esta manera estaría más tranquilo y, por lo tanto, habría **menos riesgo** para él y el resto de los pacientes debido a su enfermedad mental (todo ello sin haber evaluado al paciente, sin saber si está estable respecto a su enfermedad mental, y sin que su motivo de ingreso justifique este aislamiento). Solo la participante número 1 decidiría colocarle en la habitación doble, dejando así la individual para casos que realmente lo requieran.

Cuando les pusimos en la situación en que tienen ingresada una paciente en traumatología y que además tiene un trastorno mental y a consecuencia de este

la paciente ha estado con alucinaciones, les preguntamos a las participantes cómo actuarían al atenderla. La participante 1 nos dice que iría a atenderla siempre acompañada por el riesgo de que pase algo ("que le haga daño o que intente hacerle algo"), que **tendría que ir con cuidado**, dijo que la trataría igual que al resto de pacientes pero que no entraría de forma brusca a la habitación, sino con precaución. La participante 3 respondió que iría de manera normal a atenderlo, que podría ir sola, pero dice que, **"iría con 4 ojos"** lo que manifiesta algo de precaución. Las participantes 2 y 4 nos dijeron que actuarían igual que para cualquier otro paciente y que el hecho de que esté ahí no les genera inconveniente o sentimiento extraño para atenderlo.

También cuando le preguntábamos a las participantes sobre el paciente que tenían que colocar en una habitación o en otra, les preguntamos posteriormente qué le dirían al compañero del siguiente turno cuando tienen que pasarle el parte. Las entrevistadas 1,3 y 4 pasarían el parte destacando lo más importante de ese paciente con una evaluación general, sin embargo, nuestra entrevistada 2 se centró únicamente en que el paciente había pasado mala noche y con alucinaciones, **le explicaría que es un paciente psiquiátrico**, y no destacaba nada más respecto a su motivo de ingreso, de hecho en estos momentos de la entrevista, le tuvimos que recordar a la entrevistada el motivo de ingreso del paciente, ya que su atención se había quedado únicamente en que tenía una patología mental.

Si bien es cierto que la mayoría de nuestras entrevistadas consideran que estos pacientes deben ser tratados en una habitación individual, asilados del resto de pacientes. Casi ninguna, opina que deban ser tratados en diferentes hospitales específicos de salud mental, sino en aquellos para los que su estado de salud requiera ese momento. Encontramos positiva esta actitud, a diferencia de lo que se opinaba en un estudio²³, en que un gran número de profesionales decían que no debían ser tratados en hospitales generales.

5.5 Medios de comunicación

En la entrevista dedicamos un apartado a los medios de comunicación, ya que son un factor muy importante en el estigma en la sociedad, siendo una de las fuentes de información básica de la sociedad, lo cual hace que este ámbito sea

un papel clave para fomentar o disminuir el estigma en Salud Mental. Les preguntamos sobre qué opinión tiene en la redacción de las noticias y sobre noticias que recordaran que se hable sobre la Salud Mental.

En la primera cuestión, todas nuestras participantes coinciden en que el papel de los medios **es muy estigmatizante**, que las noticias que dan sobre Salud Mental por norma general solo muestran la parte negativa de la enfermedad, y que, cuando se habla sobre ésta, únicamente es para dar noticias de actos de violencia, de maldad y actos negativos como tal, de que estos pacientes están “locos”. Nos hablan de que lo que se termina transmitiendo a la sociedad cuando se redactan las noticias es miedo, exclusión, e incluso a veces reconocen creer que las noticias pueden estar modificadas o exageradas, destacando los aspectos negativos para llamar más la atención. También se habla de falta de tacto a la hora de redactar las noticias, que no empatizan en cómo la persona que sale en la noticia o la familia pueda percibir esa publicación, simplemente magnifican la noticia sin tener en cuenta lo demás, utilizan titulares sensacionalistas, nombrando la enfermedad de la persona para llamar la atención de los lectores y vender más.

Cuando les preguntamos a nuestras participantes si recordaban alguna noticia negativa o positiva que se hable de la Salud Mental. Solamente una de nuestras participantes, la entrevistada 2, recordaba una noticia en que se hablara de manera positiva, en que se había abierto un taller de confección para contratar a personas con discapacidad, las otras tres participantes no consiguieron recordar noticias positivas. La entrevistada número 3 no recuerda nada en específico, pero sí que nos habla del hijo de Bertín Osborne que cuando se habla de él, siempre es de manera positiva, por la figura del padre.

Sin embargo, a la hora de preguntarles por noticias en general y posteriormente por noticias negativas, las participantes 1,2 y 3 enseguida fueron capaces de ponernos ejemplos conocidos sobre eventos negativos, en que ellas recordaban que se hablaba de enfermedad mental. Si bien es cierto, que algunas de estas noticias eran ciertas en cuanto a que tenían relación con la salud mental, ninguna de nuestras participantes aseguraba saber con certeza que había una patología mental relacionada con los hechos ocurridos. Cuando la

participante número 2 nos habló de la suya, una frase que nos dijo fue “un chico jovencito que bueno, **sí yo creo que era que tenía un trastorno mental ese chico**, que cogió una escopeta y no sé si llegó a matar a 15-20 alumnos” el chico realmente luego vimos que tenía una patología mental, pero la participante en el momento de contarnos la noticia no estaba segura de ello, pero aun así relacionó un hecho escandaloso con la Salud Mental. Igual le ocurrió a nuestra participante 1, que nos contó una noticia que se publicó por redes sociales y que luego casualmente ella coincidió con el paciente en su trabajo, sobre un señor mayor que intentó matar a su mujer, y que posteriormente el hombre no recuerda nada de lo ocurrido, le preguntamos sobre si esto tenía relación con algún trastorno, y nos dijo que sí, que **seguro que podía tener algún trastorno mental** (sin saber ella realmente de si hay o no hay diagnóstico de patología mental) simplemente nos lo afirmó por la gravedad de los hechos, al cual le encuentra explicación si lo relaciona con la enfermedad mental. La participante número 3 también en su discurso nos habla de un chico que planificó junto a otro chico matar a su padre, le preguntamos si tenía alguna patología, y nos dice que, “no me acuerdo, pero **seguramente que algo buscarían**” tampoco está segura de la relación de patología mental con la noticia, pero ante la duda ella afirma que sí, que alguna explicación le darían a dicho evento.

Hablando sobre noticias negativas, consideramos importantes de destacar también varias respuestas que obtuvimos. A la entrevistada número 1, no se le ocurría ninguna otra noticia negativa específica, pero sí que nos dijo de manera general “...el caso de los violadores, yo creo que eso es una enfermedad mental. O los secuestradores... Para mí eso es una enfermedad mental, es un trastorno tío, es que no hay más, una persona en su sano juicio no hace esas cosas”. La entrevistada número 2, tampoco nos concreta con ninguna más, pero en su discurso afirma, “Sí, varias, varias de violencia de género [...] en las que luego el veredicto final, sale que el hombre que había matado a la mujer padecía alguna enfermedad mental”.

