



**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO ULL- ULPG  
EN BIOÉTICA Y BIODERECHO  
CURSO ACADÉMICO: 2017-2018**

**Trabajo Fin De Máster  
Enfermería, Estereotipos y Estigmatización del Usuario  
Drogodependiente**

**Autor: Gerson Reyes Abreu**

**Tutora: Dra. Janet Delgado Rodríguez**

**Cotutora: Dña. Mari Luz Ibáñez Garrote**

## 1. Índice

1. Índice	2
2. Resumen	3
3. Introducción	4
4. Justificación	4
5. Marco Teórico	5
6. Objetivos y finalidad del estudio	9
6.1. Objetivo principal	10
6.2. Objetivos secundarios	10
7. Metodología del estudio	10
7.1. Diseño del estudio	10
7.2. Sujetos del estudio	10
7.2.1. Criterios de inclusión	11
7.2.2. Criterios de exclusión	11
7.3. Variables del estudio	11
7.4. Recogida de datos	11
7.5. Recogida y manejo de los cuestionarios	13
7.6. Análisis estadístico de los datos	13
8. Plan de trabajo	14
9. Aspectos éticos	14
10. Resultados	16
11. Discusión	20
12. Conclusiones	21
13. Bibliografía	22
14. Anexos	25
Anexo I. Solicitud de evaluación del estudio por el CEIm	26
Anexo II. Compromiso del investigador principal	27
Anexo III. Hoja de información al participante	28
Anexo IV. Modelo de consentimiento informado por escrito	30
Anexo V. Cuestionario de atribución 27 adaptado	31
Anexo VI. Encuesta sobre la UDH y sus usuarios	34

## **2. Resumen**

Los estereotipos negativos y la consiguiente estigmatización son habituales en el paciente de salud mental. Dentro de estos, encontramos un grupo más castigado, si cabe, por los estigmas, el paciente drogodependiente. El personal de enfermería que atiende a estos pacientes puede ser también víctima de la corriente social estigmatizadora, lo que perjudicaría el proceso de desintoxicación y curación. Detectar estructuras estigmatizantes dentro del personal de enfermería mejorará, por tanto, la calidad de los cuidados prestados. Para ello hemos pasado dos cuestionarios, una encuesta sobre la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario y sus usuarios; y un cuestionario elaborado a partir del cuestionario AQ-27.

Palabras clave: estereotipos, estigmatización, paciente drogodependiente, enfermería.

### **Abstract**

Negative stereotypes and consequent stigmatization are common in the mental health patient. Within these, we find a group more punished, if possible, by the stigmata, the drug-dependent patient. The nursing staff that attends to these patients can also be a victim of the stigmatizing social current, which would harm the process of detoxification and healing. Detecting stigmatizing structures within the nursing staff will improve, therefore, the quality of the care provided. For this we have passed two questionnaires, a survey on the Hospital Detoxification Unit of the University Hospital and its users; and a questionnaire prepared from the AQ-27 questionnaire.

Keywords: stereotypes, stigmatization, drug dependent patient, nursing.

### **3. Introducción**

Aunque la visión que tiene la población sobre los consumidores de drogas ha ido mejorando de forma paulatina, se siguen viendo afectados por numerosos estereotipos<sup>1</sup>. Las situaciones cotidianas más la forma sensacionalista en la que los medios de comunicación tratan la información sobre la drogadicción (Alemany y Rosell 1981, Marconi 1997; y Pérez Madera 2000) han colaborado a que se instaure la idea de que las personas drogodependientes son egoístas e insolidarias (Prats 1997)<sup>2</sup>. Circunstancias como estas son las que producen la estigmatización del usuario drogodependiente ya que se considera a estas personas como irritables, marginales, manipuladoras e incluso peligrosas... haciendo que se piense que relacionarse con este tipo de persona sea un riesgo importante. A medida que estos pensamientos se instauran más difícil le resulta a la persona deshacerse de ellos<sup>3</sup> y por tanto “su vida como individuo se ve señalada y cargada de atributos negativos” (Rubio, 2001)<sup>4</sup>. Estos mismos estereotipos negativos pueden estar presentes en el personal encargado de tratarlos durante su ingreso en una unidad de desintoxicación o en cualquier planta de un hospital o centro sanitario, derivando los mismos es prejuicios y, con posterioridad derivando a realizar conductas estigmatizadores con los pacientes, lo que puede traducirse en un trato distante o descortés<sup>1</sup> que dificultará el proceso de salud en el que se encuentre el paciente. Cannon y Brown describen en su estudio cómo las enfermeras entienden que deben evitar los estereotipos relacionados con los consumidores de tóxicos para mejorar la calidad de los cuidados<sup>5</sup>.

### **4. Justificación**

El motivo de la realización de este estudio es conocer si existen estereotipos negativos que puedan justificar la presencia de actitudes estigmatizadoras en el personal de enfermería de la Unidad de Desintoxicación y de la primera planta de la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias; que puedan disminuir la calidad con la que se administran cuidados a los usuarios de la primera de las unidades mencionadas con anterioridad. Los estereotipos y prejuicios tienen un marcado cariz social, ya que se han presentado a lo largo de la historia en todas las sociedades posibles. La pertenencia del personal a la sociedad no hace que estén excluidos de verse intoxicados por estos estereotipos; y por tanto, que puedan verse influenciados por la estigmatización de estos pacientes cada vez que interactúan con ellos.

Con la modulación de los estereotipos negativos y el cambio de conducta y consideración de los usuarios<sup>6</sup> el personal de enfermería estará capacitado para respetar los principios humanistas de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; mejorando la calidad asistencial en lo posible. Los trabajos de Ford y cols. En 2008 y 2009<sup>7,8</sup> confirman la hipótesis de que una buena preparación específica del

personal, que mejore los conocimientos y cambie las conductas negativas hacia este tipo de paciente hace que mejore la calidad de los servicios administrados.

## **5. Marco Teórico**

### **a. Estereotipos y Prejuicios**

Los estereotipos son constructos cognitivos compartidos por los miembros de un mismo grupo que hacen referencia a cualquier rasgo o atributo personal: físico, de personalidad, conducta, roles, etc...; que poseen los miembros de otro determinado grupo social<sup>9</sup>. Por lo tanto no tienen por qué ser siempre sobre aspectos negativos de los otros grupos.

Los estereotipos tienen varias funciones, tanto individuales en las que dan herramientas cognitivas al sujeto; como sociales, defendiendo los intereses colectivos, justificando las creencias grupales hacia los exogrupos y manteniendo la autoestima e identidad grupal.

Como constructo cognitivo que son, en 1992, Lippmann describe los estereotipos como preconcepciones que gobiernan la percepción, imponiendo un cierto carácter a los datos antes que lleguen a la inteligencia. Esto es debido a que los considera como algo rígido, repetitivo y que se aplican de forma mecánica.<sup>9</sup> Por su parte, Huici, considera que suponen una forma de economía por la simplificación que hacen de la percepción de la realidad.<sup>2</sup> Por tanto, los estereotipos sirven para poder sintetizar la información que recibe del medio social, facilitando el procesamiento de la misma.

Además de esta función cognitiva tiene otra justificativa, ya que los estereotipos, cuando están asociados a los prejuicios sirven para justificar la hostilidad que sienten los individuos hacia los exogrupos. Así lo apunta Huici: los estereotipos son la expresión y racionalización de un prejuicio<sup>2</sup>.

Esta función, puede asociarse a la defensiva, por la que los estereotipos mantienen la identidad grupal e individual, haciendo que la autoestima del individuo y del grupo al que pertenece sea estable; y por tanto a todos los criterios, ideas y pensamientos representativos del colectivo social al que representa.

Los prejuicios son estereotipos negativos acompañados de repercusión emocional negativa. Si los estereotipos formaban parte de la cognición de la persona, los prejuicios formarán parte del mundo emocional. La recepción de los prejuicios por parte de las personas suelen traer de la mano una disminución de la autoestima y el autoconcepto.

