



Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma

Evolution of Care for Mental Health Patients and Their Relationship Against Stigma

Judit Pons Prata¹ y Paola Galbany Estragués²

¹Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

²Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España

Contacto: juditpp@msn.com

Fecha de recepción: 1 de agosto de 2016 / Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2016

Resumen

Justificación: La evolución de la atención a personas con patología mental de base ha sido desigual a lo largo de los años y la falta de comprensión de la patología mental como tal ha ocasionado la aparición de actitudes estigmatizadoras.

Objetivo principal: Promover la reflexión sobre la presencia de estigmas en la atención enfermera que reciben los pacientes con problemas de salud mental en las distintas especialidades y fomentar la creación de nuevas líneas de investigación en salud mental.

Metodología: Análisis reflexivo de la evolución de los cuidados a los enfermos mentales.

Conclusiones principales: Aún están presentes los estigmas en salud mental por parte del personal sanitario, destacando al personal enfermero, y estos estigmas influyen en las curas que brindan a estos pacientes y en el proceso de recuperación de la enfermedad de la persona que padece estos trastornos.

Palabras clave: estigma, trastorno mental, calidad de los cuidados, evolución histórica, formación enfermera.

Abstract

Justification: The evolution of care for people with mental illness has been very variable over the years and the not understanding of mental illness as it is, has led the apparition of certain stigmatizing attitudes.

Objective: Promote the reflexion on the presence of stigma on the care that they receive from nurses and to open new lines of research about the impact that it has for the patient and nurses.

Methods: Analysis of the evolution of nursing cares over the years.

Conclusions: The stigmas still being present in mental health by the health workers, highlighting at this point the nursing staff and that these stigmas influence in the attention offered to these patients and in the recovery of the disease of the person suffering from these mental disorders.

Keywords: stigma, mental disorder, quality of care, historical evolution, nursing education.

Motivación Personal

Durante mis prácticas clínicas realizadas en el grado de Enfermería, pude constatar que el personal enfermero suele catalogar a los pacientes con un trastorno mental de base según los estigmas sociales que se asocian a estas patologías, dificultando la relación entre la enfermera y el paciente. Observé una importante diferencia entre el trato a pacientes con o sin enfermedad mental asociada, independientemente de la patología por la que acuden al centro sanitario. Este hecho se contradice con lo que aprendí sobre los valores asocia-

dos al personal enfermero tales como la empatía o la asertividad.

Esto despertó mi inquietud en conocer cómo se sienten tanto el personal enfermero como los pacientes en el momento de su atención, teniendo en cuenta la repercusión que generan estos estigmas en los dos grupos a corto y largo plazo. Estas inquietudes me hicieron reflexionar sobre los estigmas en salud mental y en esta línea enfoqué mi trabajo de final de grado. Este artículo deriva del conjunto de todas estas reflexiones.

Metodología

La metodología utilizada para realizar este estudio se basa en el análisis reflexivo a partir de la bibliografía escrita sobre esta temática. La búsqueda se realizó en las bases de datos Cochran y Medline, y en editoriales como Scielo y Elsevier, utilizando las siguientes palabras clave: *trastorno mental, evolución, prevención, enfermería, estigmas, stigma, mental disorders* y *nursing*. Los textos se seleccionaron según si se adecuaban al objetivo del estudio. En base a la metodología del análisis reflexivo, como concluye Jasper, M., se esquematizó el estudio en las seis fases, agrupándolas en 3 grandes bloques³⁴:

1. Motivo de elección de esta temática.
2. Desarrollo de la evolución histórica de los cuidados a enfermos mentales, la formación enfermera en salud mental, de los estigmas y de las actitudes de los profesionales enfermeros frente al estigma en salud mental, describiendo así la importancia de estos fenómenos en el ámbito de la salud y sus repercusiones en la evolución de los pacientes con estas enfermedades.
3. Exploración de alternativas y posibles estrategias de actuación para reducir el fenómeno estigmatizador del personal sanitario enfermero^{32,33}.