A pesar de las participantes ser conscientes, y ser capaces de reconocer que los medios de comunicación son estigmatizantes a la hora de dar noticias y de influir en la población, hemos podido observar que pese a tener bastantes conocimientos sobre la Salud Mental, y reconocer el estigma existente, ellas

mismas se ven influenciadas por lo escandalosos que son los medios de comunicación. Ellas mismas llegan a relacionar inconscientemente las noticias más macabras y espeluznantes con la Salud Mental, incluso hablando de violadores, secuestradores, de violencia de género, como actos motivados por una patología mental de base. Todo ello sorprende, dado el nivel de conocimiento que las participantes tienen en cuanto a la Salud Mental y que, pese a ello se ven influenciadas por el estigma social y de los medios de comunicación. Es preocupante observar que hay este pensamiento en personas que se encuentran relacionadas con la Salud Mental y que tienen conocimientos sobre el ámbito, porque la sociedad de forma general tiene mucho menos conocimiento sobre ello, por lo que el estigma se multiplica a nivel general. Parece que en ocasiones las personas tratamos de buscar una explicación a los actos irracionales del ser humano, y dado que no la encontramos, porque no queremos asumir que la maldad existe y que no tiene explicación, en ocasiones el dar por hecho que estos actos son motivados por una enfermedad mental, parece un alivio para la sociedad pensar así, y darle “una explicación” al hecho porque la persona “estaba loca, o no estaba bien de la cabeza”, cuando realmente, estos actos a menudo no tienen ningún tipo de relación con la Salud Mental, sino que la maldad está presente y no tiene por qué tener una explicación racional.

5.6 Causas de enfermedad

Al principio de la entrevista preguntamos a las participantes a quien creen que podría afectar la enfermedad mental. Es una pregunta que nos pareció interesante para poder conocer las creencias que tenían entre patología mental y las posibles causas que pueden llegar a afectar a una persona para sufrir dichas patologías.

La primera participante respondió que ella cree que **nos puede afectar a todos**, pero sobre todo a personas que han consumido drogas. También cree que tiene que ver la genética, es decir, que puede ser hereditario. Añade que sobre todo afecta a personas con familias desestructuradas y sin recursos sociales.

La participante 2 opina muy parecido a la 1. Cree que puede afectar a cualquier persona, pero más a quien haya vivido en familias desestructuradas, en ambientes marginales (clase baja) y también por genética.

La participante 3 opina igual que la 2 en el sentido de que también puede afectar a todo el mundo, pero a diferencia de las demás, piensa que afecta más a los que tienen un nivel de vida alto.

Y, por último, la participante 4 cuando responde, enfoca mucho una posible causa a la experiencia de vida, sobre todo si la persona ha padecido traumas en la infancia. Incluye también la genética y el tener una familia disfuncional.

Después de analizar las respuestas podemos decir que todas se asemejan bastante menos la participante 3 que opina todo lo contrario.

Comparando las respuestas de nuestras participantes con las explicadas según la OMS (2017) podemos ver que son muy parecidas. La OMS menciona que los determinantes de salud y de los trastornos mentales incluyen características individuales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones y comportamientos y otros como los factores sociales, culturales, económicos, nivel de vida y condiciones laborales. Otros factores, según menciona la OMS, es la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

Nuestras entrevistadas no ampliaron las explicaciones sobre la incidencia de trastorno mental en según qué sectores de la población pero el Plan de acción sobre salud mental de la OMS define que hay grupos vulnerables con alto riesgo de padecer trastornos mentales:¹ “los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales”.

Resumiendo, podemos decir que **los factores sociales, psicológicos y biológicos son inseparables** y que los tres elementos son importantes en la salud mental.

5.7 Vocabulario empleado

Por último, nos gustaría destacar algunas expresiones y vocabulario que han ido saliendo a lo largo de nuestras entrevistas, y que, consideramos importante destacar, ya que son expresiones que a menudo se escuchan y que pueden resultar estigmatizantes.

En tres de nuestras participantes hemos encontrado el término **brote** al referirse a cuando a un paciente *le da un brote*. El término *brote* de manera individual, según dos de las definiciones que nos da el Instituto de Salud Carlos III³⁴ es *El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados. o La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella*. Partiendo de estas definiciones, la palabra *brote* como tal, carece de sentido en nuestra temática, probablemente se deba a un error de significado, en el que nuestras entrevistadas asemejan la palabra *brote* a una agudización o descompensación de la enfermedad, como explica la entrevistada 1, cuando se le pregunta sobre qué es para ella exactamente un brote.

En relación con el término *brote* también hemos encontrado más concretamente la expresión “**el paciente se brota**”. El hecho de convertir la palabra *brote* en verbo, y que la persona que padece una enfermedad mental haga la acción de *brotarse* como hemos encontrado en nuestra participante 1, cuando dice “Sé que se brota, sé que hay una descompensación...” aquí ya se podría considerar estigmatizante, ya que hacemos a la persona que padece la enfermedad como sujeto activo a desarrollar una serie de síntomas, dejando de lado que sea la enfermedad la que hace que se desarrollen estas descompensaciones. Es el paciente el que padece una enfermedad o trastorno, y a causa de esa enfermedad, es susceptible de padecer una agudización de la enfermedad, característica por X síntomas; pero no es el paciente el que *se brota* como si fuese algo voluntario por él, sino que es la enfermedad la que le hace desarrollar esos síntomas.

También hemos observado el hecho de asemejar a la persona que padece una enfermedad como enfermo, nuestra participante 4 utilizó con frecuencia durante la entrevista el concepto “**enfermos mentales**” para referirse a los pacientes, el término *enfermo* lo vemos muy a menudo no solo en salud mental sino en muchas otras enfermedades. Si bien es cierto, que a la persona que padece una enfermedad, se le considera como enferma, en salud mental este hecho provoca más estigma, autoritarismo y menor tolerancia a estas personas por parte de la sociedad.³⁵ Por lo que lo correcto para reducir el rechazo sería referirnos a estas personas como *personas que padecen una enfermedad y no enfermos*.

Por último, queremos destacar una frase que dijo nuestra participante 4, cuando le pedimos una definición de Salud Mental “...es gente que no tiene toda la capacidad que por ejemplo podemos tener nosotros, por ejemplo, la capacidad de razonamiento, de poder desempeñar un trabajo y desempeñarlo normal, tener criterio, yo pienso que es así, que es gente que hay algo dentro que no está bien, que no pueden...”. Consideramos que esta afirmación es incorrecta, ya que no por padecer una enfermedad son personas menos capaces o con menor criterio. Si bien es cierto que, en un momento de agudización de la enfermedad, o en que una persona pueda estar muy deteriorada, es posible que no estén al 100% de las capacidades que tenían en otro momento de su vida, pero generalizar de este modo a que todas las personas con un trastorno mental tienen un retraso mental, es una manera de juzgar y estigmatizarles, al considerarles inferiores por el hecho de padecerla³³.

5.8 Propuestas para luchar contra el estigma

Al final de la entrevista se plantea a las entrevistadas que creen que se debería hacer para tener más conocimiento sobre el ámbito de la salud mental a nivel general, es decir, para toda la población y para los profesionales de la salud.