## **b. Estigma:**

El estigma fue definido en 1963 por Goffmann como “un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular, donde el individuo que lo aporta queda reducido para otros participantes de la interacción”<sup>10</sup>. Por tanto, el estigma es menospreciar o criticar algo que no tiene porqué ser malo pero si servir al interlocutor para remarcar su normalidad menospreciando al opositor.

Como vimos con anterioridad, la asociación de los estereotipos con emociones negativas van a formar los prejuicios, los cuales se van a manifestar en forma de conducta, que será discriminatoria, marcando distancia social, teniendo actitudes y comportamientos de desprecio y rechazo hacia la otra persona o grupo; en definitiva teniendo actitudes estigmatizadoras, que harán que el grupo afectado parta desde una situación de desventaja con respecto al resto y que será muy complicada de revertir<sup>10</sup>. Por tanto podemos concluir que los estereotipos están formados por el área cognitiva, los prejuicios por la emocional y la discriminación por un factor conductual.

Los estigmas se suelen agrupar en tres áreas: los defectos físicos, los defectos caracteriales; y los tribales de la raza. Cuando los grupos sociales consideran que hay algún fallo en una de estas áreas se estigmatiza a la persona, se produce una diferenciación de los grupos sociales, quedando el grupo considerado débil o estigmatizado excluido de la dinámica social, reduciendo sus posibilidades de avanzar y mejorar en la misma, anulando lo social la individualidad<sup>3</sup>.

La estigmatización de los pacientes con patología psiquiátrica en España, pretende dar un giro importante el 25 de abril de 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad, en concreto el capítulo 3, artículo 20<sup>11</sup>. Con ella se pretendía terminar con la estigmatización de los pacientes psiquiátricos, que eran apartados del resto de la sociedad siendo enclaustrados en hospitales psiquiátricos; para comenzar a ser “libres” y ser tratados como el resto de ciudadanos.

La salud mental siempre se ha valorado de distinta manera que el resto de patologías; esto se puede ver en la baja prioridad que le han dado los agentes de salud tanto en partidas presupuestarias como en los planes y programas de salud que le dedican<sup>12</sup>. Por tanto, se puede presuponer la estigmatización que tienen estos pacientes respecto al resto. Tanto los pacientes con patología psiquiátrica como los que tienen problema con las adicciones, además de la estigmatización por parte del resto de la sociedad, son víctimas del auto estigma, interiorizando los prejuicios; generando con ello una disminución de la autoestima, lo que se cristaliza en la auto discriminación y por tanto en el auto aislamiento social<sup>12</sup>.

### **c. Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría.**

Nuestro estudio se va a realizar en la primera planta de Unidad de Internamiento Breve de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias y en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del mismo centro.

La Unidad de Internamiento Breve está formada, físicamente, por dos plantas, la primera impar, que es la que participará en nuestra investigación, que acoge a un total es una unidad que acoge a un total de 14 y la segunda impar, que recibe un máximo de 18 pacientes. Éstos tienen que tener patologías de salud mental en estado agudo, por lo que el tiempo de estancia máxima no suele superar los 3 meses; siendo el único criterio para que se destine a los pacientes desde el servicio de urgencias a una planta u otra, la disponibilidad de cama. Al ser una unidad de agudos, los pacientes que precisen más tiempo de los tres meses para normalizar su estado psicopatológico serán derivados a la Unidad de Subagudos o de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Santa Cruz de Tenerife.

El personal que trabaja en este servicio lo forman 8 enfermeros y 10 auxiliares de enfermería y un miembro del servicio de limpieza, por planta. Se comparte la supervisora de enfermería y el equipo de psiquiatras. Además habría que sumar uno o dos enfermeros y auxiliares de enfermería más para cubrir los planes de vacaciones y los estudiantes de la Especialidad de Salud Mental que estén rotando por el servicio.

El personal de enfermería que puede participar en el estudio será el de la planta primera impar, ya que el servicio de la Unidad de Desintoxicación se encuentra situado en dicha planta, separado físicamente por una puerta que separa las instalaciones y los pacientes. Considero que además de por la localización, el personal de enfermería tiene más opciones de estar familiarizado con los pacientes de la unidad de desintoxicación por tener los pacientes de la UDH que atravesar el servicio de psiquiatría para realizar pruebas, interconsultas, paseos terapéuticos, etc.

### **d. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria**

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias en Tenerife es un servicio pionero en nuestro archipiélago, ya que fue el primer centro de desintoxicación activo en nuestras islas, se encuentra funcionando desde el 17 de Agosto de 1987. Con posterioridad se abrieron Unidades de Desintoxicación en el Hospital Universitario Doctor José Molina de Orosa en Lanzarote y en los Hospitales Universitarios Insular y Dr. Negrín en Gran Canaria. En la actualidad las únicas que permanecen funcionando son las unidades del Hospital Universitario de Canarias en Tenerife y la del Hospital Universitario Dr. Negrín en Gran Canaria.

Forma parte, junto con Unidades de Atención al Drogodependiente, Centros de Día y las Comunidades Terapéuticas de la Red Asistencial

de Atención a las Drogodependencias en Canarias; que a su vez, dependen de la Dirección General de Salud Pública.

La UDH del HUC, está localizada en la primera planta, lado impar, del edificio de hospitalización, dentro de la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría; separadas ambas por una puerta que se abre exclusivamente con llave. Está formada por 4 habitaciones, por lo que atiende a 8 pacientes que ingresan en periodos de una semana como mínimo.

Se encarga de la desintoxicación, por lo que controla la abstinencia física, es decir, lo que comúnmente se llama “mono” de los pacientes. También se trabaja la conciencia de enfermedad, control de impulsos, adherencia al tratamiento, etc. También da unas primeras directrices para empezar con la deshabituación, lo que son los UAS (Unidades de Atención al Drogodependiente), las Comunidades Terapéuticas y otra serie de recursos, las encargadas de esta fase del proceso.

El personal que participa en este proceso está formado por 8 enfermeros y otro adicional que se une al equipo durante las vacaciones para ir cubriendo las mismas. Carece de personal Auxiliar de Enfermería en exclusividad, realizando las tareas de este gremio el equipo de auxiliares de la primera planta de psiquiatría. También comparte con las dos plantas de internamiento breve a la supervisora de enfermería.

Tiene un psiquiatra adjunto encargado de controlar el proceso de desintoxicación, que en ocasiones es acompañado por el psiquiatra que esté realizando la Residencia de Salud Mental y tenga destinado rotar por este servicio.

La parte orgánica es controlada por el servicio de Infecciones, teniendo también una médico adjunta encargada de la valoración somática, analíticas, radiografías y resto de pruebas que se soliciten. A su vez, también suele estar acompañada por los residentes asignados por rotación.

Los usuarios de este servicio son personas con adicciones a sustancias (alcohol, cannabis, cocaína y heroína en todos los formatos de administración posibles; metadona, psicofármacos, anfetaminas, etc...). No acepta pacientes que necesiten corregir actividades adictivas como la ludopatía, sexo, etc... Por tanto, son personas de toda clase social y económica, habitualmente mayores de edad aunque también se ha ingresado menores de edad de forma puntual, que ingresan de forma voluntaria previa aceptación del contrato terapéutico que explica los objetivos y normas que se tendrán que cumplir en el servicio.

#### **e. Momento actual**

El personal de enfermería que trabaja en su día a día con el paciente drogodependiente, ya sea en unidades de desintoxicación o en hospitalización, precisa estar bien preparado para asistir de la forma más adecuada a las necesidades fundamentales de los mismos. Un buen entrenamiento en las habilidades a la hora de contactar con estos usuarios les hará desaparecer las ideas preconcebidas y



estigmatizantes<sup>13</sup>. Cannon y Brown describen cómo las enfermeras entienden que deben evitar los estereotipos relacionados con los consumidores de tóxicos para mejorar la calidad de los cuidados. En esta línea se pronuncia Keller en 2007, que evidencia que los conocimientos y actitudes de los enfermeros puede influir negativamente en los cuidados que reciben los pacientes drogodependientes. Éste mismo autor detectó que, a diferencia de lo expuesto por Pinikahana que cree que los sanitarios que trabajan en psiquiatría no tiene actitudes discriminatorias con los pacientes drogodependientes y consideran que deben recibir tratamiento en todas las recaídas; los enfermeros de urgencias no tienen esperanza de que los drogodependientes mejores después de un primer ingreso fallido<sup>5</sup>.