El concepto de trastorno mental se define según el DSM-IV-TR como un patrón conductual o psicológico anormal y clínicamente significativo que, independientemente de su origen, implica una disfunción a nivel psicológico o biológico^{1,2}. La persona que padece estos trastornos se desarrolla de forma normal hasta la edad adulta presentando alteraciones en la capacidad de razonar, comportarse, reconocer la realidad y problemas de adaptación^{1,2}. Estos trastornos son causantes del 40 % de las patologías crónicas y del 30 % de la discapacidad de nuestro país. Existen 500 millones de personas en el mundo que padecen algún tipo de trastorno mental, afectando a 1 de cada 4 personas a lo largo de su vida³.

Evolución histórica de los cuidados a enfermos mentales

Se tiene conocimiento de la existencia de los trastornos mentales desde épocas prehistóricas, pero es durante el cristianismo cuando se observa la especial preocupación por aquél que no tiene nada y requiere una ayuda especial. Derivado de esta caridad cristiana, nacen los primeros hospitales medievales. Existían dos tipos de

hospitales medievales: los situados en las ciudades, fundados por obispos o custodiados por la aristocracia del momento; y los situados en las zonas rurales, que eran simples dependencias de monasterios. Aun y la diferenciación, los dos se caracterizaban por ser pequeños centros de acogida a enfermos y necesitados con escasas camas y recursos a los que solo se les aportaban cuidados basados en el consuelo espiritual y cuidados psicológicos y materiales por parte de religiosos sin formación sanitaria^{4,5}.

No fue hasta 1410 que en España entra en funcionamiento el Hospital de los Inocentes de Valencia, considerado el primer manicomio cristiano-occidental y dedicado exclusivamente a los enfermos mentales, con el propósito de resolver una necesidad social: apartar a los locos que vagaban por las calles de la ciudad, de tal modo que no quedaran sueltos por las calles y pudieran hacer daño^{4,6}. A los internos, independientemente del sexo, se les obligaba a realizar actividades, ya que se creía que la permanente ociosidad podía perturbarles más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos. En caso de desobedecer o mostrarse furiosos, se les azotaba, colocaban grilletes o se les encerraba en jaulas^{4,5}.

El manicomio de Valencia fue el punto de mira para la creación de otras instituciones similares en toda España, a la vez que siguieron proliferando por doquier hospitales urbanos durante el siglo xv, hasta tal punto que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos, siendo el más destacado de la época el Hospital de la Santa Creu en Barcelona, que absorbió 6 hospitales en uno solo^{4,5}.

Durante el siglo xvii aparecieron los sanadores o curanderos, que gozaban de un gran reconocimiento social, en especial fuera de las ciudades. La escasez de médicos y la ineficacia de la medicina, unidas a la superstición de la gente, hacían aceptar con facilidad lo supuestamente divino, diabólico y mágico de la vida cotidiana⁵.

Entre los siglos xviii y xix decae el interés y la preocupación por el enfermo mental, derivado de la creencia que las epidemias y enfermedades contagiosas de la época fueron contagiadas por los pobres y dementes. Esto comportó que los hospitales pasaran a ser controlados por los poderes públicos^{4,5}.

Durante el siglo XVIII el confinamiento de enfermos mentales aumenta, y los espacios públicos para ellos se reducen, quedando drásticamente aislados del exterior. Aparecen dos figuras durante esa época: el hospitalero, que realizaba las funciones de cuidado; y el dependiente, quien atendía las necesidades básicas de los enfermos: higiene, alimentación, eliminación, movilización y su cuidado permanente, es decir, realizando funciones de la enfermería actual^{4,5}.

Durante el siglo XIX, España, bajo la influencia de Francia, considera la locura como una amenaza social y crea espacios específicos de clausura para ellos, los manicomios, útiles para proteger a la sociedad del loco y a este de la enfermedad que padecía. No fue hasta la llegada de Philippe Pinel, médico francés considerado el primer gran psiquiatra, que con su tratado *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* en 1801 cambia la visión y actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, liberándolos de las cadenas con las que eran reducidos y confinados y alerta a nivel mundial de la necesidad de integrar administrativamente la locura en el sistema sanitario, hasta el momento marginada. Por el contrario, en España, debido al desinterés público para crear nuevos manicomios, se crearon centros privados y con pocos recursos económicos, como el de Lloret de Mar en el año 1844^{4,5}.