La participante 1 cree que se deberían hacer jornadas educativas hacia la sociedad y programas de televisión donde se muestre el día a día de estas personas. A nivel educativo en colegios e institutos estaría bien que personas con enfermedad mental vayan a hacer charlas. Referente a los profesionales de

la sanidad, piensa que sería útil hacer jornadas sobre la salud mental, role-playings y cursos específicos de salud mental a nivel formativo.

La participante 2 en primer lugar nombra a los medios de comunicación diciendo que han de filtrar las noticias, el contenido y no ser tan negativos con este tema. Coincide con la participante 1 en que se podrían dar charlas de salud mental en los colegios y a los profesionales sanitarios. Valora positivamente la asignatura de salud mental impartida en 4ª curso de carrera ya que pudo saber cosas que desconocía sobre este ámbito.

La participante 3 contesta que estaría muy bien que se hiciese un tipo “LA MARATÓ”, que es un programa donde se recauda dinero para la investigación de diferentes enfermedades y a la vez explican que es esa enfermedad. Estaría bien que se hiciese algo parecido sobre la Salud Mental, ya que a la vez sería una manera positiva de utilizar los medios de comunicación. Y como la participante 2, valora positivamente la asignatura de salud mental impartida en la carrera.

La última participante coincide con la 2 y la 3 en relación con los medios de comunicación, es decir, utilizarlos para dar a conocer la vida diaria de una persona con alguna patología mental. También coincide con el resto de las participantes, que dichas personas hagan charlas en los centros educativos. Otra acción que se podría hacer para dar a conocer de manera positiva a este colectivo es creando más asociaciones de enfermos mentales y/o familiares.

Muchas de las propuestas dichas por nuestras participantes las podemos encontrar en estudios realizados sobre este tema. En un artículo²³, mencionado anteriormente, habla del estigma en hospitales generales y que son necesarios cursos sobre este tipo de pacientes y sobre las patologías mentales para prevenir actitudes negativas en los profesionales de la salud.

Podemos conocer que sobre todo se habla de **tres estrategias** para reducir el estigma. Una se basaría en la protesta social, esta estrategia no es mencionada por parte de ninguna de nuestras participantes. Según este artículo⁶ la protesta social es útil a corto plazo, pero no garantiza una repercusión positiva a largo plazo.

Nuestras participantes sí que coinciden con la bibliografía consultada^{36, 37, 38, 39}, que la educación a la población en general con programas educativos, con casos reales y con persona afectadas a cargo, son más útiles a largo plazo para luchar contra el estigma, pero aun así estas intervenciones no garantizan que resuelvan el problema, pero sí que ayuda a disminuir la discriminación. También coinciden con la tercera estrategia que se basa en el contacto directo para poder cambiar actitudes y conductas y poder crear unas nuevas más positivas. Con el contacto directo también se puede observar que estas personas no corresponden con los estereotipos marcados por la sociedad que llevan al estigma de las personas con enfermedades mentales.

6. CONCLUSIONES

El estigma en la Salud Mental es un hecho que las personas que padecen algún trastorno día a día tienen que afrontar. Hemos podido comprobar que el estigma está presente en estas personas a todos los niveles, y que en cada momento de su vida siempre hay algo que les va a recordar esa etiqueta que la sociedad le ha impuesto y que les limita constantemente.

Hemos podido comprobar que el estigma no está solo presente en la sociedad en general, que de un modo es ignorante frente a ciertos temas como es la Salud Mental, sino que, a nivel sanitario, los estudiantes de enfermería, a pesar de los esfuerzos que se hacen (bien sea con las clases teóricas, o con las prácticas) por acercarse a este tipo de pacientes, aun así, sigue habiendo esos prejuicios.

A nivel sanitario es un problema que existan estas concepciones ya que, como profesionales de la salud, y sobre todo de enfermería, somos responsables de educar a la sociedad, y la mejor manera es educar con el ejemplo. Si en este ámbito encontramos que los profesionales también tienen esas percepciones estigmatizantes, es muy difícil que la sociedad cambie su visión si nosotros no tratamos de educar y educarnos.

Gracias a este trabajo hemos podido comprobar el nivel de rechazo que sufren estas personas en prácticamente todos los ámbitos de su vida, y la discriminación social a la que están sometidas constantemente.

En cuanto a las entrevistas, hemos podido analizar e identificar el fenómeno del estigma, nuestro principal objetivo en el trabajo, así como los factores que lo generan y las percepciones y emociones que nuestras participantes tienen frente a estos pacientes. Hemos podido comprobar que, en base a la bibliografía consultada, los factores estigmatizantes de los que se habla en ella coinciden y han emergido a lo largo del discurso de nuestras entrevistadas.

Sin embargo, uno de los datos llamativos que hemos obtenido es que, a pesar de que diversas fuentes bibliográficas indicaban que el conocimiento y las experiencias previas con personas con enfermedades mentales eran un factor protector para reducir el estigma a la hora de tratar con estas personas, en nuestro caso no ha habido una diferencia significativa entre las participantes que

ya habían tenido experiencia trabajando en Salud Mental y ya habían iniciado las prácticas en este ámbito, de aquellas que no habían tenido ningún tipo de contacto con estos pacientes. Por lo tanto, podemos afirmar que sí existen conductas estigmatizantes en los estudiantes de enfermería, hayan tenido o no experiencia previa en el ámbito de la salud mental. Dado que la muestra de nuestro estudio es pequeña, no podemos extrapolar los resultados a un ámbito general.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Los resultados finales de nuestro trabajo se limitan solamente a las opiniones y experiencias de cuatro estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira Virgili, por lo tanto, es una muestra muy limitada para que los resultados obtenidos se puedan extrapolar a todos los estudiantes de enfermería de dicha universidad.

Por otro lado, queremos destacar la importancia de los trabajos de investigación ya que gracias a ellos nos permite profundizar en temas de nuestro interés tanto personal como profesional. Creemos que los resultados de dichos trabajos son de interés para ampliar nuestro conocimiento especialmente como profesionales sanitarios y así de esta manera poder ofrecer los mejores cuidados posibles.

8. AGRADECIMIENTOS

Queremos dar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible que llevemos a cabo este proyecto para nuestro Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a nuestra tutora de TFG y profesora de Salud Mental Laura Ortega, por su dedicación, orientación e interés en ayudarnos a realizar este estudio.

A nuestras cuatro compañeras, que han sido la base de nuestro trabajo, gracias a las entrevistas realizadas, por su tiempo, dedicación y comprensión.

Y a nuestro entorno que ha confiado y nos ha apoyado en todo momento, animándonos a conseguir nuestros objetivos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
2. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006;126(12):445-451.
3. Ministerio de sanidad y consumo (2007). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Centro de publicaciones.
4. Rosillo M, Hernández M, Smith K. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Mar 13]; 33(118): 257-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>.
5. Kupfer D.J, Regier D.A, Arango C, Ayuso-Mateos J.L, Vieta E, Bagny A. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014)* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
6. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Madrid 2008. [Internet]. [citado 2017 Dic 08]; 28 (1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es
7. Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
8. Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D.T. Gilbert, S.T Fiske y G. Lindzey (Eds.): *The Handbook of social psychology* (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.

9. CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 16-20.
10. RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P., «Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma», *Eur. Psychiatry*, 2005, 20, pp. 529-539.
11. Cazzaniga J, Suso A. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma [Internet]. 1 ed. Madrid: Confederación salud mental España; 2015 [citado 7 Marzo 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
12. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:35–53.
13. ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «Labelling –Stereotype– Discrimination. An Investigation of the Stigma Process», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2005, 40, 5, pp. 391-395.
14. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(3):192-193.
15. Link B.G., Phelan J.C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27:363-385
16. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2009;373(9661):408-415
17. Navarro. M. Las personas con enfermedad mental grave y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no discriminatoria. Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y bienestar social. Pag: 26-27-28
18. EDNEY, D. R., *Mass Media and Mental Illness: a Literature Review*, Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004, en www.ontario.cmha.ca
19. Pérez Álvarez C, Bosqued Molina L, Nebot Macías M, Guilabert Vidal M, Pérez Zaera J, Quintanilla López M. Esquizofrenia en la prensa: ¿el

- estigma continúa? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2015;35(128):721-730
20. Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo [Internet]. 2nd ed. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES); 2008 [citado 8 Febrero 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>
21. Web 1decada4 [Internet]. 1decada4.es. 2018 [citado 8 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.1decada4.es/>
22. Serafini G, Pompili M, Haghghat R, Pucci D, Pastina M, Lester D, et al. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(7):576-585
23. Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, XIV (55), pp.103-111
24. Granados-Gámez G, López Rodríguez M, Corral Granados A, Márquez-Hernández V. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;53(2):135-143
25. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2007;19(2):113-122
26. Granados-Gámez G, López Rodríguez M, Corral Granados A, Márquez-Hernández V. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;53(2):135-143
27. Markström U, Gyllensten A, Bejerholm U, Björkman T, Brunt D, Hansson L et al. Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*. 2009;2(6):660-665

28. Hayman.K, Happell.B. Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers: Psychometric Properties of a Self-Report Scale. School of Nursing, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, Centre for Psychiatric Nursing Research and Practice, School of Nursing, The University of Melbourne, Carlton 3010, Australia. Disponible en: [http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(05\)00107-X/pdf](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(05)00107-X/pdf)
29. Demir, A., Ercan, F. 2018. The first clinical practice experiences of psychiatric nursing students: A phenomenological study. *Nurse Education Today*. 61, 146-152
30. Munarriz B. Técnicas y métodos en investigación cualitativa. Metodología educativa I / coord. por Jesús-Miguel Muñoz-Cantero, Eduardo Abalde Paz, 1992, ISBN 84-600-8006-4, págs. 101-116.
31. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén A.I. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Ed. Complutense. 1º edición digital: septiembre 2009. Madrid.
32. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
33. Balasch M, Causa A, Faucha M, Casado J, Sinergies S. La percepción de salud mental en Cataluña. Cataluña: Apunts; 2016.
34. Definición de Brote [Internet]. Isciii.es. 2018 [citado 15 April 2018]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-brotes/fd-procedimientos/definicion-brote.shtml>
35. Granello D, Gibbs T. The Power of Language and Labels: "The Mentally Ill" Versus "People With Mental Illnesses". *Journal of Counseling & Development*. 2016;94(1):31-40.
36. PENN, D. L; COUTURE, S. M., «Strategies for Reducing Stigma Towards Persons with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 20-21.

37. ESTROFF, S. E.; PENN, D. L.; TOPOREK, J. R., «From Stigma to Discrimination: an Analysis of Community Efforts to Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 493-509.
38. PINFOLD, V.; THORNICROFT, G.; HUXLEY, P.; FARMER, P., «Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health», *Int. Rev. Psychiatry*, 2005, 17, 2, pp. 123-131.
39. CORRIGAN, P. W.; GELB, B., «Three Programs that Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, 3, pp. 393-398.

10. ANEXOS

10.1 Cronograma

TAREA	sep-17	oct-17	nov-17	dic-17	ene-18	feb-18	mar-18	abr-18	may-18
Solicitud del área temática	15.09								
Aprobación del área temática solicitada	27.09								
Contacto con la tutora vía email		05.10							
Discusión de temas para proponer		05.10 - 11.10							
Se comentan los temas pensados con la tutora vía email e intercambio de varios email para aclarar los temas		11.10 - 25.10							
Decisión definitiva del tema y comunicación a la tutora		26.10							
Comienzo de búsqueda bibliográfica		26.10							
Primera tutoría presencial y por skype con la tutora			08.11						
Inicio y desarrollo de fase 1: Justificación del proyecto			08.11 - 10.11						
Aprobación de fase 1 por parte de la tutora			13.11						
Inicio y desarrollo de fase 2: Diseñando el trabajo			14.11 - 11.12	14.11 - 11.12					
Aprobación de fase 2 por parte de la tutora					1.01-15.01				
Segunda tutoría					15.01-20.01				
Inicio de la investigación. Primera fase de la investigación: Diseño de entrevistas					01.01-15.01				
Entrevistas a los participantes					15.01-28.01				
Transcripción de entrevistas e interpretación					28.01-15.02	28.01-15.02			
Tercera tutoría						03.03	03.03		
Inicio de la segunda fase de la investigación: Segunda entrevista a los participantes							04.03-20.03		
Transcripción de entrevistas e interpretación							20.03-10.04		
Tercera fase de investigación: Comparación e interpretación de ambas fases								20.03-10.04	
Cuarta tutoría								11.04-30.04	
Finalización del TFG									01.05-15.05
Aprobación del TFG por parte de la tutora									24.05
Entrega del TFG									25.05

10.2 Consentimiento informado

Autorización para tomar fotografías o videos, filmar, grabar o realizar una entrevista

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA

Las alumnas de la Universitat Rovira i Virgili de la Seu del Baix Penèdes llevan a cabo la grabación de esta entrevista con fines educativos para realizar un trabajo académico de la asignatura de Treball de Fi de Grau y presentarlo al comité responsable de la Facultat de Enfermeria.

Esta entrevista forma parte del estudio que se está realizando sobre la Salud Mental y el estigma en estudiantes de enfermería, por lo que el objetivo de la entrevista será analizar las respuestas que se den, en base a las preguntas formuladas según esta temática.

Las grabaciones se utilizarán como material de aprendizaje y apoyo para el estudio que están realizando las entrevistadoras.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines educativos por parte del cuerpo estudiantil de enfermería de la Facultat, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en la grabación de las sesiones, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines educativos.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Doña _____ con DNI _____ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de las tomas de fotografías, películas y grabaciones de sonido en mi persona y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin

necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos, por lo tanto, autorizo a Sara Franco Quesada con DNI 53315099H y a María Marín Saucedo con DNI 70081961H alumnos de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de la Seu del Baix Penèdes para que tomen fotografías, películas y/o grabaciones de sonido de mi persona y/o para que realicen una entrevista conmigo y usen dicho material en cualquier forma para cumplir con sus propósitos. Yo doy mi consentimiento para que las fotografías, películas, grabaciones de sonido y/o entrevistas mías puedan ser presentadas y reproducidas en la actividad académica determinada.

Firma _____

Fecha _____

10.3 Entrevista

- ¿Qué crees que es la enfermedad mental?
- ¿A quién crees que puede afectar la enfermedad?
- ¿En qué tipo de personas o ambiente social crees que se desarrollan con más frecuencia?
- ¿Qué significa para ti la palabra estigma?