Respecto al tratamiento que recibe el paciente drogodependiente, que es uno de los puntos que se intentaría cambiar en posibles estudios posteriores que se pudieran ligar a éste, Mateo y cols<sup>14</sup> en 2016 nos dicen que encontraron una relación positiva y significativa entre los conocimientos y las creencias sobre el cuidado prestado a los pacientes alcohólicos por parte de los estudiantes de enfermería que participaron en su investigación.

El artículo de Betthencourt y Arena en 2013<sup>6</sup>, explica el miedo y angustia que sienten las enfermeras que tiene que tratar a algún paciente drogodependiente y revela como solución el tener asertividad con ellos, comprender que son personas con determinados problemas; ya que de esta forma, poniéndose en el lugar del paciente y comprendiendo sus situaciones y problemas, se puede ayudar a que alcance la desintoxicación y a la curación.

Otro artículo que aporta información valiosa a este trabajo fin de master es el que realizó Cibanal<sup>15</sup> en 2004, en el que remarca que “la relación con un paciente toxicómano tiene que estar envuelta en la empatía, autenticidad, aceptación incondicional, etc; sin las cuales no será posible la relación, pues nuestros prejuicios a veces son tan fuertes, que no nos relacionamos con la persona que tenemos delante, sino con la imagen que nos hemos hecho de ella”.

## **6. Objetivos y finalidad del estudio**

El objetivo principal del estudio es conocer si dentro de la población de profesionales de la rama de enfermería, que trabajan en la primera planta de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, que está constituida por la Unidad de Internamiento Breve (de aquí en adelante UIB) y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (a partir de ahora UDH), existen estereotipos que puedan afectar al paciente que ingresa en la UDH. Este estudio pretende ser un trabajo preliminar a partir del cual se puedan desarrollar futuras investigaciones orientadas a evitar los estereotipos y prejuicios entre los profesionales sanitarios que se dediquen al cuidado de pacientes con enfermedades relacionadas con la salud mental.

En ningún caso este estudio tiene la finalidad de evaluar, criticar o prejuzgar a ningún trabajador de los que participan en él. Para preservar la

identidad de los participantes, se presentará el consentimiento informado, la adaptación del cuestionario AQ-27 y la encuesta sobre la UDH, en distintos sobres; y se solicitará que al responder a las dos encuestas sólo especifiquen la categoría profesional y el lugar de trabajo. De esta forma no se sabrá quien ha respondido las encuestas y por tanto no se puede saber la opinión personalizada de cada individuo.

#### 6.1. Objetivo Principal

- Averiguar si existen estereotipos negativos que puedan crear actitudes estigmatizadoras en el personal de enfermería del servicio de la primera planta de psiquiatría, tanto de la UIB como la UDH; del Hospital Universitario de Canarias.

#### 6.2. Objetivos Secundarios

- Conocer si los estereotipos varían en función de la unidad de hospitalización dentro de la mencionada planta de psiquiatría.

### 7. Metodología del Estudio

#### 7.1. Diseño del estudio

Se ha decidido que las características que tendrá el diseño será la de un estudio cuantitativo, exploratorio- observacional, descriptivo y transversal.

#### 7.2. Sujetos del estudio

Los sujetos a estudiar serán los 9 enfermeros de la UDH que se encuentren trabajando durante el mes de agosto, los 9 enfermeros de la UIB, que se encuentren activos durante el mismo mes; y el supervisor del servicio, que es el mismo para ambas unidades. Por tanto, se espera que la muestra esté formada por 19 personas, ya que en el caso de que hayan trabajadores de baja o vacaciones habrá una persona sustituta que sería la encargada de participar en el estudio si así lo deseara. No es lo habitual por ser el mes de agosto, pero si estuviera rotando por alguno de los dos servicios algún residente de enfermería de salud mental también podría participar en el estudio si así lo creyera conveniente. Igualmente, se aceptará la participación del personal de la segunda planta de la UIB de psiquiatría que haya trabajado de forma asidua en la unidad de desintoxicación previamente.

### 7.2.1. Criterios de inclusión

- Ser enfermero de la UDH del Hospital Universitario de Canarias.
- Ser enfermero en la UIB de la primera planta de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.
- Ser supervisor/a del Servicio de Psiquiatría (UIB y UDH) del Hospital Universitario de Canarias.
- Ser residente de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental y estar haciendo la rotación en cualquiera de las dos unidades mencionadas con anterioridad.
- Ser enfermero de la segunda planta de internamiento breve de psiquiatría pero haber trabajado previamente con asiduidad en la unidad de desintoxicación.

### 7.2.2. Criterios de exclusión

- Ser auxiliar de enfermería de la primera y segunda planta de la UIB de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.
- Ser enfermero de la segunda planta de psiquiatría y no haber trabajado previamente en la UDH.
- Estar de vacaciones o de baja durante el mes de agosto.
- Ser psiquiatra o residente de psiquiatría del servicio de psiquiatría.
- Rechazar participar en el estudio.

A los profesionales de enfermería que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión se solicitará el consentimiento informado por escrito, siendo éste el único documento que tendrá el nombre y apellidos del participante, estando el resto sin identificar y teniendo como datos informativos el lugar de trabajo y la categoría profesional del participante.

### 7.3. Variables de estudio (principal y secundarias)

- La principal es si existen los estereotipos dentro de la población de estudio.
- La variable secundaria es el lugar donde ejerce su profesión.

### 7.4. Recogida de datos

Los datos del estudio se obtuvieron tras solicitar a los participantes que rellenaran dos cuestionarios: un cuestionario elaborado a partir del Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27) y una encuesta de creación propia que nos informará de las ideas que

tienen los participantes acerca de la Unidad de Desintoxicación y el tipo de usuarios a los que atienden.

El Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27)<sup>16,17</sup> es un cuestionario específico para ver la aparición de estereotipos en pacientes con enfermedades mentales, creado por Corringan y cols.; traducido al español y validado por Muñoz et al., el año 2015; obteniendo una consistencia interna (Alfa Cronbach) de 0.85.<sup>18</sup> Propone una historia principal sobre un paciente esquizofrénico, pero da la posibilidad de hacer otra valoración proponiendo otras 4 historias en las que se valoran 4 condiciones distintas: sin peligro, con peligro, peligro sin control de la causa, peligro con control de la causa. Al no haber encontrado ninguna escala específica de valoración de los estereotipos de pacientes toxicómanos, hemos pensado realizar un cuestionario a partir de la versión traducida al castellano de esta escala; con la historia más sencilla sobre José, cambiaremos el diagnóstico de esquizofrenia por el de drogodependiente; y suprimiremos la sintomatología activa de la esquizofrenia. Los enunciados de las preguntas se reflejarán sin cambios. Por tanto, el cuestionario continuará estando formado por 27 preguntas que se responderán marcando en una escala tipo Likert de 1 a 9.

El AQ- 27, mide 9 factores: responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación. Cada factor contiene 3 ítems por lo que el valor máximo que puede alcanzar cada factor es 27 y el mínimo 3. A mayor valor del ítem mayor puntuación en el factor y por tanto, mayor presencia del estereotipo. El único factor, y por tanto sus tres ítems, que se mide distinto sería el de evitación, invirtiendo el resultado; es decir, cuanto más baja sea la puntuación más presencia tendrá el estereotipo.

Para poder realizar el estudio se ha decidido, tomar como referencia las puntuaciones  $\geq 7$  y  $< 7$  en todos los factores, salvo en el de evitación que se tendrá como referencia los valores entre  $\leq 3$  y  $> 3$ . De esta forma, consideraremos que se estará de acuerdo con el enunciado de la frase cuando el valor dado sea de 7 o más; siendo la puntuación alta en los tres ítems que valoren el mismo factor si pasan de 20; el ítem neutro será los que tenga valores comprendidos entre 4 y 6, siendo la puntuación del factor intermedia si el valor obtenido está entre los 10 y los 20 puntos; y se estará en desacuerdo con los enunciados cuando los valores sean igual a 3 o menor; siendo la puntuación baja cuando el resultado sea menor de 1º puntos, salvo en el factor de evitación.

