



ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

TRABAJO DE FIN DE GRADO GRADO EN ENFERMERÍA

Autora: Mónica Rodríguez Chávez

Tutora: Ana María González Pérez

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección Enfermería. Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2019

ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

La estigmatización del paciente con trastornos mentales es uno de los problemas más frecuentes con los que se encuentra esta población a nivel de la sociedad y en el ámbito de la salud. Dicha estigmatización puede darse incluso en profesiones de la salud relacionadas con el cuidado de este tipo de pacientes. Si tenemos en cuenta que de la estigmatización a la discriminación, y por tanto a la exclusión social hay un paso, se hace necesaria la intervención tanto en profesionales sanitarios como en el conjunto de la sociedad, para que dichos estereotipos cambien. Aunque son varios los estudios que se han realizado con respecto al estigma en salud mental, he diseñado este Proyecto de Investigación de carácter observacional, descriptivo y transversal para realizarlo entre los alumnos de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna (ULL). El objetivo general de este proyecto es valorar el estigma social en la población del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna con respecto a los pacientes de salud mental. Se valorarán datos demográficos y se usará el Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) para la valoración del estigma. Para el análisis estadístico de los resultados se utilizará el paquete estadístico SPSS v.23 para Windows.

Palabras clave: Estigma, salud mental, paciente con trastorno mental, enfermería en salud mental.

ABSTRACT

The stigmatization of the patient with mental disorders is one of the most frequent problems with which this population has to deal, in society and in the field of health. These patients are found to be stigmatized even by health professionals whose work is related to their care. If take into account that stigmatization is only one step away from discrimination, thus, social exclusion, it is needed a change for both in health professionals and in society in general to achieve a change in stereotypes. Although there are several studies about the mental health stigma, I have designed this Research Project to have an observational, cross-sectional approach to carry it out among the students of the Nursing Degree from the University of La Laguna (ULL). The goal of this project is to value the social stigma in the population of students of Nursing Degree from the University of La Laguna with respect to mental health patients. Demographic data will be considered and the questionnaire of the community attitudes toward mental illness (CAMI) will be utilized to evaluate the stigma. The package SPSS v.23 for Windows will be used for the statistical analysis.

Key words: stigma, mental health, patient with mental disorder, mental health nursing.

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
2.1. Evolución histórica.....	2
2.2. Funciones de los profesionales de Enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental.....	4
2.3. ¿Qué es el estigma?.....	5
2.4. Origen del estigma en salud mental.....	6
2.5. Factores que ayudan a perpetuar el estigma del paciente de salud mental.....	7
2.5.1. <i>Institucionalización del paciente</i>	7
2.5.2. <i>Medios de comunicación</i>	8
2.5.3. <i>Factores dependientes de las personas con trastornos mentales</i>	9
2.6. Consecuencias del estigma.....	9
2.7. Acciones antiestigma.....	11
2.8. Estado actual del tema.....	12
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5. OBJETIVOS	15
5.1. Objetivo general.....	15
5.2. Objetivos específicos.....	15
6. METODOLOGÍA	15
6.1. Diseño.....	15
6.2. Población y muestra.....	16
6.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
6.4. Variables e instrumentos de medida.....	17
6.5. Recogida de datos.....	19
6.6. Análisis estadístico.....	20
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
8. CRONOGRAMA	21
9. LOGÍSTICA	22
10. PRESUPUESTO	22
11. BIBLIOGRAFÍA	24

12. ANEXOS	27
Anexo 1. Cuestionario sociodemográfico.....	28
Anexo 2. Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI).....	29
Anexo 3. Solicitud de permiso a la Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería.....	35
Anexo 4. Solicitud de permiso a la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria (EUENSC).....	36
Anexo 5. Formulario de consentimiento informado.....	37
Anexo 6. Carta explicativa.....	38
Anexo 7. Díptico.....	39

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de cuidados en Enfermería, ha estado ligado históricamente al concepto de salud. Éste, ha evolucionado a través de los tiempos, influido por los valores económicos, sociales, religiosos o técnicos de la sociedad en cada uno de los momentos que se pueden considerar. En cierto modo, el concepto y el camino de la propia Enfermería hacia la profesionalización ha estado íntimamente ligado a estos cambios en el concepto de salud y a los motivos que en ellos influían. ¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. La salud mental se define así, como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. Por otro lado, la enfermedad o el trastorno mental es *“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”*. ²

La enfermedad mental, rara vez origina una amenaza vital por sí misma (a excepción de las conductas suicidas), lo que también la diferencia de un gran número de enfermedades somáticas. Cabe destacar que el paciente con trastorno mental no suele mostrar dolor (no al menos de la forma que se presenta en otras patologías) y es muchas veces la afectación de terceras personas la única sintomatología que revela la presencia de enfermedad. ¹

Otro de los aspectos más destacables es la ausencia de conciencia de enfermedad que en ocasiones suele tener el paciente con trastorno mental. La Federación Mundial de la Salud Mental dejó bien claro en la Declaración de Makurahi (Japón, 1993) que *“la enfermedad mental no puede ser discriminatoria para los ciudadanos y debe ser tratada de igual forma que cualquier otra enfermedad”*. ¹

2. ANTECEDENTES

2.1. Evolución Histórica

Para poder comprender la situación actual en la que se encuentra la salud mental, es necesario realizar un análisis histórico acerca de las diferentes visiones que se han dado a lo largo de la historia.

Desde la época de los egipcios, podemos verificar en sus escritos que concibieron la enfermedad mental y la física como una sola, puesto que ambas tenían consecuencias en el estado físico de la persona.³

Pero en aquella época, el conocimiento que se poseía sobre éstas era bastante diferente, dado que atribuían tanto las enfermedades mentales como las físicas a espíritus demoníacos y a otras génesis de carácter mágico-religioso.⁴

Ya en la época griega, pensadores como Aristóteles creían que la música podía curar la enfermedad mental. Por otro lado, Hipócrates observó que la enfermedad mental estaba asociada a causas biológicas, centrándose en la nutrición de los pacientes como tratamiento de dicha enfermedad. En cambio, Galeno promovía que con el humor y ejercicio físico se podían curar los trastornos mentales.³

Frente a los intelectuales que ofrecían cuidados y tratamientos no agresivos, como método para combatir los trastornos mentales, habían otros que apoyaban métodos invasivos y violentos para los pacientes. Entre estos últimos pensadores se encontraba Esquilo, quien afirmaba que *“las enfermedades mentales sucedían a consecuencia de posesiones demoniacas”*. Homero por su parte, pensaba que *“la causa de las enfermedades de salud mental era simplemente a consecuencia divina, puesto que Dios se adueñaba de sus mente”*.³

Durante la Edad Media el avance en las ciencias sufre una pausa, incluyendo la de la salud mental. Es en esta época cuando la religión tomó un papel de gran importancia dentro de la comunidad. Todo ello condicionó gravemente la situación de los pacientes de salud mental. Se pensaba que los pacientes con trastornos mentales estaban poseídos por demonios y se les consideraba decadentes morales. Por su condición, fueron castigados y encarcelados en lugares inhumanos, bajo condiciones higiénicas y físicas decadentes.³