SENTIMIENTOS EN EL ENTREVISTADO: Miedo, impredecibilidad, peligrosidad, extrañeza, desconfianza, compasión...

- Explícame que piensas sobre las personas con trastorno mental
- ¿Cómo te sientes, o has sentido frente al inicio de prácticas en una unidad de salud mental? ¿Qué sentimientos te generan estas prácticas frente a otro tipo de prácticas que hayas realizado, como por ejemplo en una unidad de cirugía/m. interna...?
- Si te dijeran que dentro de poco van a abrir un hospital psiquiátrico cerca de tu casa, ¿cuál crees que sería tu reacción?
- Si en tu bloque de pisos te dijeran que al vecino de la puerta de enfrente le han diagnosticado de esquizofrenia, ¿cuál sería tu reacción? ¿Qué sentimientos tendrías?

RELACIONES SOCIALES: Sobreprotección, cambio de comportamiento, rechazo

Quiero que te pongas en la situación de que eres soltera, llevas tiempo sin pareja y hace unos meses que estás chateando con una persona que has conocido por una App de contactos. La verdad es que habéis congeniado super bien, te gusta mucho, os complementáis super bien, y además ya habéis hecho alguna que otra videollamada y es una persona que aparte de agradable, buena persona simpática, además es guapísimo/a, vamos que es un 10! pero esta persona vive en otra ciudad y por eso todavía no os habéis visto en persona. Te dice, que está pensando ir a visitarte y que ya os conozcáis en un par de semanas, pero antes de conoceros en persona, te dice que por la confianza que tenéis, quiere confesarte algo, y te dice que padece un trastorno mental.

- ¿Cómo reaccionas?
- ¿Qué le dirías?
- ¿Qué le preguntarías?

Desde cuando la tiene, controles, ingresos, brotes psicóticos.

Ahora es una amiga que te cuenta que está saliendo con un chico y te dice que él le ha dicho que padece de esquizofrenia y que estuvo un tiempo ingresado en el psiquiátrico porque tuvo una descompensación y escuchaba voces. ¿qué le aconsejarías?

ÁMBITO LABORAL: Adaptar el lugar de trabajo, cribado en según qué puestos de trabajo.

- Estáis en un grupo de amigos y amigas, y una de tus amigas trabaja en recursos humanos de McDonald's, y sale un debate interesante ya que ella y otro de tus amigos dicen que, en una entrevista de trabajo, una persona con una enfermedad mental debería decir que la padece, y otros dos de tus amigos dicen que no siempre es necesario. Cada uno argumenta sus motivos, y te preguntan qué opinas, ¿qué les dirías?
- Trabajas en una unidad de maternidad, y la supervisora os dice que hoy Bea se va a incorporar a la planta en el turno de tarde, Bea es una enfermera nueva que va a cubrir la baja de Laura. Al día siguiente, Andrea, la enfermera que se entera de todos los chismes y no tarda nada en contarlos, te dice en secreto que Bea padece de trastorno bipolar, y Andrea opina que deberían de adaptarle un poco el trabajo a esta chica nueva, porque vaya a ser que por su situación tenga algún despiste con los recién nacidos. ¿Qué opinas?

COMODÍN ¿Qué opinas sobre la siguiente frase? “Una persona diagnosticada con enfermedad mental grave solo puede trabajar en centros especiales de empleo o talleres protegidos especialmente diseñados para ellos”

ÁMBITO SANITARIO: Dónde tratarles mejor, compartir habitación, comportamientos frente a estos pacientes...

- Tú eres trabajadora en una unidad de traumatología, y Carmen, está ingresada en una habitación individual, ha sido operada de la tibia por una fractura, y cuando te pasan el parte de dicen que Carmen tiene una enfermedad mental y que esa noche ha estado con alucinaciones. ¿Qué sentimientos, pensamientos o cómo actúas cuando Carmen llama al timbre y solicita que vayas un momento a la habitación?
- Estás en tu planta de m. interna e ingresa un paciente que viene de urgencias por un dolor agudo en el pecho, cuando la enfermera te dice el nombre del paciente, Antonio Pons Gutiérrez, te dice que en el historial aparece como alta de la semana pasada, y tú te acuerdas de él porque estuvo ingresado en una de las habitaciones que tenías asignadas, y es verdad que ingresó por el mismo motivo y se fue de alta la semana pasada. Te llaman para informarte y tienes que decidir en qué habitación va a ingresar. Tú ya conoces al paciente y sabes que padece de esquizofrenia y crees recordar que también era diabético e hipertenso. Él es hombre, y tienes una habitación individual libre, y 2 habitaciones de hombre con una cama libre cada una. ¿Dónde le colocas?
- Tienes que pasar el parte al enfermero porque acaba tu turno, y hoy ha venido Alfonso, un enfermero que empezó hace 2 días en la planta, ¿qué información le das sobre este paciente que está a punto de subir?
- Al día siguiente, Luisa, la enfermera de la noche te pasa el parte y te dice que Antonio, ha estado bastante inquieto esa noche y muy demandante, que cree que este paciente debería haber sido tratado en el hospital psiquiátrico porque allí saben cómo tratarle mejor y ya están más acostumbrados, además tienen más medios que vosotras en planta, si el paciente se pone agresivo o algo. ¿Qué opinas?
- ¿Cómo sería para ti el lugar ideal para atender a una persona con trastorno mental?
- Muchas personas piensan que el ámbito de la salud mental es un mundo aparte. ¿Cuál es tu opinión?

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- ¿Qué sabes, a través de los medios de comunicación, sobre las personas con enfermedad mental?
- Háblame de alguna noticia que hayas visto últimamente que se hable de alguna persona con trastorno mental
- ¿Explícame alguna noticia donde se hable de alguien con una enfermedad mental y que se hable de manera positiva sobre ella?
- Explícame alguna noticia, si conoces, que hayas visto en los medios de comunicación que hable de una persona con una enfermedad mental y que haya sido negativa.

Cierre entrevista

- ¿Qué crees que se podría hacer para tener más conocimiento sobre el ámbito de la Salud Mental?

11. ARTÍCULO

11.1 Normas de publicación

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto completo, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del manuscrito), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al editor, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

En el procesado del texto le rogamos tenga en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra **Times New Roman** a tamaño de 12 pulgadas.
- Espaciado e interlineado **sencillos**.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Esta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto deben realizarse con la opción superíndice (número volado).
- No se admitirán referencias compuestas mediante gestores bibliográficos si mantienen los códigos originales.

Igualmente le solicitamos especial atención a las siguientes recomendaciones:

- Título del artículo: evite que supere las 15 palabras.
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos).
- Dirección para correspondencia: utilice la dirección institucional o bien simplemente el e-mail de los autores. Nunca aporte su dirección postal personal.
- Resumen preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión).
- La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos

Idioma. Opcionalmente los autores podrán presentar su manuscrito en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el manuscrito será publicada en la edición impresa, mientras que se publicará en versión bilingüe en la edición digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

IMPORTANTE Los autores de artículos que hayan sido publicados con anterioridad en la revista, podrán aportar una **versión traducida al inglés** para su publicación digital.