La encuesta de creación propia sobre la UDH y los usuarios que ingresan en ella, está compuesta por 8 preguntas dicotómicas (Si/No) donde la elección será responder si o no; y 1 pregunta con varias opciones, pudiendo señalar una o varias respuestas. Con esta encuesta pretendo conocer que percepción tienen los

participantes en el estudio sobre este recurso de la Red Canaria de Drogodependencias y sus pacientes.

#### 7.5. Recogida y manejo de los cuestionarios

Se explicó el objetivo del estudio a cada uno de los participantes del estudio que se encuentren ese día trabajando. Una vez firmado el consentimiento se le pasó uno de los cuestionarios y después el siguiente, dejando cada uno metido en su sobre correspondiente. Se les especificó que sólo tenían que poner su nombre en el consentimiento y que en los test sólo deben rellenar su profesión y el lugar de trabajo en el espacio diseñado para ello. Siendo el objetivo que los participantes tuvieran claro que se respetaría totalmente su confidencialidad y por tanto no podría tenerse en cuenta su respuesta con ningún otro fin que tener una idea grupal de si existe o no estereotipos con los pacientes drogodependientes. Era importante que los participantes tuvieran claro este punto para que sus respuestas no estuvieran sesgadas por emitir una “respuesta adecuada socialmente”, tuvieran miedo de posible desconsideración por el resto de compañeros u otras consecuencias de tipo laboral. Al ir dejando en el sobre correspondiente sus respuestas es imposible saber quién respondió cada test. Sólo se vaciaron los diferentes sobres para estudiar los resultados una vez que habían respondido todos los enfermeros que quisieron participar voluntariamente en el estudio. Diariamente se estimó que se obtendrían 2 cuestionarios de 2 enfermeros de la UIB y otros de 2 enfermeros por parte de la UDH, lo que sumarían 4 cuestionarios diarios. Esto no fue así por distintas circunstancias como cambios de turnos, imposibilidad de responder a los cuestionarios por dificultades en el trabajo, etc. Como comentamos en apartados anteriores se esperaba que la muestra total sea de unos 20 colaboradores aproximadamente; siendo el total real obtenido de 18; los 9 esperados de la Unidad de desintoxicación, 6 de la primera planta de la UIB, 2 de la segunda UIB pero que habían trabajado previamente en la primera o en la UDH; y el supervisor, que por equilibrar las poblaciones fue considerado como personal de psiquiatría.

#### 7.6. Análisis estadístico de los datos

Debido a la poca muestra y a no participación de otras categorías profesionales y otras variables a analizar se decidió hacer una comparación simple de los resultados obtenidos en los dos grupos de muestra; los enfermeros de la UIB y los enfermeros de la UDH.

## **8. Plan de trabajo**

En primer lugar, se solicitará permiso a la supervisora del servicio de Psiquiatría (primera y segunda planta de UIB; y UDH). También se pedirá consentimiento al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias. Esto se realizará a finales de Julio principios de Agosto.

Con posterioridad me iré reuniendo con los posibles participantes para explicarles en qué consiste el estudio, que firmen el consentimiento y vayan rellenando los cuestionarios si deciden participar en el mismo. También se tendrá en cuenta que se cumplan los criterios de inclusión y no se cumplan ninguno de los criterios de exclusión para poder participar en la misma.

El tiempo necesario para realizar las tareas no se excederá de los 10 minutos, realizándose la explicación y formalización de los cuestionarios en la sala destinada a la realización de los cambios de turno de la primera planta de la UIB de Psiquiatría.

En la UIB me reuniré con un compañero en su horario laboral, solicitando que me regale un tiempo de su horario de descanso para desayunar. Me reuniré primero con un enfermero y luego con otro, de forma que permanezcan en la planta 2 auxiliares de enfermería y el otro enfermero y puedan atender a los pacientes que se encuentren ingresados. Una vez termine con el primer enfermero realizaré el mismo procedimiento con el otro enfermero que esté trabajando ese día.

En la UDH, llevaré a cabo el mismo proceso que en la UIB de psiquiatría.

Como se comentó en apartados anteriores, las encuestas se guardarán en sobres distintos, uno con todos los cuestionarios AQ-27; y otra con la encuesta sobre la unidad de desintoxicación, preservando así la confidencialidad de los participantes.

El proceso de obtener los dos cuestionarios necesarios para la realización del estudio del total de la población participante puede durar unas dos semanas como mucho, dependiendo el tiempo real de los cambios que realicen entre si los participantes.

Una vez que se tienen todas las encuestas de los participantes que definitivamente han decidido participar en el estudio, se vaciarán los sobres y se descargarán los datos obtenidos. Enfrentándolos a continuación para poder sacar los resultados oportunos para concluir el estudio.

## **9. Aspectos éticos**

El estudio no tiene ningún riesgo para los participantes ya que se trata exclusivamente de que expongan sus creencias acerca de lo que es la Unidad de Desintoxicación y los usuarios de la misma y que completen el cuestionario realizado a partir del AQ-27. Se tendrá en cuenta salvaguardar la identidad del trabajador, de forma que no exista forma de saber quién contestó los cuestionarios; y por tanto no podrá sentir acoso, humillación o miedo a alguna represalia por el tipo de respuesta asignada. Aun así existe la posibilidad de que el colaborador participe en el estudio dando respuestas aceptadas socialmente.

Entiendo que el trabajo de investigación que se va a llevar a cabo produce beneficios a nivel individual, grupal y de calidad asistencial. A nivel individual porque si se obtienen datos que sugieran la existencia de estereotipos se podrá iniciar actividades para el cambio, si así se desea. A nivel grupal se verá una mejor sintonía y menos estrés o disgusto por tratar con pacientes drogodependientes sin estar bajo el poder de los estereotipos. Y por tanto, se mejorará el nivel de los servicios prestados a este tipo de usuario.

A nivel grupal, al ser entrevistados los trabajadores de dos en dos y tener poca duración la participación no habrá perjuicio para el funcionamiento de la planta ni sobrecarga para los compañeros que estén fuera atendiendo a los pacientes.

Se deberá obtener el consentimiento informado, otorgado de forma libre, de cada sujeto antes de su participación en el estudio. Se especificará el procedimiento utilizado para obtenerlo.

Toda la información del ensayo clínico deberá ser registrada, manejada y archivada de forma que permita su comunicación, interpretación y verificación exactas. Se deberá proteger la confidencialidad de los registros que pudieran identificar a los sujetos respetando la privacidad y las normas de confidencialidad de acuerdo con los requisitos legislativos pertinentes.

El estudio se realizará en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Brasil (2013); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

El profesional debe otorgar su consentimiento antes de ser admitido en el estudio clínico. El investigador habrá de explicar la naturaleza, propósitos y posibles consecuencias del estudio, de una manera comprensible al colaborador. La información proporcionada por el investigador deberá ser también registrada.

El sujeto del estudio otorgará su consentimiento, firmando el modelo correspondiente que también deberá llevar la firma del investigador.

En el Anexo IV (pag.30), se adjunta una copia del modelo de consentimiento informado.

El investigador no iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que haya obtenido el consentimiento del paciente.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio, sólo tendrá acceso a los mismos el investigador, el auditor en caso de que el estudio se sometiese a una auditoría, el CEIm y las Autoridades Sanitarias.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y al Reglamento general europeo de protección de datos 2016/679.