Con el paso de los años, la iglesia seguía siendo de gran relevancia en el pensamiento de la sociedad, pero su influencia fue cada vez menor, propiciando en la población un pensamiento más abierto. No obstante, en el siglo XVIII, el estigma hacia este colectivo permanecía enraizado en la sociedad, relegando a estas personas a lugares apartados por su condición. Es a mediados de este siglo, cuando la atención institucionalizada fue la respuesta a siglos de maltrato hacia las enfermedades mentales,

dando lugar a los primeros hospitales con la intención de “*cuidar a los enfermos, pobres y locos que vagaban por la calle*”. Pese a que la institucionalización suponía un avance para el momento, las condiciones en que se atendía a los pacientes eran poco éticas. A pesar de los avances, seguían produciéndose conductas no éticas, como hospitales que rentabilizaron las enfermedades de sus pacientes, convirtiendo los centros en escaparates de “locuras” para el resto de la población. Es verdad, que no en todas las instituciones se realizaban dichas actividades, puesto que se empezó a instaurar la idea de que la enfermedad mental era una enfermedad de la mente y no una posesión demoníaca, como había sucedido en la antigüedad.³

Con respecto al perfil de los pacientes que eran ingresados en estos establecimientos, debemos tener en cuenta que podían ingresar aquellos que eran enviados por las autoridades eclesiásticas o militares, los que procedían de otros centros hospitalarios por agravarse su estado de salud mental, o incluso aquellos que se desviaban de su conducta y eran llevados por la Inquisición, que eran los que se encontraban en las cárceles por haber vulnerado la ley o por vagabundear por las calles produciendo destrozos, escándalos y/o atentar contra el resto de la población.⁵

A mediados del siglo XIX, una de las máximas defensoras de la salud mental, Dorothe Dix, se convirtió en una de las primeras personas en luchar abiertamente contra el estigma de la enfermedad mental y gracias a su lucha, se abrieron más de 30 hospitales para el cuidado y el tratamiento de las personas con enfermedades mentales.⁶

Desde la Segunda Guerra Mundial, la desinstitucionalización de los pacientes con trastorno mental fue adoptada como una alternativa liberadora y humanizadora de los cuidados. Además, la introducción de fármacos, hizo que estas personas fuesen tratadas eficazmente y a la vez poder ser parte integrante dentro de la comunidad. Para llevar a cabo esta inserción social, se debía entender la desinstitucionalización como concepto de empoderamiento, para poder obtener el mayor bienestar y recuperación, haciendo partícipe al paciente de su propia salud y tomando decisiones junto a los profesionales, creando así conciencia de enfermedad, derivando como último recurso dentro de todo el proceso la institucionalización. A pesar de la evolución histórica sufrida en la salud mental y teniendo en cuenta los avances actuales respecto al contexto histórico, actualmente sigue existiendo el estigma hacia este colectivo, provocando que se comprometa el desarrollo de la desinstitucionalización.⁶

Actualmente, en el estado español desde la implantación de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, se comienza a permitir que los hombres y mujeres con enfermedades mentales fueran atendidos en los hospitales y otros centros como cualquier otra persona, dejando así el estar encerrados en los llamados manicomios. Esto

queda recogido en el artículo 20 de dicha ley *“la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales”*.⁷

Con la implantación de estas nuevas instituciones se empiezan a introducir determinados neurolépticos como la Clorpromazina (1952) y el Haloperidol (1961) que comenzaron a surtir efectos positivos en estos pacientes, con los que posteriormente se reducirían el uso de las contenciones mecánicas, dejando así de utilizarse como método de castigo o tortura y comenzando a usarse como medidas terapéuticas.⁸

Con el paso de los años, estos hospitales han ido mejorando, dando lugar a las actuales Unidades de Salud Mental, que se encuentran formadas por un amplio equipo multidisciplinar que cuenta con psiquiatras, psicólogos/as, enfermeras/os, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos.

Todos estos cambios que se han dado a lo largo de la historia de la psiquiatría, han dado como resultado el que crezcan notablemente los derechos de las personas con trastornos mentales, dando lugar a una menor institucionalización y una percepción distinta de su realidad.

2.2. Funciones de los profesionales de Enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental

El personal de Enfermería, es el colectivo que más tiempo pasa con los pacientes y en concreto, en salud mental, debido al control, seguimiento, acompañamiento y manejo que hay que tener con los mismos.

Las actividades desarrolladas por estos profesionales en este campo van dirigidas no solo al propio paciente sino también a su familia y entorno. Podemos reseñar algunas de ellas que van dirigidas al control y tratamiento de la propia enfermedad, seguimiento de programas, detección de situaciones de riesgo, educación terapéutica individual y grupal, la prevención de complicaciones y la rehabilitación psicosocial.⁹

Algunos autores como Mavidey, señalan las siguientes actividades como determinantes en la asistencia a este perfil de pacientes, con el objeto de mantener la autoestima de los mismos, como son la verificación del cumplimiento del tratamiento farmacológico, proporcionar higiene, confort, seguridad y confianza a los pacientes y familiares durante su estancia en la Unidad de Psiquiatría, reconocer a pacientes con ideas suicidas y brindar atención enfermera, crear grupos de autoayuda y ayuda mutua, dedicar atención enfermera independiente en las Urgencias Psiquiátricas, realizar tantas acciones como sean necesarias, de acuerdo a la afección específica que presente el paciente, etc.⁹

También señala medidas sobre la atención y prevención de la conducta suicida, o la atención y prevención del alcoholismo y drogodependencias., determinar factores de riesgo y necesidades de salud mental de los pacientes y familiares, ejecutar intervenciones como terapeuta en situaciones de riesgo y crisis para la rehabilitación psicosocial del paciente con sufrimiento psíquico, aplicando las principales técnicas psiquiátricas y terapéuticas en las diferentes actividades grupales, lúdicas y socioterapéuticas.⁹

Para ello el profesional de Enfermería utiliza una metodología de trabajo definida además de la realización de dinámicas con las familias y cuidadores que ayuden a fomentar la convivencia satisfactoria de sus miembros, donde la educación terapéutica es fundamental para alcanzar el autocuidado de estos pacientes y la implicación del entorno del mismo.⁹

2.3. ¿Qué es el estigma?