Posteriormente, la Ley de la Beneficencia de 1849 responsabiliza al Estado español de la asistencia de los enfermos, pero debido a las sucesivas crisis que atraviesa la Administración Pública, ésta, a través de los RD del 27 de junio y del 19 de diciembre de 1864, ordena a las diputaciones que hasta que el Estado no se haga con los recursos necesarios para construir los manicomios pactados, se establecerían en las provincias los locales adecuados para dar asistencia a los dementes, comportando el colapso de estos locales por la gran afluencia de enfermos. Seguidamente, con el RD del 19 de mayo de 1885, se regula el internamiento de los dementes en los “apartamentos de observación de dementes”, ubicados en los hospitales provinciales o municipales, vigentes hasta 1931. Es importante destacar la precariedad de la asistencia psiquiátrica las últimas décadas del siglo XIX en España a pesar de la legislación aplicada^{4,5}.

En el año 1931, debido a la ambigüedad del RD vigente que comportaba dificultades para atender a los dementes por parte del personal sanitario, se regula con un nuevo RD del 3 de julio el internamiento de los enfermos mentales en España⁶. Pero no es hasta 1983

que se incluye la situación de los enfermos mentales en el marco del ordenamiento jurídico regulado por el artículo 211 de la ley 13/83, rigiendo el internamiento psiquiátrico de los dementes hasta día de hoy y permitiendo la desinstitucionalización de los dementes^{6,7}.

En 1927 surge en España el movimiento de higiene mental, con objetivo de promover la salud mental, creando consultorios y realizando una campaña de salud mental del individuo. Este movimiento sensibiliza a la sociedad sobre los problemas mentales y el pésimo nivel asistencial, causado por la baja preparación médica y psiquiátrica del personal. Como consecuencia, la Dirección de Sanidad, conducida por el Consejo Superior Psiquiátrico, publica en el año 1932 en la *Gaceta de Madrid*, el plan que clasifica al personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos, destacando al personal enfermero psiquiátrico y estableciendo los estudios teórico-prácticos necesarios^{4,5}.

Evolución de la formación enfermera en salud mental

No es hasta mediados del siglo XIX cuando empiezan a asentarse las bases de la enfermería científica, destacando en este punto las aportaciones de Florence Nightingale, que empieza a definir los conceptos de salud y enfermedad en relación a la enfermería, el objetivo de los cuidados, y el concepto de enfermería, publicando en 1859 sus bases en *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*^{8,10}. Durante la segunda mitad del siglo XX, surgen nuevos modelos de enfermería, destacando en el ámbito de la enfermería de salud mental Hildegard Peplau, conocida como la madre de la enfermería psiquiátrica, que en el año 1952 publica *Relaciones interpersonales en enfermería*, estableciendo su teoría de las relaciones interpersonales, permitiendo a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico, destacando a la vez la influencia de la personalidad del personal enfermero en el paciente y en sí misma^{4,8}.

En cuanto a la formación de la enfermería, cabe destacar que en 1953 se unificaron los estudios de Enfermeras, Practicantes y Matronas y surgieron los ayudantes técnicos sanitarios (ATS). Para los ATS se creó la especialidad de Psiquiatría en 1970, mediante el RD 3193/1970⁹.

Debido a las reivindicaciones del personal enfermero ATS y a las elevadas exigencias de la profesión, en 1977 se integran los estudios de Enfermería en la Uni-

versidad bajo la titulación de diplomado universitario de Enfermería (DUE), mediante el RD 2128/1977^{9,10}. Aun así la especialidad en Psiquiatría se mantuvo entre los ATS.

No es hasta 10 años más tarde que se publica el RD 992/1987 en el que se regula la obtención de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, que sustituye el ATS Psiquiátrico⁹. Finalmente, con la publicación del RD 450/2005 de 22 de abril, se acaban de regular las bases de la especialidad en salud mental¹⁰. Posteriormente, en el año 2010 se pasa a la formación de grado, que equipara a nivel académico todas las titulaciones universitarias a través de la convergencia del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)⁸.