## **10. Resultados**

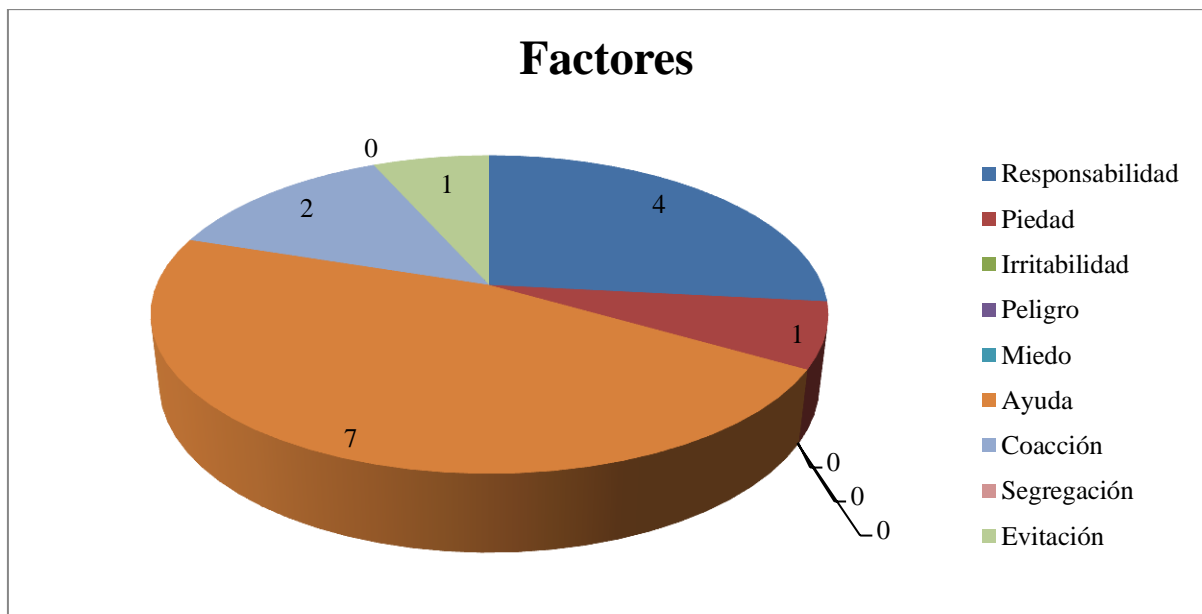
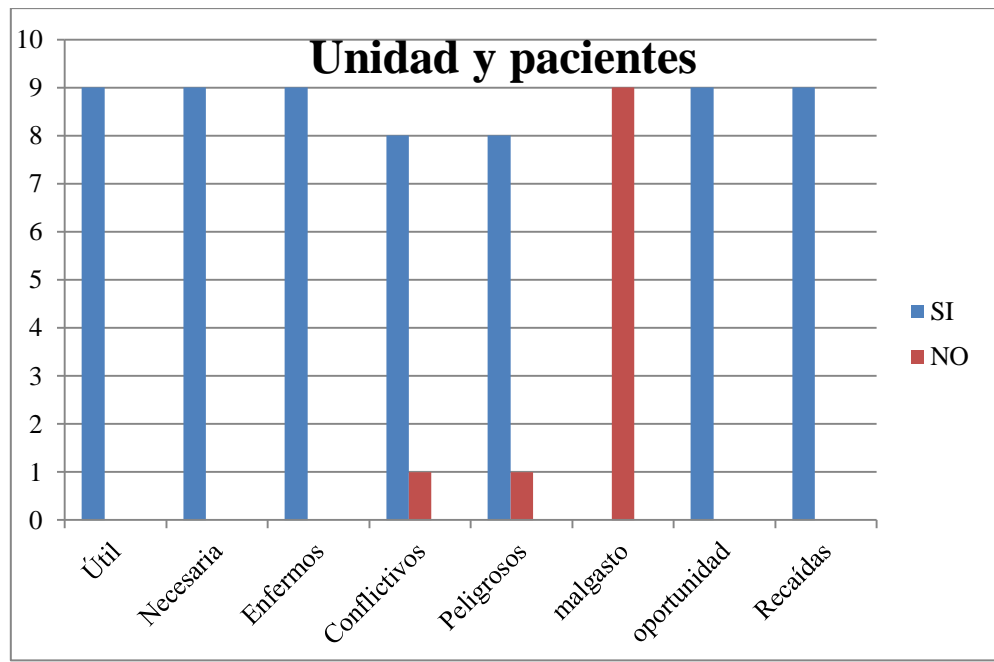
Los datos obtenidos para este estudio se han conseguido tras la participación voluntaria de los 9 enfermeros, 8 en plantilla más el contratado para el plan de vacaciones, de la Unidad de Desintoxicación; y 6 enfermeros de los 9, en la misma proporción que en la UDH; que trabajan en la primera planta de psiquiatría de la UIB del HUC, 2 enfermeros que trabajan en la actualidad en la segunda planta de psiquiatría pero que han trabajado previamente en la primera planta de la Unidad de Internamiento Breve y también en la UDH; y el supervisor de la globalidad del servicio. Al supervisor de los servicios los consideraremos como parte de la población de enfermeros de psiquiatría. Por tanto, la muestra conseguida ha sido de 18 participantes, 9 en cada grupo, de los 21 posibles.

De la participación de los enfermeros de la Unidad de Desintoxicación hemos obtenido los siguientes datos:

- De la encuesta sobre la unidad de desintoxicación y sus usuarios, encontramos que:
  - el 100% considera que la Unidad de Desintoxicación es útil, necesaria y que los pacientes que la usan son enfermos.
  - Sólo un/a enfermero/a cree que el motivo de la adicción es de una etiología: la enfermedad. El resto considera que la dependencia a las drogas está causada por múltiples factores. Los más repetidos son: la impulsividad e incapacidad de resolver problemas y que sea una enfermedad; pensándolo 7 de los 9 participantes.
  - El 88,9%, es decir, 8 de los 9 participantes creen que los pacientes no son conflictivos ni peligrosos en líneas generales.
  - El 100% cree que no se está malgastando el dinero público con éste recurso, que los pacientes tienen el derecho de ingresar en él; y que pueden hacerlo las veces que sean oportunas para que se consiga una desintoxicación y posterior abandono de las drogas de forma definitiva, sugiriendo un participante que pondría un número tope de ingresos.
  
- Respecto a la encuesta elaborada a partir del AQ-27, encontramos que:
  - el 44,4%, 4 de los 9 enfermeros, piensa que el paciente es responsable de controlar su adicción o culpable de no poder hacerlo.
  - Un solo participante del estudio cree que siente simpatía o piedad por este tipo de paciente.
  - 7 de los 9 participantes presente predisposición a prestar ayuda a un paciente drogodependiente en el caso de que la necesitara.
  - El 22.2% coaccionaría al paciente para que tomara el tratamiento.



- Tan solo uno de los participantes evitaría relacionarse en el exterior con un paciente con las características de José, siendo el resto de puntuaciones medias y bajas.
- Ninguno de ellos presenta irritabilidad al estar con personas drogodependientes, los considera como personas peligrosas y por tanto no les tienen miedo; ni tampoco consideran oportuno segregarlos del resto de personas de la sociedad.



Respecto a la participación de los enfermeros de la planta de psiquiatría, sacamos las siguientes conclusiones:

- De la encuesta sobre la unidad de desintoxicación y sus usuarios:
  - sólo hay un/a participante que considera que la Unidad de desintoxicación no es útil y por tanto no debería existir; por lo que el 88,8% si está de acuerdo con la existencia y utilidad de la misma.
  - El 88,8% también responde que los usuarios de la unidad son enfermos.
  - Sobre la consideración de la posible causa de su adicción, un solo participante considera que la causa es la incapacidad para resolver problemas; los 8 restantes creen en la multicausalidad. De forma individual, la causa más considerada es la impulsividad e incapacidad de resolver problemas con un 66,6%, seguida de la enfermedad con un 55,5%
  - 4 de los encuestados, el 44,4%; creen que los usuarios de la unidad son conflictivos, el 11,1% cree que son peligrosos o agresivos; y sólo uno de los encuestados cree que los pacientes de la unidad son conflictivos
  - Sólo 2 de los/as enfermeros/as cree que se está mal gastando el dinero público invirtiéndolo en una unidad de desintoxicación; el 100% cree que los pacientes merecen ingresar en estos recursos aunque el 22,2% no permitiría que ingresaran después de tener recaídas.
  