El significado etimológico de la palabra estigma proviene del griego y hace referencia a una marca en el cuerpo. Dicha marca, puede ser causada con un hierro caliente, como antiguamente era utilizado para castigar a los criminales, puede tratarse de la enfermedad en sí, o incluso puede ser que el individuo haya nacido con ella. Metafóricamente hace referencia a una marca negativa que diferencia a una persona.¹⁰

Bajo este término “estigma” hacemos referencia a un fenómeno social complejo que afecta, en las distintas sociedades conocidas, a diferentes grupos sociales, entre ellos a las personas con problemas de salud mental.¹¹

En relación con estas personas, desde la perspectiva de la atención comunitaria, se ha identificado el estigma como el núcleo básico de distintas barreras sociales, que dificultan su vida en la comunidad más allá de los efectos propios de la enfermedad.¹¹

Según algunos autores, la conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos actuales destacados:

1.- El de Corrigan et al. incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio).¹²

2.- Por su parte Link et al. abordan el estigma desde una perspectiva más social. Refieren que *“el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen”*. En su definición hacen hincapié en dos aspectos sociales. Por un lado, afirman que como precondition de estigma, las diferencias entre

las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia. Por otro lado, para que el estigma despliegue sus consecuencias nocivas, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado.¹²

2.4. Origen del estigma en Salud Mental

Existen varias teorías para establecer el origen del estigma que sufre la enfermedad mental, según Crisp *“existe una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse”*. De modo que, la persona que estigmatiza, reacciona la mayoría de las veces de manera que su conducta se ve modificada si el estigmatizado se encuentra presente, pudiendo reflejar actitudes como la agitación, inquietud, inmovilidad o nerviosismo.¹³

Siguiendo esa línea, Haghghat afina su definición del proceso estigmatizador y lo define como *“un instrumento utilizado en la competencia social, ya que, solemos categorizar, generalizar y ser defensivos ante la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo, ante un paciente con esquizofrenia irreflexivamente expandimos su “peligrosidad” a todos lo que ocupen la misma categoría”*.¹⁴

Lo expuesto anteriormente es de vital importancia en la intervención de personas con diagnóstico de enfermedad mental, debido a la existencia de numerosos prejuicios y mitos ligados a los trastornos mentales, ya que si no se afronta desde una triple perspectiva suelen transformarse en enfermedades que determinan la vida de la persona que sufre dicha enfermedad. Ante este problema, el paciente no solo tiene que lidiar con las dificultades asociadas a su enfermedad, sino que a éstas les debemos sumar las que se encuentra en la sociedad para poder realizar una vida normalizada.¹⁵

En la actualidad se hace necesario abordar la enfermedad mental desde un modelo bio-psico-social centrado en atender la enfermedad mental desde estos tres factores: biológico, psicológico y social. Esto será crucial tanto en su proceso diagnóstico como en su tratamiento.

2.5. Factores que ayudan a perpetuar el estigma del paciente de salud mental

Existen una serie de factores que influyen de manera negativa a la hora de evitar el estigma que se crea sobre el paciente de salud mental, puesto que en vez de evitar su creación, lo reafirma, haciendo más complicado así luchar contra estos prejuicios.

Autores como Goffman, Rosehan, Salter o Farina señalan la institucionalización del paciente, los medios de comunicación, así como las conductas de algunos pacientes con trastorno mental como factores predisponentes a la creación del estigma.^{16,18,11.20}

2.5.1. Institucionalización del paciente

Goffman y Rosenhan, desde distintos enfoques, proponen el foco de análisis en los efectos de la hospitalización psiquiátrica en la construcción de la identidad tanto del paciente psiquiátrico, como en la vida cotidiana de los profesionales.

Goffman es de los primeros Sociólogos que examina las vivencias de los pacientes en un hospital psiquiátrico, desarrollando un profundo análisis del funcionamiento de las “*instituciones totales*”, espacios caracterizados por el hecho de que el contacto con el exterior se encuentra impedido y porque todas las actividades de la vida diaria se centran en dicho espacio. A partir de este trabajo propone una versión sociológica de la estructura del yo, enfocado desde el punto de vista de los pacientes con trastorno mental. A partir de su noción de “*carrera mora*” analiza los cambios en la construcción de la identidad del yo de los pacientes en contacto con dichas instituciones. “*La transformación de la concepción del sí mismo*”, “*las degradaciones del yo*” y el “*despojo de los roles anteriores*” son parte de las nociones con las que el autor explica las consecuencias principales del paso por una institución total. De este modo, describe y analiza los vínculos que se establecen entre el mundo de los pacientes y el de los profesionales, la construcción de estereotipos acerca de unos y otros y la distancia social entre ambos.¹⁶

El trabajo de Goffman es sin duda, el que ha tenido mayor trascendencia y se ha convertido en una referencia obligada para los posteriores estudios sociales en salud mental, en particular para los estudios críticos con los hospitales psiquiátricos. Otro motivo por el que es relevante su trabajo es que propone una versión sociológica de la identidad personal centrada en las modalidades de interacción social como el eje de la construcción de la identidad.¹⁶

Esta perspectiva desplaza las explicaciones psicodinámicas para entender las enfermedades mentales, y pone el foco en las fuerzas sociales y situacionales que

determinan el origen de la enfermedad y el curso de la trayectoria psiquiátrica del paciente.¹⁶

Por otro lado, el estudio de Rosenhan, realizado desde la perspectiva de la desviación, explora la experiencia de la internación psiquiátrica a partir de preguntarse cuál es la diferencia entre la normalidad y la enfermedad mental, partiendo de la hipótesis de que los psiquiatras no pueden establecer dicha diferencia.¹⁷

Rosenhan, sabiendo la existencia del sufrimiento psicológico, muestra las profundas dificultades en la realización de diagnósticos confiables en materia de salud mental. Apoyándose en los resultados de su estudio, afirma que *“una vez que una persona recibe un diagnóstico psiquiátrico todas sus acciones son analizadas, sin excepción, en base a sus síntomas”*. La experiencia de internación es descrita a partir de dos categorías que concuerdan con la perspectiva goffmaniana: la despersonalización y la pérdida de poder.¹⁸

En definitiva, tal y como establecen estos autores, la institucionalización constituye la creación de una nueva identidad por parte de los pacientes, donde reflejan la imagen que la institución les impone, por tanto la relación institucional es sólo una relación de poder que sirve para perpetuar el dominio y la discriminación a través de la estigmatización.