Estigmas en salud mental

Las personas con trastorno mental de base tienen dos fuentes principales de dificultad, una derivada del trastorno que padecen y la otra del estigma y exclusión que les afecta, siendo este último el aspecto más difícil de contrarrestar¹¹. Diversos estudios muestran que los trastornos psicóticos son más estigmatizados que los del estado de ánimo, hecho que los autores atribuyen a que estos últimos son más comunes y aceptados socialmente¹⁰.

Se define estigma como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado¹². El primero en usar este término fue el sociólogo Goffman, interesándose en conocer como se establece la relación de estigma entre un individuo y un grupo con un conjunto de expectativas¹³, e identifica varios tipos de estigmas: los relacionados con deformidades físicas o ciertas patologías; los que se manifiestan con alteraciones de la conducta social; y los estigmas triviales vinculados a la raza, religión o clases sociales¹⁴. Los principales estigmas que se relacionan con la patología mental se basan en la peligrosidad, la relación con actos violentos, la responsabilidad, incompetencia, incapacidad y rechazo, influenciados y potenciados por los medios de comunicación¹⁵.

El estigma engloba tres fenómenos¹¹:

1. Conjunto de actitudes sociales negativas hacia el grupo y las personas que lo componen, incluyendo a su vez una triple dimensión cognitiva (estereotipo), afectiva (prejuicios) y conductual o conativa (discriminación).
2. Serie de consecuencias objetivas que determinan los diferentes tipos de discriminación hacia estas personas.
3. Serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quien las padece, englobándose en el término de “autoestigma”, que incluye a su vez una interiorización de las imágenes sociales negativas, disminución de la autoestima y sumisión personal ante la discriminación.

Por lo tanto, podemos diferenciar dos tipos de estigmas: el estigma público, basado en las reacciones del público general hacia un grupo estigmatizado; y el autoestigma, basado en las reacciones que los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado vuelven hacia ellos mismos, autodiscriminándose y disminuyendo su autoestima, dificultando así el tratamiento de los trastornos mentales¹⁶.

Aunque algunas investigaciones muestran que se ha producido una modificación de actitudes en sentido de aceptación y comprensión de los trastornos mentales, la conducta de la población no se corresponde con las actitudes expresadas. Algunos estudios muestran que, aunque la población parece estar informada sobre los trastornos mentales y que las actitudes de aceptación de estos enfermos en sociedad están en aumento, estas no se corresponden con un cambio de comportamiento de aceptación real a no ser que se trate de una necesidad extrema, como en el caso de familiares directos, concluyendo que aun y el cambio de actitudes que se ha observado en las últimas décadas, no es suficiente para modificar el comportamiento de la sociedad^{11,17}. Otro estudio realizado en Almería concluye que los varones son los que exhiben más conductas y actitudes estigmatizantes, aunque aquellos con más conocimiento en materia de salud mental muestran menos conducta estigmatizante³¹.

Por estos motivos es importante el poner énfasis en programas de divulgación y educación sobre las patologías mentales¹⁷. En 2001, la OMS plasma la necesidad de fomentar la toma de conciencia sobre la frecuencia de los trastornos mentales, su tratamiento, el proceso de recuperación y los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos. Plantea una divulgación y educación amplia, mejorando la tolerancia y disminuyendo el estigma a través de la sensibilización de la población^{18,19}.

Las personas que padecen un trastorno mental, aseguran que deben hacer frente al aislamiento, soledad, angustia, sensación de vacío, dificultades para conseguir y mantener un trabajo..., siendo muy complicado hacer frente al estigma que rodea su enfermedad^{13,20}. En culturas africanas se asocia la conducta despreocupada y loca como una manifestación de malignidad. Generalmente, se asocia al enfermo mental como alguien potencialmente peligroso. Además, es común que la familia se avergüence de tener un integrante enfermo, y muchos familiares se sienten víctimas de un destino cruel. En Estados Unidos parte de la población rechaza buscar tratamiento para la depresión temiendo que el diagnóstico tenga un impacto negativo en su situación laboral, mientras que en Gran Bretaña la población se avergüenza de consultar por depresión por ser catalogados como neuróticos o desequilibrados¹⁸.