- Teniendo en cuenta los resultados de la adaptación de la encuesta AQ-27:
  - Un total de 4 de los 9 enfermeros piensa que el paciente es el responsable de controlar su adicción o el culpable de tener dependencia a las drogas.
  - Tres de ellos, el 33,3%, siente piedad por el paciente protagonista de nuestro estudio.
  - 7 de los 9, presentan predisposición a ayudar al paciente si tuviera algún tipo de problema.
  - El 11.1%, es decir, sólo uno de ellos coaccionaría al paciente para que cumpliera con el tratamiento prescrito.
  - Del conjunto de participantes, sólo 3, el 33.3%, evitaría tener algún tipo de convivencia con un paciente drogodependiente.
  - Ninguno de los participantes del grupo de psiquiatría presenta valores significativos para la irritabilidad al estar con pacientes drogodependientes, no los consideran peligrosos y por tanto no les tienen miedo y

tampoco piensan que segregarlos y alejarlos de los grupos sociales sea una acción necesaria.

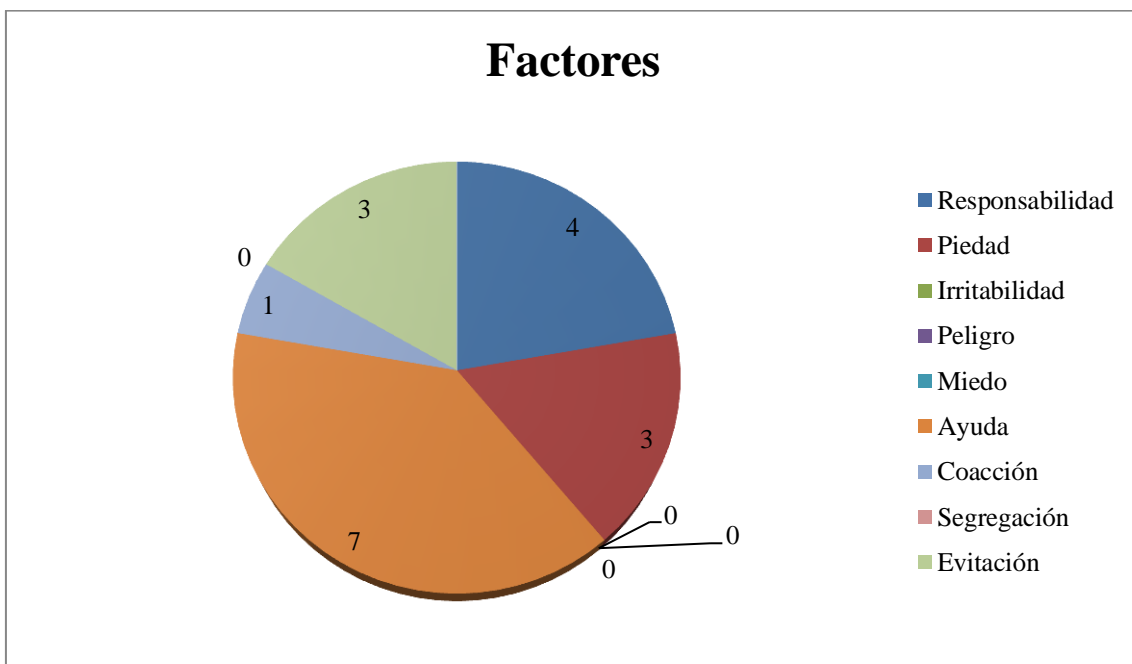
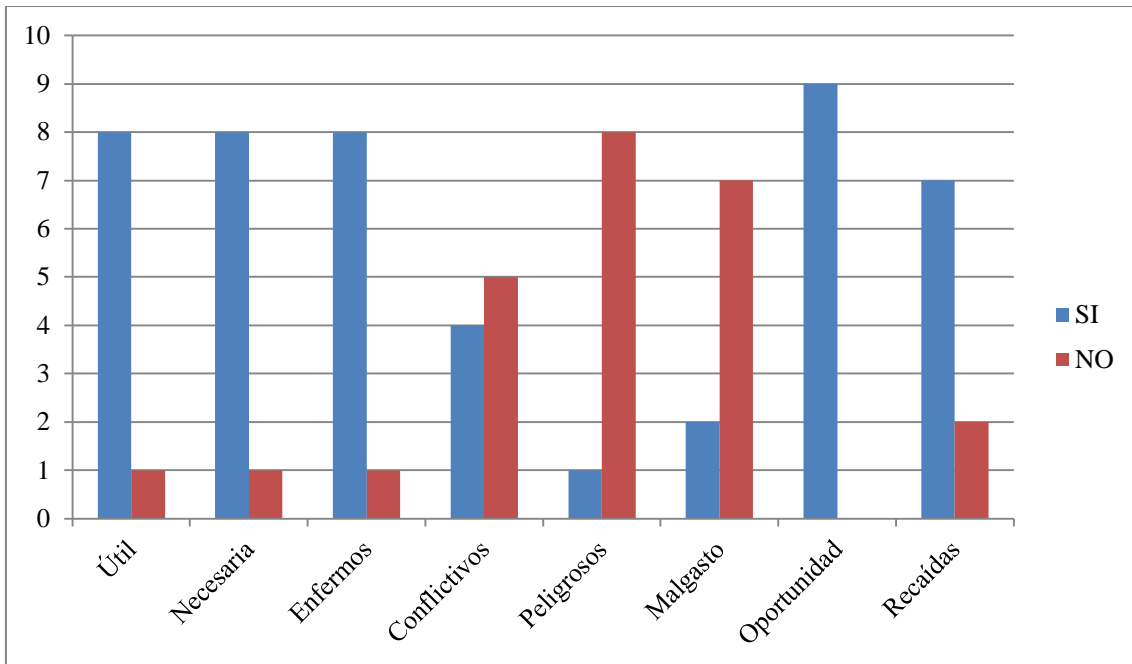


Tabla comparativa de ambos grupos del AQ-27.

	Responsabilidad	Piedad	Irritabilidad	Peligro	Miedo	Ayuda	Coacción	Segregación	Evitación
UIB	4	3	0	0	0	7	1	0	3
UDH	4	1	0	0	0	7	2	0	1

Por tanto, sin compararnos los resultados obtenidos por ambos servicios vemos que ambos creen que la Unidad de Desintoxicación es un servicio útil y necesario, que consideran que los usuarios de la unidad son personas que tiene una enfermedad, una enfermedad insitu acompañada mayormente por la impulsividad y la poca capacidad de resolver problemas.

En la unidad no se considera que estos usuarios sean conflictivos mientras que en psiquiatría poco menos de la mitad no piensa igual. En ambos servicios se cree que no son agresivos ni peligrosos, no se cree que se esté malgastando el dinero público invirtiéndolo en la unidad de desintoxicación y se ve bien que los pacientes usen éste recurso las veces que sea oportuno.

## **11. Discusión**

Los resultados reflejan que hay bastante similitud entre los resultados obtenidos en la población de enfermeros de la Unidad de Desintoxicación y los enfermeros de la UIB de psiquiatría del Hospital universitario.

Esto puede ser debido a que los enfermeros participantes de la Unidad de Internamiento breve han trabajado en alguna ocasión, durante su carrera profesional en la Unidad de Desintoxicación, lo que ha hecho que se equilibren los criterios sobre este tipo de pacientes. Parece obvio, que tratar al paciente drogodependiente hace que los estereotipos y las conductas estigmatizadoras se minimicen, seguramente por el aprendizaje específico que supone trabajar en este servicio tan especial.

También es digno de mención que los dos enfermeros que declinaron participar en el estudio no habían trabajado nunca dentro del servicio de desintoxicación, lo que; de haber participado, podía haber cambiado los datos obtenidos. Quizás hubiera sido interesante haber introducido en la encuesta sobre la Unidad y sus usuarios algún ítem que reflejara si el paso por la Unidad había cambiado el pensamiento previo a conocer la Unidad y sus pacientes desde dentro. Es decir, si el conocimiento real del paciente y su patología bastan para derruir los estereotipos, prejuicios y conductas estigmatizadoras previas.