2.5.2. Medios de comunicación

Con carácter general, los medios de comunicación de masas juegan un importante papel en la adquisición de conocimientos sobre distintos temas, en sectores importantes de la población. Conocimientos que se difunden y adquieren en “paquetes” más amplios, incorporando aspectos emocionales y generando propensiones conductuales, de manera matizada según el tipo de medio y de formato.¹¹

En relación con las personas con problemas de salud mental, hay estudios suficientes para afirmar que los mensajes de los medios son una de las fuentes más importantes de información sobre el tema y que la información difundida tiene, en la mayoría de los casos, evidentes sesgos de carácter negativo. Así se han estudiado en repetidas ocasiones y diferentes sociedades aspectos como la confusión entre distintos tipos de enfermedades y trastornos, la utilización estigmatizante del lenguaje, la desvalorización de los procedimientos de intervención y una serie de estereotipos relacionados con las personas con este tipo de problemas, entre los que destaca la asociación entre enfermedad mental y violencia.¹¹

El tratamiento del tema varía entre medios escritos y audiovisuales, así como entre noticias, reportajes, espacios de entretenimiento o films. Estos últimos de gran

relevancia y tienden de manera muy generalizada a representar a las personas con trastornos mentales graves mediante unos pocos tipos básicos, con sesgos evidentes: el del maníaco homicida, el del espíritu raro aunque libre y creativo o el del personaje cómico e infantil, incapaz de manejarse por sí mismo.¹¹

Y algo parecido sucede a menudo con los profesionales y sistemas de atención, objeto también de imágenes sesgadas y desvalorizadoras. Hay que tener en cuenta, sin embargo, el complejo papel de los medios en relación con el estigma. Autores como Salter, ponen de relieve, “*que no son los medios los que crean el estigma sino que en gran medida reflejan lo que encuentran en el medio social*”. Pero también es verdad que contribuyen a reproducirlo de manera activa, amplificando sus efectos y extendiéndolo a las nuevas generaciones.¹⁹

2.5.3. Factores dependientes de las personas con trastornos mentales

En lo que respecta a las personas con problemas de salud mental, hay una serie de factores que reproducen y refuerzan el proceso: las conductas extrañas que presentan en ocasiones y que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, con el efecto de los fármacos y muchas veces, con condiciones de vida derivadas de una deficiente atención sanitaria y social, el propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental, que los identifica y etiqueta como “diferentes”, los episodios de violencia que cometen ocasionalmente una minoría de estas personas, las imágenes difundidas por los medios de comunicación, que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas, los servicios tradicionales de salud mental (Hospitales Psiquiátricos), basados en lógicas de exclusión y defensa social y separados del resto de los servicios sanitarios y sociales y también algunas conductas profesionales, en sectores sanitarios y no sanitarios, incluidos los especializados en salud mental.²⁰

2.6. Consecuencias del estigma

Los avances en el tratamiento de las personas con trastorno mental han sido importantes en las últimas décadas. Sin embargo, estos cambios no siempre han ido paralelos a cambios en la actitud y las creencias sobre las personas que sufren un trastorno mental, persistiendo una imagen social negativa, sustentada por prejuicios y falsas creencias. Según autores como Bentall, “*en los últimos 10-12 años la opinión del público ha empeorado respecto a los trastornos mentales graves (TMG)*”. La principal causa la atribuyen a las explicaciones biogenéticas y a la tendencia a equiparar enfermedades físicas y mentales.²¹

Aunque el estigma tiene un efecto negativo sobre distintos problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos mentales graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención.²²

Las consecuencias de la unión de ambos problemas, la enfermedad mental y el estigma, implican una importante disminución de la calidad de vida, un mayor riesgo de aislamiento y de sufrir situaciones de exclusión. Por tanto, limita o impide una participación real y efectiva en la sociedad.²³

Las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando la persona interioriza las creencias y actitudes negativas de la sociedad, lo que da lugar al autoestigma. La pérdida de confianza y autoestima y el acusado sentimiento de inutilidad causados por el autoestigma afectan gravemente a la vida de las personas y a su recuperación, generando situaciones de aislamiento y desesperanza. El estigma además constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento, de la recuperación y de la integración de las personas con trastorno mental.²³

La discriminación también puede darse en las leyes y normativas, en la planificación y gestión de los servicios y afectar a casi cualquier actividad de la vida, ya sea la oportunidad de formación, el acceso a ocupación o empleo, a mantener relaciones sociales significativas, o a acceder a una vivienda. Incluso impide o limita en muchas ocasiones la participación en el propio tratamiento. En definitiva, el estigma supone múltiples formas de discriminación y provoca claras vulneraciones de los derechos más básicos de las personas con trastorno mental.²³

En la actualidad este panorama está cambiando ya que los estados e instituciones están desarrollando e impulsando políticas de protección dirigidas a estas personas. Así, la OMS señala la *“importancia de preparar políticas e implementar actividades en contra del estigma y la discriminación, promoviendo el bienestar mental a través del desarrollo de campañas dirigidas al fomento de una imagen más positiva de la enfermedad mental”*.²⁴

2.7. Acciones antiestigma

En este marco de potenciar políticas o estrategias de intervención en las que se facilite la incorporación en la sociedad de los pacientes con trastorno mental, encontramos medidas para promocionar la salud mental, prevenir los trastornos mentales, control, seguimiento y rehabilitación así como acciones antiestigma en la sociedad general y en los profesionales de la salud.

En todos los países democráticos, y en especial en el entorno europeo, existen declaraciones programáticas que promueven políticas transversales de la lucha contra la estigmatización que contienen los principios a tener en cuenta en la legislación vigente de cada país.²³

A nivel Europeo, podemos encontrar varias medidas con tal fin, como fueron las *“Conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores”* de junio de 2003, sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental, o la *“Declaración europea de salud mental”*. Conferencia Ministerial de la OMS que se llevó a cabo en la ciudad de Helsinki, en enero de 2005. Otra iniciativa llevada a cabo en este nivel de actuación, fue la realizada en 2008, *“De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa”* Mental Health Europe. Esta iniciativa nació con el fin de analizar el estado de diferentes factores de riesgo de exclusión en los países miembros de la Unión Europea, analizar las actuaciones llevadas a cabo para combatir dichas situaciones e identificar recomendaciones.²³

En nuestro país también se han llevado a cabo varias acciones en este sentido como la realizada en 2007 por parte del Ministerio de Sanidad *“Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental”* o el *“Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave”* propuesto por el Ministerio de trabajo y asuntos sociales en el Catálogo General de Publicaciones Oficiales Capítulo 15: Lucha contra el estigma social.²³

En nuestra Comunidad Autónoma en el mes de marzo del presente año, se implantó el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, que recoge una serie de acciones destinadas principalmente a la reducción y prevención del estigma:²⁴

Rehabilitación Psicosocial, desarrollo de los Programas de Empleo y Alojamiento Alternativo, y celebración del Día Mundial de la Salud Mental en el ámbito comunitario, fomentando el contacto social, la formación y la concienciación social.²⁴

- Actividades puntuales de formación y concienciación en el ámbito educativo (charlas en institutos y colegios, jornadas de puertas abiertas, etc.) y para población diana (personal de otras instituciones, por ejemplo ayuntamientos, ámbito sanitario, etc.).²⁴
- Implementación de grupos de abordaje del autoestigma en algunos dispositivos de la Red de Salud Mental.²⁴
- Puesta en marcha de los primeros programas de Ayuda Mutua del Servicio Canario de la Salud así como Grupos de Psicoeducación y Apoyo a familias.²⁴
- Creación de espacios de divulgación a través de medios de comunicación (por ejemplo, programas radiofónicos).²⁴
- Participación en el Aula del Paciente en el Hospital Doctor Negrín (Gran Canaria, 2016 y 2017).²⁴
- Mayor peso de contenidos referentes al estigma, el autoestigma y los derechos de las personas con problemas de salud mental en la formación de residentes y otros trabajadores del ámbito sanitario y socio-sanitario.²⁴
- Fomentar el movimiento asociativo de familiares y usuarios.²⁴