Algunos estudios indican que los enfermos que reportan sentirse más estigmatizados presentan sintomatología más severa y están significativamente más deteriorados, influyendo en la falta de ayuda y de tratamiento^{20,21}. Además, según su propia experiencia, defienden que los profesionales enfermeros no están habituados a pensar que puedan tener otras demandas que no sean tratar los síntomas psicóticos^{13,20}.

Actitudes de los profesionales frente al estigma en salud mental

Las actitudes de los profesionales enfermeros que atienden a personas con trastorno mental son sustancialmente más positivas que las actitudes de la población en general, aunque aparecen ciertas actitudes estigmatizadoras, siendo el personal enfermero un grupo profesional que comparte muchos de los estereotipos habituales de la población general y quien manifiesta actitudes menos favorables²². Las características clínicas de los pacientes con trastorno mental les definen como extremadamente demandantes, exigentes, críticos consigo mismos, invasivos y manipuladores. Esto convierte a los enfermos mentales en casos de “manejo complicado”, dificultando sus relaciones interpersonales y la convivencia diaria, y a la vez complicando su relación terapéutica con el personal enfermero. Cuando los pacientes tienen reacciones extremas como las autolesiones provocadas, pueden limitar las habilidades de los enfermeros y la capacidad de mantener una relación terapéutica. Ante estos casos, el personal puede proporcionar respuestas estereotipadas y una menor atención empática²³.

En el ámbito de la salud siempre ha existido una inquietud hacia los valores y dilemas relacionados con la asistencia a pacientes con patología mental. En estos pacientes no sólo se trabaja en base a su patología, sino que también se deben tener en cuenta aspectos como el grado de autonomía o incapacidad y las relaciones interpersonales, entre otros aspectos. Esto da lugar a dilemas éticos que surgen a lo largo de todo el procedimiento psicoterapéutico como, por ejemplo, la capacidad de tomar decisiones o de ingresar en un centro^{28,29}.

El tipo de relación que se establece a nivel profesional-paciente que predomina en estos casos es el paternalismo, el cual incapacita mentalmente a los pacientes para tomar decisiones y formar parte en su proceso de recuperación de la enfermedad. Los argumentos anti-paternalistas se fundamentan en los principios de autonomía y de beneficencia de los pacientes, incluidos dentro del código deontológico de la profesión enfermera. El principio de beneficencia se centra en tener en cuenta al paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud en conjunto con el personal sanitario. El principio de autonomía se sustenta en el respeto a la dignidad del paciente y a la capacidad de toma de decisiones. Por lo tanto, el personal enfermero debe garantizar que se cumplan estos principios^{28,29}.

El personal enfermero de España considera que existen dos principales factores que influyen en el reconocimiento de la enfermedad psiquiátrica: la actitud que se presenta ante la patología mental y la auto-percepción de los conocimientos sobre la materia²³.

Algunos estudios muestran que el personal percibe como insuficientes los conocimientos psiquiátricos que tienen²³. Otros autores muestran que la población en contacto próximo con enfermos mentales presenta menos conductas estigmatizadoras^{18, 19}. Un reciente estudio realizado en Cataluña compara personal enfermero de hospital comarcal, CAP y centro de salud mental, observando actitudes más estigmatizadoras en los dos primeros centros y un menor nivel de conocimiento sobre la salud mental a pesar de haber recibido formación continuada. El estudio también concluye que el personal del centro de salud mental es más joven que el de los otros y que, aunque tengan menor experiencia profesional, tienen mayor conocimiento en el ámbito. Además, también expone que el personal del CAP tiene contacto con un volumen mayor de personas con patología mental de base que el hospital y que, a pesar de ello, están presentes las actitudes estigmatizadoras²⁵.