La coincidencia en la puntuación, también puede ser debida a las características personales de las personas que trabajan en la actualidad en ambos servicios. En líneas generales, se prefiere que tengan como características que sean personas calmadas, pacientes, comprensivas, asertivas, sin tendencia a dejarse influenciar por los estereotipos y prejuicios.

Las dos poblaciones coinciden en creer que la Unidad de Desintoxicación es un servicio sanitario útil y necesario, donde se atenderá a pacientes con problemas de adicción asociados a su propia patología y a su impulsividad e incapacidad para solucionar problemas cotidianos.

No se considera a los usuarios de la unidad como personas conflictivas, agresivas ni peligrosas; pensando que merecen la oportunidad de que se les atiende como es debido y que también pueden ingresar las veces que sean oportunas para solucionar su problema de adicción.

El que los factores que han puntuado más alto sean los de ayuda, entendida como voluntad de ayudar, me hace pensar en la necesidad del personal por respetar los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia. Esto es así porque las puntuaciones no destacan en factores como el miedo, la sensación de peligrosidad, la evitación...se ve al paciente como una persona normal que tiene problemas de salud, que se encuentra enfermo y quiere pasar por un proceso para mejorar, proceso que no ha sido capaz de superar solo y por eso busca ayuda especializada. Que se hace partícipe de todo lo relacionado a sus cuidados en los primeros momentos del proceso de desintoxicación por ser los más complicados, cubriendo todas las necesidades sin tener en cuenta qué tipo de persona ha sido ni los problemas que haya podido tener; para con posterioridad preparar al paciente para que sea lo más autónomo posible y tome las decisiones, en principio, más correctas en el momento de la salida.

No podemos olvidar que en la Unidad de desintoxicación se respeta el principio de autonomía representado en la firma del contrato terapéutico, donde el paciente acepta las normas del servicio, es consciente de lo que debe hacer y lo que no y tiene la total autonomía de interrumpir el tratamiento y solicitar el alta voluntaria en cualquier momento del proceso de desintoxicación.

## **12. Conclusiones**

Después de analizar los datos obtenidos de las dos encuestas y ver las similitudes existentes podemos llegar a la conclusión de que no existen estereotipos negativos que deriven en prejuicios y que por tanto conduzcan a la estigmatización del paciente toxicómano. En ambos servicios el factor que puntúa más alto es la ayuda (voluntad de asistir a los pacientes toxicómanos) y en segundo lugar la responsabilidad (el paciente es responsable o culpable y puede controlar su dependencia); siendo reflejo del primer objetivo del servicio: ayudar al paciente a pasar la abstinencia física de la mejor manera posible; y otro de ellos: que el usuario comience a trazar estrategias para resolver las situaciones estresantes y/o que le hagan tener recaídas con el consumo de la sustancia o sustancias a las que es adicto.

### **13. Bibliografía**

1. López, R., Bartolomé, R., García, J. “Aproximación a la percepción social de las drogas en dos colectivos de enfermería”. Revista Española de Drogodependencias. 29 (1 y 2) 93- 103. 2004.
2. Rengel Morales, D. “La construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida”; Gazeta de antropología, 2005, 21, artículo 25. Disponible en: <http://hdl.handel.net/10481/7197>
3. Melo, Z. Los estigmas: El deterioro de la identidad social. Revista Symposium, 1999- maxwell.vrac.puc-rio.br
4. Rubio, F. J.; Proceso de construcción de un estigma: La exclusión social de la drogadicción. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 04 (2001.2)
5. Molina Mula, J; Hernández Sánchez, D; Sanz Álvarez, E; Clar Aragón, F; Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2012; 21(4). Disponible en:<http://www.indexf.com.llull.uib.es/indexenfermería/v21n4/7829.php>
6. Bettancourt Ortega, L., Arena Ventura, C. “Estoy sola: La experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 47 nº6. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1596/S0080-623420130000600019>
7. Ford, R.; Bammer, G.; Becker, N. The determinants of nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce developmet. J Clin Nurs. 2008 Sept; 17(18):2452-62. doi: 10.1111/j. 1365-2702.2007.02266.x.
8. Ford, R. Bammer, G. Becker, N. Improving nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug an alcohol education is not enough. Int J Nurs Pract. 2009 Apr; 15(2): 112-8. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.D1732.x
9. López Honrubia, R; Cola Palao, A. “El estereotipo aplicado a las drogas y la posibilidad de cambiar o reducir su influencia por medio de una intervención psicosocial” (1999)
10. Esteve Ávila, M.M., Caballero Fernández, M., Mateo Cienfuegos, S. “Proyecto Estigma, Salud Mental y los Jóvenes. La enfermería ante las nuevas demandas”.
11. Torres- González, F. La Reforma Psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis. Medware 2012. Nov; 12(10): e5543 doi: e5543 doi: 10.5867/ medware.2012.09.5543
12. Izquierdo Sánchez, B. Trabajo de fin de grado: “Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental”. Facultad de ciencias de

- la salud: Sección enfermería y fisioterapia de La Laguna. Tenerife. 2005.
13. Natan, M.B., Beyil, V., Neta, O.; Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: testin the theory of reasoned action. *Int J Nurs Pract.* 2009 Dec; 15(6): 566-73. doi: 10.1111/j. 1440-172X.2009.01799.x.
  14. Mateo Cisóstomo, Y; y cols. "Conocimientos y creencias sobre el cuidado al usuario de alcohol por estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte* 2016; 7 (2): 1253-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2314>
  15. Cibanal Juan, L. "La relación con la persona que sufre toxicomanía. (Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente). *Revista Española de Drogodependencias.* 29 (1y 2) 53- 61, 2004.
  16. Moreno Moran, K., Noguera Hernández, B. Trabajo especial fin de grado: "Propiedades psicométricas del cuestionario de atribución 27". Universidad Rafael Urdaneta. Vicerectorado académico. Facultad de ciencias políticas, administrativas y sociales de la escuela de psicología. 2015. Disponible en: <https://es.scribd.com/.../Propiedades-Psicometricas-Del-Cuestionaroots-de-Atribución-27>
  17. Vallecillo Chaves, N. Trabajo fin de grado: "Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental". Universidad de Sevilla. Grado en Psicología. 2016. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/45276>
  18. Bolivar- Paredes, E., Villanueva- Ruska, A., "Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un hospital general- 2015". *Revista neuropsiquiatría* 80 (3), pp- 165-171. 2017. Disponible en: [www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a03v86n3.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a03v86n3.pdf)
  19. Medina Fernández, J.A.; Ortiz Gómez, L.D. "Prevalencia y conocimientos de estudiantes de enfermería de una universidad pública sobre el cuidado a la persona que consume drogas". *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica.* ED Semestral nº32, enero- junio 2017. ISSN 1409-4568. Disponible en: [www.revenf.ucr.ac.cr](http://www.revenf.ucr.ac.cr)
  20. González, V. Actitudes de los residentes de medicina hacia la enfermedad mental. Estudio y propuesta. *Revista rol de enfermería* 2015; 38 (4): 254-261
  21. Arlandis Casanova, M.J, Hernández García, M.C., Fernández Sarró, J. "La Doble estigmatización"
  22. Gentil García, J. "Antropología. Enfermería y personas de otras culturas. *Culturas de los cuidados*, 1º Semestre 2006. Año X- nº 19.