En definitiva, el estigma es un fenómeno complejo, con amplias repercusiones en la vida de las personas con trastorno mental y por ello, se hace necesario seguir interviniendo a través de la planificación de servicios adecuados a las necesidades de los pacientes con trastorno mental, la inclusión prioritaria de objetivos antiestigma de forma transversal en los servicios de salud mental, la sensibilización de la comunidad y medios de comunicación y la formación y concienciación sobre los derechos de los usuarios con problemas de salud mental dirigida tanto a profesionales de salud, servicios sociales, centros educativos, fuerzas y cuerpos de seguridad, judicatura, como a las propias personas afectadas y sus familiares.²⁴

2.8. Estado actual del tema

En la Guía de estilo de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), podemos encontrar una serie de datos estadísticos que reflejan el valor actual del tema y la importancia de seguir investigando en el campo de la salud mental, ya que es un sector en crecimiento llegando a representar el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer o enfermedades cardiovasculares.²⁵

A nivel mundial, una de cada cuatro personas padecerá un trastorno mental en su vida ya que se prevé que este tipo de enfermedades aumenten considerablemente en los próximos años, de hecho un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. ²⁵

Actualmente 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida y menos del 25% de los usuarios son diagnosticados y tratados correctamente en los países occidentales. Como dato destacable a nivel mundial, tenemos que tan solo el 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y otras psicosis cometen actos de violencia, hecho que afianza la teoría de que los casos de violencia no son la norma. ²⁵

Como datos destacables en nuestro país nos encontramos que entre el 2'5 y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave. Esto supone más de un millón de personas. Por otro lado, seguimos con la línea de crecimiento que teníamos a nivel mundial puesto que un 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental (grave o leve) y el 15 % lo tendrá a lo largo de su vida. ²⁵

En cuanto a los cuidadores, las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental .El 88% de la atención de los servicios de atención los realizan cuidadores informales. ²⁵

En España nos encontramos con el problema de que más de la mitad de las personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado, y el empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, y el 44% aseguran haber sufrido algún tipo de discriminación laboral. ²⁵

3. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que sufren un trastorno mental, generalmente se encuentran en la posición de tener que combatir por un lado, con los síntomas de la enfermedad y por otro con el estigma social que ha padecido dicho colectivo a lo largo de la historia.

Por falta de información, prejuicios y mitos, la sociedad no entiende a los afectados por una enfermedad mental. Y hay que tener en cuenta que este estigma no sólo afecta a los pacientes sino también a sus familiares y cuidadores.

Este hecho tiene como resultado la dificultad para el desarrollo de las intervenciones sociales, sanitarias y también la integración de las personas que padecen algún tipo de trastorno mental en la sociedad.

Por otro lado, los estudiantes del Grado en Enfermería dedicarán su labor profesional a cuidar, ayudar, tratar y formar tanto a los pacientes como a las nuevas generaciones de enfermeras que pasen por servicios relacionados con el paciente de salud mental.

Como profesionales de la salud, es importante conocer si la información generada puede contribuir en el futuro a potenciar, mediante actividades formativas, el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento para ayudar al conjunto de la sociedad a comprender y empatizar hacia los comportamientos de las personas con trastornos mentales.

Algunos estudios que se han llevado a cabo en los últimos años sobre estudiantes y estigma en salud mental serían por ejemplo el de González et al., en su *“Estudio del estigma y la Esquizofrenia en los estudiantes de Enfermería”*, donde se les pasó un cuestionario a 204 alumnos con una edad media de 22 años, obteniendo como resultado que una de las principales causas que provocan el estigma hacia dichos pacientes es la falta de información o la información errónea.²⁶

Por otro lado, pudieron observar que dicha desinformación e imagen negativa hacia la Esquizofrenia es aún mayor en los alumnos de 1º y 2º, por lo que creen necesaria la realización de campañas a través de los medios de comunicación en los diferentes ámbitos para evitar este tipo de comportamientos.²⁷

Otro estudio realizado en esta línea es el de Granados-Gámez, cuyo objetivo fue el de *“Analizar las creencias y actitudes de los estudiantes de Enfermería antes y después de realizar las prácticas clínicas en servicios de Salud Mental”*. Tras el estudio, se encontraron diferencias significativas entre los alumnos que habían realizado las prácticas y los que no en dichos servicios. También se encontraron diferencias entre los alumnos que tienen un amigo que sufre de problemas mentales y los que no. Con ello se llega a la conclusión de que la forma teórica es insuficiente para la reducción del estigma y debe ir acompañada de un proceso experimental.²⁸

En Florida se realizó otro estudio en 2011 sobre las aptitudes de los estudiantes de Enfermería hacia los pacientes con trastorno mental. Se cuestionaban si después de realizar un curso de formación, cambiarían sus actitudes hacia ellos. El estudio comprobó, que después de acabar el Grado en Enfermería, los estudiantes hicieron un cambio positivo respecto a su situación inicial. También se observó que los estudiantes que tenían un contacto previo con este tipo de pacientes, mostraron haber disminuido aún más las actitudes negativas que presentaban haciendo ver que a más contacto estudiante-paciente de salud mental, menor es el miedo y mayor las actitudes más positivas.²⁹

Es por ello, que el interés principal del presente proyecto, subyace en la necesidad de valorar el grado de estigma que poseen los estudiantes universitarios de Grado en Enfermería ante dicha problemática, así como determinar la percepción de los mismos hacia los pacientes con trastorno mental y analizar las diferencias entre los alumnos de los diferentes centros donde se imparte el Grado en la ULL.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipótesis planteada es que los estudiantes de Grado en Enfermería tendrán una mejor percepción hacia los pacientes con trastornos mentales a medida que aumenta su contacto con los mismos, así como su grado de formación e información en Salud Mental.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

- Valorar el estigma social en la población del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna con respecto a los pacientes de salud mental.

5.2. Objetivos específicos

- Determinar la percepción de los alumnos de Grado en Enfermería entre la población con trastorno mental.
- Estudiar la relación entre la frecuencia del contacto con personas con trastorno mental y el grado de estigmatización.
- Observar la diferencia de opinión entre los alumnos que han rotado por algún servicio de salud mental y los que no lo han hecho.
- Analizar la diferente percepción de los alumnos con respecto a los usuarios de salud mental en relación al centro donde cursan el Grado en Enfermería de la ULL.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño

Se realizará un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

La muestra del estudio serán los alumnos de Grado en Enfermería de la ULL y se llevará a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería en Tenerife y sede de La Palma así como en la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria (EUENSC). El estudio de investigación se llevará a cabo durante el último cuatrimestre del curso académico.