ASPECTOS FORMALES DE ESTILO

Abreviaturas. Deberán evitarse en lo posible y cuando se empleen deberá explicitarse su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Evitar la utilización de abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando se trate de unidades de medida no es necesario explicitar su significado siempre que se expresen en Unidades del Sistema Internacional.

Título. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.

Autores. Escribir sin abreviar el nombre y apellidos. Se recomienda adoptar una filiación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales. Identificar solo el departamento o institución a la que pertenece cada autor mediante llamadas con número volado (no anotar titulación, cargos, ni otros méritos). Incluir una dirección postal completa del centro de trabajo (no se admitirán direcciones personales), dirección de correo electrónico o teléfono/fax del autor con el que se mantendrá la correspondencia. Aquellos autores que lo deseen podrán aportar un **currículum resumido** (no superior a 250 palabras) que será publicado en la edición digital de la revista.

IMPORTANTE Una vez iniciado el proceso de evaluación, no se aceptarán cambios en las autorías. El solo planteamiento de dichos cambios podrá dar lugar al rechazo del trabajo a pesar de haber sido aceptado.

Estructura de los artículos de investigación. Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción-Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada.

11.2 Artículo desarrollado

VISIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: EL PODER DEL ESTIGMA

Sara Franco Quesada y María Marín Saucedo

saramaria.franco@estudiants.urv.cat
maria.marins@estudiants.urv.cat

Universitat Rovira i Virgili. Comarruga, Tarragona (Cataluña), España

Resumen

El estigma hacia personas con patologías mentales sigue muy presente en nuestra sociedad, y eso genera muchos prejuicios y estereotipos hacia este colectivo, incluidos los profesionales sanitarios. El objetivo fue conocer el nivel de estigma de los estudiantes de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili hacia las personas con trastorno mental. Estudio de diseño metodológico, cualitativo, fenomenológico. Se realizaron entrevistas a cuatro estudiantes, dos de ellas con previo contacto con personas que padecen una patología psiquiátrica y las otras dos estudiantes no. Los resultados mostraron que sí existen conductas estigmatizantes en los estudiantes de enfermería, hayan tenido o no experiencia previa en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: Estigma/ Salud mental/ Estudiantes/ Enfermería

Abstract

The stigma towards people with mental pathologies is still very present in our society, and it generates many prejudices and stereotypes towards this collective, included the sanitary professionals. The objective was to know the level of stigma of the students of fourth course of the nursing degree from the University Rovira i Virgili towards the persons with mental disorder. Methodological, qualitative, phenomenological design study. Interviews were made with four students, two of them with previous contact with people who suffer a psychiatric pathology and the other two students not. The results showed that exist stigmatizing behaviors in nursing students, whether or not they had previous experience in the field of mental health.

Key-words: Stigma/ Mental health/ Students/ Nursing

Introducción

Según la OMS, la salud mental forma parte de la salud y el bienestar tal como se puede ver en su definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

El mundo de la psiquiatría ha sido desde siempre un ámbito apartado de la sociedad, con tratos inhumanos con los llamados manicomios. En España a partir de los años 80 con la Reforma Psiquiátrica (1985) se empieza a integrar a la Salud Mental como parte del

sistema de salud, con la creación de nuevos recursos para disminuir el internamiento, así como una prevención, tratamiento y rehabilitación en este tipo de pacientes.

El estudio **ESEMeD-España**² quiso evaluar la epidemiología de algunos trastornos mentales en la sociedad española y concluyó que un 19,5% de la población española presentó un trastorno mental en algún momento de su vida y que el 8,4% lo hizo en el último año, datos bastante significativos para poder prestar la importancia que merece el ámbito de la Salud Mental.

El concepto de Salud Mental es muy amplio, y entre las muchas definiciones e ideas que se acoge con este ámbito encontramos el estigma, los prejuicios y las percepciones negativas que sufren estas personas, son conceptos que no se pueden dejar pasar por alto cuando hablamos de la salud o de la enfermedad mental.

Evening Goffman³ definió el **estigma** como “una marca, un atributo desacreditador que lleva a una persona “normal” a convertirse en alguien etiquetado. Son personas que son excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social y que generan sentimientos y pensamientos negativos en los demás hacia ellos, como, por ejemplo, el odio o el miedo” actualmente este concepto hace referencia a una identidad social que la sociedad otorga a grupos minoritarios.

El estigma social está vinculado a una serie de actitudes, varios estudios^{4,5,6,7} nos diferencian estas actitudes entre **estereotipos** y **prejuicios**: definen los estereotipos como "un conjunto de creencias (que la mayor parte son erróneas) y que la población las mantiene en relación a un grupo social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valorización de muchas de las características y conductas de dicho grupo" y los prejuicios como "predisposiciones emocionales, habitualmente negativas que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características estas sujetas a creencias estereotipadas" ambas actitudes como resultado generan la **discriminación**, la cual se caracteriza por un distanciamiento social hacia la persona o grupo estigmatizado.

Según un estudio⁸ realizado con pacientes con esquizofrenia, un 49% de personas afirmaban haber tenido un evento negativo por el hecho de tener este trastorno. La causa de estos comportamientos sociales básicamente está relacionada con la falta de conocimiento⁹ y de información en la sociedad, pero también potenciada por los medios de comunicación, ya que son la principal fuente de información de las personas. Los medios tienen un gran poder en la sociedad, y es por esto mismo que tienen un papel clave para eliminar la discriminación hacia estas personas, por ello son numerosas las asociaciones e instituciones^{10,11} que trabajan proporcionando información a través de guías de buenas prácticas para reducir la negatividad de la salud mental en los medios.

Por otro lado, en el ámbito sanitario varios estudios^{12,13,14} afirman la existencia de estereotipos en los profesionales sanitarios, como incomodidad, temor o rechazo a la hora de tratarlos. Esto a menudo dificulta el acceso, el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes a los servicios de salud. Por ello, es necesario que, en los estudiantes de enfermería, así como de otras disciplinas, se apliquen estrategias de educación y de prevención del estigma, ya que serán futuros profesionales sanitarios, sujetos activos también, para fomentar la prevención del estigma en la sociedad.

Con el presente estudio hemos querido conocer el nivel de estigma y si está presente en una muestra de estudiantes de enfermería. Para así poder destacar la importancia de

incidir, visibilizar y conocer la enfermedad y el paciente, así como la visión que tiene la sociedad y los futuros profesionales para mejorar la calidad y los cuidados de estas personas.

Metodología

Para el presente artículo realizamos un estudio cualitativo descriptivo transversal a una muestra de población formada por cuatro estudiantes de cuarto curso de la Universidad Rovira i Virgili (Seu del Baix Penedès). Con el enfoque fenomenológico¹⁵ pudimos conocer y analizar la realidad que vive cada participante y ver cómo perciben y dan significado al fenómeno social que queremos estudiar.

El muestreo fue de tipo intencional con el objetivo de seleccionar dos informantes que hubiera mantenido contacto con el paciente con patología psiquiátrica (participantes 1 y 2) y otras dos sin ningún tipo de contacto (participantes 3 y 4).