23. China González, M., "Conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes". Monográfico Enfermería y Bioética. ENE. Revista de Enfermería. Ab. 2012; 6 (I): 61-70
24. Pérez p, Gómez MS, Pinto I. "Vivencias sentidas hoy por personas que viven con VIH/SIDA. Ética de los cuidados". 2008 jul-dic;1(2). Disponible en <http://www.index-f.com7eticuidado/n2/et6857.php>
25. Cano Gestoso, J.I., Tesis Doctoral. "Los Estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de a memoria selectiva". Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Sociología. Departamento de Psicología Social. 1991
26. Canto Ortiz, J.M., Gómez Jacinto, L. "Influencia social en el cambio de los estereotipos". Psicothema, 1996. Vol. 8, nº1, pp. 63-76. ISSN 0214- 9915 CODEN PSOTEG
27. Meza- Benavides, M.A., Ferreira Furegato, A.R., "Experiencias y significados sobre el fenómeno de las drogas en estudiantes de enfermería". Revista latino- Americana de Enfermagen, v.19, n.spe, p.691-698, 2011. Disponible en: [www.weerp.uso.br/rlae](http://www.weerp.uso.br/rlae)
28. González Vázquez, A., Tesis: "Creencias sobre el cuidado del usuario de drogas y consumo de drogas en profesores y profesionales de enfermería". Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Subdirección de posgrado e investigación. 2015.
29. Morales, J.F., Moya, M, Gaviria, E; Cuadrado, J. (2007). Psicología Social. Madrid. Mc Graw Hill
30. Cuadrado Guirado, M., Gaviria- Stevart, E., López Sáez. M. Introducción a la Psicología Social. Sanz y Tores.
31. Guardado Guirado, M., Navas Luque, M. S. Estudio del prejuicio en Psicología Social. Sanz y Torres.



## 14. Anexos

## ANEXO I

### **COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de S/c de Tenerife)**

Edificio de Actividades Ambulatorias, Planta -2  
C/Ofra s/n 38320 La Laguna Santa Cruz de Tenerife

### **SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CEIm**

Código:ger1

Investigador Principal: Gerson Reyes Abreu

Título: "Enfermería, estereotipos y estigmatización del usuario drogodependiente"

En este estudio participaran como investigadores colaboradores: No habrán investigadores colaboradores.

Se adjunta protocolo para su evaluación.

La Laguna, a 9 de Agosto de 2018

Fdo: Gerson Reyes Abreu  
Investigador Principal

ANEXO II

**COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COLABORADORES**

D. Gerson Reyes Abreu

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el Estudio titulado: “Enfermería, estereotipos y estigmatización del usuario drogodependiente”

Código del Promotor: .....

Que el estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que acepta participar como investigador principal en este estudio.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité de Ética de la Investigación y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios.

Que se compromete al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 y en el RD 1720/2007 en referencia a los datos a manejar durante del estudio y el Reglamento general europeo de protección de datos 2016/679.

Se cuenta con la colaboración de: No habrá otros colaboradores en el estudio.

En La Laguna, a 9 de Agosto de 2018

**D. Gerson Reyes Abreu**  
**Investigador Principal**

### ANEXO III

#### HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** *ESTEREOTIPOS Y ESTIGMATIZACIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UDH POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.*

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Gerson Reyes Abreu, enfermero de la UDH. (922678131)

**CENTRO:** COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

#### **INTRODUCCION**

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Mi intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

El objetivo principal del estudio es conocer si existen estereotipos que faciliten la estigmatización de los pacientes que ingresan en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario. Se realizará un estudio transversal, observacional. Para ello se solicitará al personal de enfermería, tanto auxiliares de enfermería como enfermeros de la Unidad de Internamiento Breve de psiquiatría localizada en la primera planta del hospital; como al personal de enfermería de la misma Unidad de Desintoxicación que completen el cuestionario AQ-27 y una pequeña encuesta específica sobre lo que opinan acerca de la Unidad de Desintoxicación.

Los datos obtenidos servirán para valorar la existencia de estereotipos dentro de cada grupo individual y también enfrentarlos por servicio y grupo laboral. El programa estadístico empleado será el SPSS.

Con dicha información se podrá evaluar la necesidad posterior de emplear estrategias para cambiar estas estructuras de conocimiento y, por tanto; el cuidado del paciente de la Unidad de Desintoxicación sea más efectivo.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

Con la aplicación de la nueva legislación en la UE sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales y los requisitos de

autorización de medicamentos. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho

- Tanto el Centro como el Promotor y el Investigador son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades sanitarias, cuando así lo requieran o en casos de urgencia médica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).

El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará por el centro para el cuidado de su salud y por el promotor para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

El investigador principal de este estudio en este centro es D. Gerson Reyes Abreu. Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con el puede consultar con él en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario de Canarias

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

GERSON REYES ABREU

Comprendo que mi participación es voluntaria.  
Comprendo que puedo retirarme del estudio:  
1º Cuando quiera  
2º Sin tener que dar explicaciones.  
3º Sin que esto tenga ningún tipo de repercusión hacia su persona

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:  
Nombre:  
Fecha:

Firma del investigador:  
Nombre: Gerson Reyes Abreu  
Fecha:

ANEXO V

Cuestionario Adaptado de Atribución 27  
(AQ-27)

Categoría laboral:..... Servicio:.....

**Por favor, lea el siguiente texto acerca de José:**

José es un soltero de 30 años drogodependiente. En la actualidad ha vuelto a iniciar el consumo de tóxicos. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado 6 veces para desintoxicarse.

**Ahora conteste cada una de las siguientes preguntas sobre José. Rodee con un círculo el número de la mejor respuesta para cada pregunta.**

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

3. José me aterrará.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

4. En qué medida se sentiría enfadado con José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José le exigiría que tomara su medicación.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se hospitaliza.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
No es probable Muy probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
En absoluto muchísimo

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto Totalmente
11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 Ningún control Completamente controlado
12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en el Hospital desintoxicándose.  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
16. Compartiría el coche para ir con José cada día.  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muy probablemente
17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital o centro de desintoxicación donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
18. Me sentiría amenazado por José.  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 Ninguna certeza Absoluta certeza



22. ¿Hasta qué punto comprende a José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
23. En su opinión, ¿Hasta qué punto es José responsable de su situación actual?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
24. ¿Hasta qué punto le atemorizaría José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, ¿le obligaría a vivir en un piso supervisado?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
26. Si fuera un propietario, ¿probablemente alquilaría un apartamento a José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo
27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 En absoluto muchísimo

### Pauta de Corrección AQ-27

El AQ consta de 9 factores, que se puntúan sumando los 3 ítems correspondientes a cada uno, de acuerdo con el siguiente criterio:

- Responsabilidad: AQ 10+ AQ 11+ AQ 25
- Piedad: AQ9+ AQ 22+ AQ27
- Ira: AQ1+ AQ4+ AQ12
- Peligrosidad: AQ2+ AQ13+ AQ18
- Miedo: AQ3+ AQ19+ AQ24
- Ayuda: AQ8+ AQ20+ AQ21
- Coacción: AQ5+ AQ14+ AQ25
- Segregación: AQ6+ AQ15+ AQ17
- Evitación: AQ7+ AQ16+ AQ26

Los tres ítems que evalúan el factor de evitación (AQ7+ AQ16+ AQ26) deben invertirse.

A mayor puntuación, mayor valor de ese factor para la persona.

ANEXO VI

Cuestionario sobre la UDH y sus pacientes

Categoría Profesional: ..... Servicio: .....

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas y conteste marcando la opción que sea más acorde con sus creencias. Debe recordar que el cuestionario es totalmente confidencial y una vez finalizado no quedará asociado a su persona.

1. ¿Le parece útil la existencia de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria?  
SI NO
2. ¿Cree que es necesaria la existencia de la Unidad de Desintoxicación?  
SI NO
3. ¿Cree que los pacientes que ingresan en la Unidad de Desintoxicación son enfermos?  
SI NO
4. ¿Cuál cree que es la causa de su adicción? Puede marcar las que considere oportunas
  - Vicio
  - Impulsividad e incapacidad de resolver problemas
  - Enfermedad
  - Inestabilidad familiar
  - Grupos marginales
  - Otros
5. ¿Considera que los pacientes que ingresan en dicha unidad son conflictivos?  
SI NO
6. ¿Considera que éstos pacientes son agresivos o peligrosos?  
SI NO
7. ¿Piensa que se está malgastando el dinero público invirtiéndolo en este tipo de recursos?  
SI NO
8. ¿Piensa que estos pacientes merecen tener la oportunidad de Ingresar en este tipo de servicios?  
SI NO
9. ¿Y de poder reingresar tras recaídas?  
SI NO