6.2. Población y muestra

- Población: La población de estudio comprende los 818 alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º curso del Grado en Enfermería de la ULL. A continuación se expone el desglose por centro de estudio y curso, según datos facilitados por la Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULL.

Centro	1º	2º	3º	4º	Total alumnos
Facultad Ciencias de la Salud (Tenerife)	87 alumnos	96 alumnos	104 alumnos	102 alumnos	389 alumnos
Facultad Ciencias de la Salud (Sede La Palma)	50 alumnos	47 alumnos	42 alumnos	46 alumnos	185 alumnos
Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria	61 alumnos	59 alumnos	61 alumnos	63 alumnos	244 alumnos
Total					818 alumnos

- Muestra: La muestra a escoger deberá cumplir una serie de requisitos, los cuáles expondremos en el siguiente apartado.

Realizaremos el cálculo del tamaño muestral según la fórmula que mostramos a continuación, utilizando un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada de 5%, y una precisión de 3%, dando como resultado, una muestra de **163** alumnos tal y como mostramos a continuación:

Fórmula:

$$n_{\text{opt.}} = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

En donde:

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d² = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Por lo que obtenemos:

$$n_{\text{opt.}} = \frac{818 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.95}{(0.03)^2 * (818 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.95} = 163 \text{ alumnos}$$

Dado que el resultado de la muestra es un número reducido (163) y tenemos que tener en cuenta las posibles pérdidas de alumnos que no quieran participar en el estudio, hemos decidido utilizar la población total del estudio (818 alumnos) para obtener así unos resultados fiables.

6.3. Criterios de inclusión y exclusiónCriterios de inclusión:

- Estudiantes de Grado en Enfermería en la ULL.
- Ambos sexos.
- Querer participar en el proyecto de investigación.

Criterios de exclusión:

- Barreras idiomáticas que impidan la comunicación y/o lectura de los cuestionarios.
- No querer participar en el proyecto de investigación.

6.4. Variables e instrumentos de medida

Para determinar la percepción de los alumnos de Enfermería hacia los pacientes de salud mental utilizaremos dos encuestas autoadministradas: una de variables sociodemográficas (Anexo 1), y el Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) de Taylor y Dear (1981) (Anexo 2). Validado al español por Ochoa S. et al.

Datos sociodemográficos:

Variables Cuantitativas	Medición
Curso (Variable dependiente discreta)	1º,2º,3º,o 4º
Edad (Variable independiente discreta)	Intervalo de años

Variables Cualitativas	Respuestas
Sexo (Variable independiente, nominal y dicotómica)	Masculino/Femenino
Centro donde cursa Grado en Enfermería (Variable dependiente y nominal)	Facultad Ciencias de la Salud (Tenerife)/Facultad Ciencias de la Salud (Sede La Palma)/Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria
Contacto con personas con problemas de salud mental (Variable dependiente y dicotómica)	Sí/No
Razón de dicho contacto (Variable dependiente y nominal)	Familiar/Laboral/Voluntariado/Prácticas Clínicas/Amistad/Otros
Frecuencia del contacto (Variable dependiente y ordinal)	Esporádica/Frecuente/Habitual/Permanente
Ha recibido información sobre personas con trastorno mental (Variable dependiente y dicotómica)	Sí/No
Fuente de dicha información (Variable dependiente y nominal)	Formación ULL/Internet/Libros/A través de las personas/Otras
Ha realizado Prácticas en servicios de salud mental (Variable dependiente y dicotómica)	Sí/No

Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI):

Se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness (OMI), la cual está validada en varios idiomas y ha sido utilizada internacionalmente para valorar el estigma social en poblaciones como Enfermería, Psiquiatría, familiares, etc.³⁰

La escala está compuesta por 40 ítems, valorados con escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. La puntuación de cada subescala resulta de sumar los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo.

Factores:

- Autoritarismo: evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos.
- Benevolencia: valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista.
- Restricción social: evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización.
- Ideología de la salud mental en la comunidad: evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general

6.5. Recogida de datos

El proyecto de investigación se llevará a cabo una vez se haya obtenido la autorización por parte tanto de la Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería de la ULL (Anexo 3) como por parte de la Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria (EUENSC) (Anexo 4) para la realización de los cuestionarios en dicho centros.

Tras la autorización procederemos a desplazarnos a los diferentes centros con el fin de proporcionar la información sobre la investigación y sus objetivos a los alumnos, y se les invitará a participar en el estudio. En el caso de la Facultad de Ciencias de la Salud, sede La Palma, la investigadora se desplazará a la isla un día entero para la

realización del estudio previa concertación de cita. En todos los centros se dejará claro que la participación en estos cuestionarios es completamente voluntaria y anónima.

Si los estudiantes deciden participar, se les pedirá que rellenen el consentimiento informado (Anexo 5) que deberán entregar junto con los cuestionarios. También se les repartirá una carta explicativa donde nos comprometemos por escrito a cumplir con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Anexo 6). Después de haber acordado con el profesorado una hora concreta para realizar la encuesta, la duración de la misma será de aproximadamente unos 20 minutos.

Finalmente se les pedirá que introduzcan tanto los dos cuestionarios como el consentimiento informado en el sobre que se les entrega al principio y que lo introduzcan en un buzón que colocaremos en las porterías de los centros, y se les repartirá un díptico informativo sobre “Prevención del estigma hacia los pacientes con trastorno mental” (Anexo 7).

6.6. Análisis estadístico

La realización del análisis estadístico se llevará a cabo a través del paquete estadístico SPSS v.23 para Windows.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para una mayor fiabilidad de los datos, poder cumplir correctamente las consideraciones éticas y garantizar la protección de datos, así como, la confidencialidad de la información personal proporcionada por los alumnos ajustándonos a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se incluirá en el sobre de los cuestionarios tal y como explicamos en el punto anterior, una carta detallada e informativa explicando con claridad la finalidad y objetivo principal del estudio, así como la voluntariedad de la participación en el mismo que deberían firmar los participantes y devolver conjuntamente con el cuestionario.

De ésta manera existirá un compromiso por escrito asegurando la total confidencialidad de los datos, anonimato y agradecimiento a aquellos que decidan participar en el estudio contestando y depositando en el sobre dicha información.

8. CRONOGRAMA

El proyecto de investigación tendrá una duración de cuatro meses aproximadamente, que abarcará desde la iniciación del proyecto hasta la entrega de los datos los centros.

MES	1				2				3				4			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad																
Solicitud de permisos	■	■	■													
Elaboración y búsqueda de cuestionarios				■	■	■										
Distribución de cuestionarios							■	■								
Recogida de cuestionarios									■	■						
Análisis de datos											■	■				
Elaboración de informe													■	■	■	
Entrega de resultados a los centros																■
Tiempo total	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

9. LOGÍSTICA

Para este proyecto se contará con el apoyo del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna que facilitará la realización del mismo en sus instalaciones y acceso a su alumnado.

La investigadora dispone de ordenadores para el manejo de datos, la búsqueda bibliográfica y software con licencia para el análisis estadístico con SPSS v. 23 para Windows.