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión:

	CRITERIOS INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
PARTICIPANTES CON CONTACTO CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años. - Haber tenido contacto con personas que padecen algún trastorno psiquiátrico. - Estudiantes de 4º de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili 	<ul style="list-style-type: none"> - Padecer o haber padecido alguna enfermedad mental.
PARTICIPANTES SIN CONTACTO CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores de 18 años. - Estudiantes de 4º de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener familiares y/o amigos cercanos con enfermedad mental. - Haber tenido contacto con personas que padecen algún trastorno psiquiátrico. - Padecer o haber padecido alguna enfermedad mental.

De acuerdo a esta metodología utilizamos como herramienta para la recogida de datos las entrevistas en profundidad semi-estructuradas¹⁶ que se realizaron a los participantes del estudio durante los meses de Febrero, marzo y Abril de 2018 para conocer si existían

actitudes estigmatizantes en los estudiantes de enfermería hacia las personas que sufren patologías mentales.

Para la realización de las entrevistas, las participantes fueron informadas del objetivo del estudio y se les facilitó el consentimiento informado que tenían que firmar para participar en el estudio. En este documento se explicaba la temática del estudio, que básicamente es el análisis del estigma en Salud Mental en estudiantes de enfermería, y que con sus respuestas y opiniones nos ayudarían a realizar el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

Para analizar los datos recopilados en las entrevistas, utilizamos el análisis de contenido temático¹⁷. Esta técnica nos permitió fragmentar el discurso de las entrevistadas y dividirlo en categorías, para así posteriormente analizar y comprender las ideas de las entrevistadas. Para ello contamos con la categorización mixta, es decir, previamente a la entrevista concretamos las categorías o temas que creíamos que podían emerger durante la entrevista en base a los conocimientos que teníamos gracias a la bibliografía consultada y a su vez dejamos abiertas estas categorías para incorporar otras nuevas que podrían surgir a posteriori a partir del discurso de los participantes.

Las categorías que previamente seleccionamos fueron cinco, las de color verde, y tras las entrevistas, emergieron dos categorías más que consideramos importantes incluir, que son las de color amarillo:



Figura 1. Categorías temáticas.

Resultados y discusión:

Sentimientos

Los sentimientos encontrados con mayor frecuencia fueron o se asemejaban a sentimientos de: compasión/tristeza, miedo, impredecibilidad, peligrosidad e inquietud.

El sentimiento de compasión o tristeza está presente en todas las participantes, justificado con la empatía que manifiestan las entrevistadas al decir que los pacientes con patologías mentales tienen una vida más complicada, o al haber escuchado las historias de vida de algunos pacientes. Una de las participantes manifiesta este sentimiento cuando dice que, si tuviera una enfermedad y tuviera que elegir, elegiría otra diferente a la mental, ya que una patología mental conlleva una gran responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento.

El miedo se ve presente en tres de nuestras participantes, este sentimiento lo vemos relacionado tanto con la impredecibilidad, como con la peligrosidad. Nuestras participantes justifican su miedo o desconfianza a que estos pacientes no tienen control de sus emociones, se ve muy presente cuando les preguntamos acerca de lo que opinan si pusiesen un centro de salud mental cerca de su casa. La impredecibilidad y la peligrosidad también se ven presentes relacionadas con el miedo cuando se les pregunta por sus prácticas clínicas de enfermería con estos pacientes y responden que *“no sabes si te puede pegar, si te puede chillar, no sabes nada”* o cuando les preguntamos si tendrían una relación con una persona con un trastorno mental, lo niegan debido a la supuesta falta de control de estas personas. La cuarta participante que no manifestaba el miedo, sí que está de acuerdo con la impredecibilidad a cómo actúan estos pacientes y en parte se ve manifestado algo de peligrosidad en su discurso cuando dice *“si tú haces las cosas como toca, y trabajas en equipo, no hay riesgo de que tú sufras ninguna cosa, ni hay peligro de que, de ser dañado”*.

La inquietud, la curiosidad o el nerviosismo lo encontramos presente cuando nuestras participantes hablan de la Salud Mental en general (sobretudo la curiosidad) pero más específicamente cuando hablan del inicio de prácticas clínicas frente a la novedad de este tipo de pacientes.

Relaciones sociales

Cuando analizamos las relaciones sociales, la pregunta a las entrevistadas fue si tendrían una relación con una persona con una patología mental. Nuestras cuatro entrevistadas, tras haber conocido a la persona, y a pesar de tener una buena relación, en el momento en que esta les dijese que sufre de este tipo de patologías, todas ellas afirman que se echarían para atrás y no seguirían conociéndole como pareja, sino como mucho como una amistad. Todas ellas lo justifican como una carga para la relación, que no se verían capaces de gestionar según qué situaciones, y que lo pasarían muy mal. En cambio, cuando les preguntamos si es una amiga la que tiene una relación con una persona con una enfermedad mental, tres de nuestras participantes se muestran positivas a apoyar a su amiga, solamente la participante 2 se sigue mostrando contraria al desarrollo de esa relación, diciendo que le diría a su amiga que se lo pensara bien.

Ámbito laboral

Cuando les preguntamos a nuestras entrevistadas si, en una entrevista de trabajo una persona debía decir si tiene una patología mental, las participantes 1 y 2 explican que sí,

ya que, si hay una descompensación de la enfermedad, es bueno que en el trabajo lo sepan para saber cómo actuar. Las participantes 3 y 4 opinan que no deberían decirlo ya que esto hará que puedan perder la oportunidad de que les contraten, la entrevistada 3 dice que en tal caso deberían decirlo a algún responsable posteriormente.

La mayoría de nuestras participantes creen que no se les debe adaptar el trabajo a personas con enfermedades mentales si son válidos para el puesto de trabajo, solo la entrevistada 4 se muestra dubitativa ante esta cuestión.

En cuanto a los centros especiales de trabajo, las entrevistadas 2 y 4 creen que son necesarios, ya que la medicación afecta al desarrollo de las personas y disminuyen su eficiencia en el trabajo. Las otras 2 participantes se muestran totalmente negativas a este tipo de trabajos, ya que dicen que son estigmatizantes.

Ámbito sanitario

Casi todas nuestras participantes están de acuerdo en que las personas con patologías mentales sean tratados en los centros u hospitales que requieran, solo la participante 4 dice que lo ideal es que hubiese un hospital de Salud Mental para cualquier tipo de urgencias para tratar a estas personas; a pesar de que posteriormente, esta participante está de acuerdo en que los pacientes no deben de ser tratados en hospitales de Salud Mental, sino donde se requiera en ese momento si su patología no está relacionada con su trastorno mental.

Se les preguntó dónde colocarían a un paciente con una patología mental que acude a medicina interna por dolor agudo en el pecho, y 3 de nuestras participantes están de acuerdo en “aislarlo” en una habitación individual, solo la participante 1 decide ponerlo en una habitación doble. Posteriormente, les preguntamos cómo darían el parte a su compañero del siguiente turno, y casi todas ellas (1,3 y 4) destacarían lo más relevante de cómo ha estado el paciente en cuanto al motivo de ingreso, sin embargo, la entrevistada 2 se centró en comentarle detalles acerca de la presencia o ausencia de síntomas de la enfermedad mental, y se olvidó de destacar la evolución respecto al motivo de ingreso del paciente.

En cuanto a cómo actuarían si tienen un paciente ingresado en traumatología con diagnóstico de enfermedad mental, las participantes 1 y 3 afirman que actuarían o irían con cuidado, o “con 4 ojos” a atenderle, las participantes 2 y 4 actuarían como con cualquier otro paciente.

Medios de comunicación

Todas nuestras entrevistadas están de acuerdo en que los medios son muy estigmatizantes a la hora de dar noticias sobre Salud Mental, ya que suelen exagerar o destacar solo la parte negativa de este ámbito.

Cuando les preguntamos sobre noticias positivas, solamente la participante 2 es capaz de acordarse de una noticia positiva que hablara de Salud Mental. Sin embargo, cuando les preguntamos sobre noticias en general relacionadas con la Salud Mental las participantes 1,2 y 3 fueron capaces de encontrar noticias relacionadas o que ellas creían que tenían relación con la enfermedad mental, las cuales todas estaban relacionadas con eventos negativos. Decimos que son noticias que creían estar relacionadas porque todas ellas son capaces de describir la noticia, pero realmente en su discurso dicen no estar seguras de si la persona protagonista tenía o no tenía una enfermedad mental: “sí, yo creo que tenía un

trastorno mental ese chico”, “*sí, seguro que podía tener algún trastorno mental*”, “*no me acuerdo, pero seguramente que algo buscarían*”. Tanto si las noticias tenían o no relación con una enfermedad mental, al ser noticias macabras y muy negativas, nuestras participantes enseguida lo relacionaron con la presencia de patología mental. Posteriormente, también destacamos que las participantes 1 y 2 relacionaron casos de violencia de género o violaciones con la enfermedad mental sin ser capaces de especificar alguna noticia en concreto en que se confirmara esta relación.

Causas de enfermedad

Todas nuestras participantes están más o menos de acuerdo en que las principales causas de enfermedad son familias desestructuradas, con bajo recurso social, relacionado con la genética, traumas infantiles... De acuerdo con lo que dice la OMS (2017), que menciona principalmente los factores sociales, culturales, económicos, nivel de vida y condiciones laborales y grupos con alto riesgo¹⁸: “*los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales*” solamente la participante 3 opina diferente a sus compañeras y más en desacorde con la OMS, diciendo que suele estar más relacionado con niveles altos de vida.

Vocabulario empleado

Algunas palabras o expresiones fueron destacables a lo largo de las entrevistas, ya que se consideran que en cierto modo pueden resultar estigmatizantes. En tres de nuestras participantes se ve presente la palabra *brote* cuya definición por sí sola es “*El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados*” poco o nada tiene que ver con el significado que nuestras entrevistadas quieren dar, que es agudización, o descompensación de la enfermedad. Relacionado con esto, también encontramos la expresión “*el paciente se brota*” según el uso que le dan las entrevistadas hacen del paciente sujeto activo a desarrollar unos síntomas, e ignoran que sea la enfermedad la que hace que se desarrollen estas descompensaciones, es el paciente el que tiene una enfermedad o trastorno, pero no es el paciente el que *se brota* voluntariamente para tener esa sintomatología.

También en la participante 2 es frecuente el uso de *enfermos mentales* en lugar de *personas con enfermedad mental* para referirse a los pacientes, este término en salud mental provoca más estigma, autoritarismo y menor tolerancia¹⁹ por parte de la sociedad.

También en la participante 4 percibimos una idea errónea sobre la salud mental al pedirle una definición de la misma “*...es gente que no tiene toda la capacidad que por ejemplo podemos tener nosotros, por ejemplo, la capacidad de razonamiento, de poder desempeñar un trabajo y desempeñarlo normal, tener criterio, yo pienso que es así, que es gente que hay algo dentro que no está bien, que no pueden...*”. Considerar inferiores a estas personas por el hecho de padecer una enfermedad es erróneo y estigmatizante²⁰, en un momento de agudización la persona puede no estar al 100% de sus capacidades, pero es un error generalizar en que estas personas por definición tienen menos capacidades que los demás.

Conclusiones:

Con este estudio se ha comprobado que el estigma no está presente solo en la sociedad en general, sino que, también está muy presente en los estudiantes de enfermería.

Estas percepciones a nivel sanitario son un problema, ya que la enfermería en concreto, es responsable de educar a la sociedad, por lo que la presencia de actitudes estigmatizantes en los profesionales inciden directamente en la sociedad.

Con las entrevistas se ha podido analizar e identificar el fenómeno del estigma, así como los factores que lo generan, coincidiendo estos con lo hallado en la bibliografía consultada. También se resaltan las percepciones y emociones que las entrevistadas muestran frente a estos pacientes o a diversas situaciones relacionadas con ellos.

Como dato a destacar en comparación a la bibliografía consultada es que diversas fuentes indicaban que el conocimiento y las experiencias previas con pacientes con enfermedad mental se consideran factores protectores frente al estigma, sin embargo, en el presente estudio, no se perciben diferencias entre las entrevistadas que habían tenido experiencias previas en Salud Mental de aquellas que aún no habían comenzado las prácticas clínicas de Salud Mental y no conocían la atención en este ámbito. La muestra de este estudio es pequeña y no puede extrapolarse a nivel general, pero sí que podemos afirmar que, en este caso, existen conductas estigmatizantes en los estudiantes de enfermería hayan o no hayan tenido experiencias previas.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
2. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*. 2006;126(12):445-451.
3. Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
4. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid* 2008. [Internet]. [citado 2017 Dic 08]; 28 (1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es
5. CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 16-20.
6. RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P., «Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma», *Eur. Psychiatry*, 2005, 20, pp. 529-539.
7. Cazzaniga J, Suso A. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma [Internet]. 1 ed. Madrid: Confederación salud mental España; 2015 [citado 7 Marzo 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

8. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2009;373(9661):408-415
9. Link B.G., Phelan J.C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27:363-385
10. Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo [Internet]. 2nd ed. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES); 2008 [citado 8 Febrero 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>
11. Web 1decada4 [Internet]. 1decada4.es. 2018 [citado 8 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.1decada4.es/>
12. Serafini G, Pompili M, Haghghat R, Pucci D, Pastina M, Lester D, et al. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(7):576-585
13. Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, XIV (55), pp.103-111
14. Granados-Gámez G, López Rodríguez M, Corral Granados A, Márquez-Hernández V. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;53(2):135-143
15. Demir, A., Ercan, F. 2018. The first clinical practice experiences of psychiatric nursing students: A phenomenological study. *Nurse Education Today*. 61, 146-152
16. Munarriz B. Técnicas y métodos en investigación cualitativa. Metodología educativa I/ coord. por Jesús-Miguel Muñoz-Cantero, Eduardo Abalde Paz, 1992, ISBN 84-600-8006-4, págs. 101-116.
17. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
18. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
19. Granello D, Gibbs T. The Power of Language and Labels: “The Mentally Ill” Versus “People With Mental Illnesses”. *Journal of Counseling & Development*. 2016;94(1):31-40.
20. Balasch M, Caussa A, Faucha M, Casado J, Sinergies S. La percepción de salud mental en Cataluña. Cataluña: Apunts; 2016.