Se solicitará ayuda económica detallada en el siguiente punto.

10. PRESUPUESTO

Se ha realizado un presupuesto estimado sobre los gastos necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación, pudiendo ser variable en función de los gastos adicionales que puedan surgir. A continuación se exponen en la siguiente tabla:

	MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO/UNIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS MATERIALES	Fotocopias (1 de consentimiento informado, 1 de cuestionario sociodemográfico y 6 de CAMI)	818*8=1304	0.03€	39.12€
	Caja para sobres	1	4€	4€
	Sobre para cuestionarios	163	0.05€	8.15€
RECURSOS HUMANOS	Estadístico	1 empleado	100€	100€
OTROS	Gasolina		20€	20€
	Billete a La Palma	1	50€	50€
	Transporte y dietas en La Palma		50€	50€
TOTAL				271.27€

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes, J., Bousoño, M., González, M., López, J. y Sáiz, P. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.; 2002. pp.22-25.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
3. Governor`s Council on Mental Health Stigma. State of New Jersey. The evolution of stigma. [Internet]. [Acceso: 16 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.nj.gov/mhstigmacouncil/about/evolution/>.
4. Molina, AB. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. Revista de Enfermería Neurológica 2011; 10(1):53-55.
5. Sacristán, C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. 2009; 16(45):163-188.
6. Delgado Bueno, S. y González de Rivera y Revuelta, J.L. Aspectos legales de los internamientos Psiquiátricos. [Internet]. Acceso: 17 mayo 2019]. Disponible en: http://www.psicoter.es/_arts/88_A053_05.pdf.
7. De España, Juan Carlos I Rey. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España: Boletín Oficial del Estado. 1986.
8. Alarcón Galván, VJ., Enríquez Roa, PA., y Hernández González, T. Manual de contención mecánica. 2005.
9. Mavidey, S., y Ariel P. Funciones profesionales de enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental. Revista Educare nº 10 – diciembre 2009.
10. School, HM. The evolving understanding of stigma. [Internet] 2010 [Acceso: 5 mayo 2019]. Disponible en: http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/the-evolvingunderstanding-of-_stigma
11. López, M. Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. [Internet] [Acceso 2 de mayo 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marcelino_Lopez/publication/242642684_MEDIA_STIGMA_AND_DISCRIMINATION_IN_MENTAL_HEALTH_SOME_ELEMENTS_FOR_A_REASONABLE_STRATEGY/links/5416c99f0cf2bb7347db720a/MEDIA-STIGMA-AND-DISCRIMINATION-IN-MENTAL-HEALTH-SOME-ELEMENTS-FOR-A-REASONABLE-STRATEGY.pdf
12. Arnaiz Muñoz, A. Uriarte Uriarte, J. Estigma y enfermedad mental. Revista Norte de salud mental nº26. 2006; (26) pp. 50-58.

13. Crisp, A. The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry*; 2001, pp. 197-199.
14. Haghghat, R. A unitary theory of stigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*; 2001. pp. 207-215.
15. Aznar, E. & Berlanga, A. Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004.
16. Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. 1984.
17. Rosenhan, D. On being sane in insane places. *Science*; 1973. pp. 250-258.
18. Mantilla, M., y Alonso, J. Aportes Socio-Antropológicos De Las Etnografías En Hospitales Psiquiátricos. Revisión De La Bibliografía Anglosajona Y Latinoamericana. [Internet] [Acceso 25 de marzo 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/203266869/Mantilla-y-Alonso-Aportes-Socio-Antropologicos-De-Las-Etnografias-En-Hospitales-Psiquiatricos>
19. Salter M, y Byrne P. The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin*, 2000; pp. 281-283.
20. Farina A. Stigma. En: Muesser KT, Tarrier N. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston, Allyn and Bacon, 1998; pp: 247-279.
21. Bentall, R., Read J., y Mosher L. Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2007
22. López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez AM., y Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Neuropsiq*. 2008; pp. 43-83
23. Guía salud. Información para pacientes sobre Intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave. El estigma y el Trastorno Mental Grave y cómo afrontarlo. *Guíasalud.es*. [Internet] [Acceso 9 de mayo 2019]. Disponible en: http://www.quiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/07_estigma.html
24. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. 2019; pp. 331-333.
25. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y medios de comunicación. Guía de estilo. [Internet] 2008 [Acceso 25 de mayo 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2011/01/GUIA-DE-ESTILO-SEGUNDA-EDICION.pdf>
26. OMS. Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: EDIMSA; 2005.

27. González González, L; Prat Reixach, E. y cols. Estudio del Estigma de la Esquizofrenia en los Estudiantes de Enfermería. [Internet] [Acceso 10 de mayo 2019]. Disponible en:

<http://www.academia.cat/files/425-8235-DOCUMENT/estudioestigmaesquizofrenia.pdf>

28. Granados-Gamez G, Del Mar Lopez Rodriguez M, Corral Granados A, y Marquez-Hernandez VV. Attitudes and Beliefs of Nursing Students toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2016

29. Morrison R. Nursing Students' Attitudes toward People with Mental Illness: Do they change after instruction and clinical exposure?. University of South Florida. [Internet] 2011 [Acceso 29 de marzo 2019]. Disponible en:

<https://honors.usf.edu/documents/Thesis/U00977266.pdf30>

30. Ochoa S., Martínez-Zambrano F. y cols. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016; 9 (3) pp. 150-157.

31. Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental. [Internet] [Acceso 15 de mayo 2019] Disponible en:

<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=275>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico

El cuestionario que se muestra a continuación es individual, voluntario y completamente anónimo. Para que el estudio se realice con éxito deben cumplimentarse cada uno de los apartados de la manera más sincera y realista posible. Se ruega claridad y que se indique con una cruz la casilla que considere correcta. Gracias por su colaboración.

1. Curso:

1º 2º 3º 4º |

2. Centro donde cursa el Grado en Enfermería:

Facultad Ciencias de Facultad Ciencias de EUENSC
la Salud (Tenerife) la Salud (Sede La Palma)

3. Edad

18-25 años 26-36 años 37 o más años

4. Sexo:

Masculino Femenino

5. He tenido contacto con personas con trastornos mentales:

Sí No

6. Razón del contacto:

Familiar Voluntariado Amistad
Laboral Prácticas Clínicas Otros

7. Frecuencia del contacto:

Esporádica Frecuente Habitual Permanente

8. He recibido información sobre personas con trastornos mentales:

Sí No

9. Fuente de la que ha recibido esa información:

Formación ULL Libros Medios de comunicación
Internet A través de otras personas Otros

10. He realizado Prácticas Clínicas en servicios de salud mental:

Sí No

Anexo 2. Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental (CAMI) ³¹

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Anexo 3. Solicitud de permiso a la Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna

Estimada SRA. Vicedecana de la Facultad,

Como alumna de 4º Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, me pongo en contacto con usted con la finalidad de comunicarle que actualmente me encuentro realizando mi Trabajo Fin de Grado cuyo título es : “ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA”, con el fin de valorar el estigma social en la población del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna con respecto a los pacientes de salud mental.

Con el fin de poder llevar a cabo la investigación, solicito su autorización para distribuir los cuestionarios a los estudiantes de Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Sección de Enfermería, Tenerife y sede La Palma.

Agradeciendo de antemano su colaboración y esperando su respuesta.

Reciba un cordial saludo,

Firma alumna TFG

Mónica Rodríguez Chávez

Firma tutora TFG

Ana María González Pérez

En San Cristóbal de La Laguna a.... de del 2019

Anexo 4. Solicitud de permiso a la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria (EUENSC)

Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria

Universidad de La Laguna

Estimada SRA. Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria

Como alumna de 4º Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, me pongo en contacto con usted con la finalidad de comunicarle que actualmente me encuentro realizando mi Trabajo Fin de Grado cuyo título es : “ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA”, con el fin de valorar el estigma social en la población del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna con respecto a los pacientes de salud mental.

Con el fin de poder llevar a cabo la investigación, solicito su autorización para distribuir los cuestionarios a los estudiantes de Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria.

Agradeciendo de antemano su colaboración y esperando su respuesta.

Reciba un cordial saludo,

Firma alumna TFG

Mónica Rodríguez Chávez

Firma tutora TFG

Ana María González Pérez

En San Cristóbal de La Laguna a.... de del 2019

Anexo 5. Formulario de consentimiento informado

Consentimiento para investigación alumnos de Enfermería

Estimados compañeros,

Me dirijo a ustedes con el objetivo de informarles que actualmente me encuentro realizando mi Trabajo de Fin de Grado que tiene por título: “ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA”. Dicho proyecto de investigación tiene como principal finalidad el determinar la percepción de los alumnos de Enfermería con respecto a los pacientes de salud mental.

Es por ello que solicito su colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios que se adjuntan, así como el consentimiento informado para el uso de los datos.

Se realizarán dos cuestionarios: uno sobre datos sociodemográficos y el cuestionario CAMI (Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental), el cual consta de 40 ítems donde se debe responder puntuando entre 1 y 5 en cada casilla, en una escala en la que: 1 significa “Totalmente de acuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”.

La participación en este estudio es voluntaria y totalmente anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro fin fuera de la investigación.

En San Cristóbal de La Laguna a.... de del 2019.

Fdo. Alumna investigadora

Mónica Rodríguez Chávez

Anexo 6. Carta explicativa

Reciba UD. un cordial saludo, se le han entregado dos cuestionarios con el objetivo de llevar a cabo un estudio en el que se pretende “Valorar el estigma social en la población del alumnado de Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna con respecto a los pacientes de salud mental”.

Para llevar a cabo el estudio es imprescindible contar con la máxima colaboración y participación. Y de manera totalmente VOLUNTARIA debe de contestar lo más sincero posible las preguntas de los cuestionarios.

Todo procedimiento será totalmente anónimo. Al acabar de realizar el cuestionario lo depositará en el sobre y acto seguido lo recogeremos. De esta manera nos aseguramos la máxima confidencialidad y respeto hacia ustedes, los participantes, por lo que en ningún momento será necesario revelar su identidad ajustándonos a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Finalmente agradeciéndoles sinceramente su colaboración y tiempo dedicado.

Firma

Fecha..... de..... del.....

Gracias por su colaboración

Anexo 7. Díptico



**TFG: ESTIGMATIZACIÓN DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL
ENTRE LOS ALUMNOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Alumna: Mónica Rodríguez Chávez
Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección Enfermería



"Quisiera ser
como ese
globo, para ser
libre de mi
enfermedad"

Paciente con
*Esquizofrenia
paranoide*

PREVENCIÓN DEL ESTIGMA HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL



 **Facultad de
Ciencias de la Salud**
Universidad de La Laguna



MITOS Y REALIDADES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

PROPUESTAS CONCRETAS

SÍ, POR FAVOR

- Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: persona con enfermedad mental / con problemas de salud mental
- Referirse a los centros de atención: Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación
- Referirse a los ingresos psiquiátricos como: ingreso hospitalario en...
- Contenidos que muestren los logros y las capacidades del colectivo: convivencia familiar, relaciones sociales, empleo, proyectos personales, etc.
- En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a describir los hechos directamente observables (sin pejujar la causa del hecho a una enfermedad mental)
- Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con enfermedad mental a recibir una atención adecuada, con la que es posible la recuperación
- Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.

NO, GRACIAS

- Términos que etiquetan a los individuos sustentando su condición: **esquizofrénico, depresivo, psicótico...**
- Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan el estigma: **enfermo mental, trastornado, perturbado, loco...**
- Imágenes que transmiten **aislamiento social, improductividad o que despiertan compasión o rechazo**
- Incluir solo noticias sobre salud mental en relación a **problemas, actos violentos, y buscando titulares morbosos**
- No mencionar los problemas de salud mental si éstos **no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso**
- **Omitir información o proporcionar información sesgada**, que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.
- **Infravalorar el testimonio de las propias personas** con trastorno mental como fuente de información imprescindible en cuestiones de salud mental

MITO

- 1.- "La enfermedad mental es siempre irreversible"
- 2.- "La enfermedad mental... "es un castigo o culpa de la persona o los familiares", "es hereditaria", "es contagiosa"
- 3.- "Las personas con enfermedad mental no pueden convivir con el resto"
- 4.- "Las personas con enfermedad mental son violentas"
- 5.- "No se puede ayudar a las personas con enfermedad mental"
- 6.- "La enfermedad mental supone menor grado de inteligencia"
- 7.- "Las personas con enfermedad mental no pueden trabajar"
- 8.- "Todas las personas con enfermedad mental son genios o artistas"

REALIDAD

- 1.- Con el tratamiento adecuado las personas con enfermedad mental pueden recuperarse plenamente
- 2.- La enfermedad mental se debe a un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en ningún caso es culpa de la propia persona o de su familia.
- 3.- El 86% de las personas con enfermedad mental vive con sus familias. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada y deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona.
- 4.- La enfermedad mental no provoca actitudes violentas. Solo el 3% de las personas con enfermedad mental comete actos violentos por culpa de su enfermedad, cuando no reciben el tratamiento adecuado.
- 5.- Los familiares y amigos de la persona con enfermedad mental pueden apoyar su recuperación y deben tomar parte del tratamiento. La sociedad debe comprender y aceptar estas enfermedades como cualquier otra.
- 6.- Las personas con enfermedad mental no presentan menor capacidad intelectual.
- 7.- Muchas personas con enfermedad mental trabajan, aunque gran parte del colectivo denuncia discriminación laboral.
- 8.- Las personas con enfermedad mental, como las de cualquier otro colectivo, no tienen por qué destacar en ningún campo artístico.

Fuente: SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Guía de estilo. FEAFES