Algunos estudios muestran que la percepción de la calidad de las curas que reciben los enfermos en salud mental por parte del personal de enfermería está influenciada por la relación profesional-paciente y por la disponibilidad de recursos. Por lo general, los pacientes se sienten desvalorados por los profesionales enfermeros, sintiendo una falta de atención más humanizada, destacando una actitud fría y despersonalizada o conducta de evitación a atenderlos, bajo la teoría de la derivación del paciente a servicios especiales, frecuente en consultas de atención primaria y en las urgencias²⁶. Según la OMS, la calidad es una medida que evalúa si los servicios cumplen o no los resultados deseados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia²⁷. Por lo tanto, la calidad debe asegurar, desde la perspectiva del paciente, que éste reciba las curas que precisa y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren; mientras que para el personal enfermero, la calidad debe asegurar efectividad y eficiencia. Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben²⁷:

- Preservar la dignidad de las personas con trastorno mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Hacer un uso efectivo y eficiente de los recursos existentes.
- Utilizar intervenciones que ayuden a las personas con trastorno mental a afrontar por sí mismas la discapacidad que se deriva.

Además, a nivel Europeo, en la Declaración de Helsinki de 2005 de la OMS en su Conferencia Europea de Ministros, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la “Declaración Europea de Salud Mental”, presentaron un “Plan de Acción en Salud Mental para Europa”, en el que justifican y orientan las intervenciones de los profesionales, priorizado aspectos preventivos y la lucha contra el estigma, incluyendo el ámbito comunitario extra hospitalario²⁷.

Propuestas de intervención

Para hacer frente a esta problemática actual son necesarios programas tanto a nivel social como del propio personal enfermero para disminuir la estigmatización.

Tal como señala Corrigan en sus estudios, los programas de empoderamiento personal, basados en potenciar los recursos personales de cada enfermo,

generando mayor autovalencia y control de sus vidas, serían la mayor estrategia para disminuir el autoestigma de los pacientes. En este punto es importante el papel del personal enfermero para fomentar la autonomía de los pacientes, trabajando conjuntamente con ellos, manteniendo una relación equitativa en la cual los pacientes puedan exigir su derecho a la autonomía, generando así una motivación para sus actividades cotidianas y mejorando la adherencia a los tratamientos³⁰.

En España, teniendo en cuenta el proceso de desinstitutionalización, se han desarrollado una serie de servicios comunitarios gracias a la Ley General de Sanidad. Estos servicios están formados por equipos multidisciplinares que facilitan la vinculación de los pacientes a los servicios sanitarios, una mayor adherencia al tratamiento y mayor iniciativa para pedir ayuda. Ejemplos de estos servicios comunitarios son los centros de salud mental (CSMC), centros de día, entre otros³⁵.

A pesar de estas intervenciones, efectivas para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales por parte del personal enfermero especializado en salud mental, el personal enfermero no especialista en estos servicios sigue presentando estigmas en el trato a estos pacientes, lo que demuestra insuficiente formación para abordar estos trastornos. Desde este aspecto, se propone hacer hincapié en la formación del personal enfermero que mejore el conocimiento de estas patologías y reducir así el estigma asociado.

Otras propuestas de intervención serían realizar sesiones informativas sobre la repercusión de estas actitudes estigmatizadoras por parte del personal enfermero del hospital y charlas con personas que padezcan estas enfermedades y que puedan explicar cómo ha sido su experiencia durante su estancia en el hospital.

Conclusión

Con este artículo se pretende promover la reflexión del personal enfermero cuando brindan atención a enfermos con trastornos mentales de base en las distintas especialidades. Mediante la revisión de la literatura escrita realizada concluimos que el personal enfermero destaca dentro de los profesionales de la salud como aquél que tiene más actitudes desfavorables ante los pacientes con patologías mentales de base, tal como concluyen los estudios de Braña, B. et al.²² y Domin-

guez, A. et al.²³. Además, estos estigmas influyen en las curas que se brindan a estos pacientes y a la vez en el proceso de recuperación de la enfermedad de la persona que padece estos trastornos como concluyen en sus estudios los autores Carniel, L. et al.²⁰ y Ertugrul, A. et al.²¹. Por tanto, consideramos que es necesario abrir nuevas líneas de investigación para conocer la incidencia de los estigmas en el profesional enfermero y valorar la repercusión de estos estigmas tanto en la relación enfermero-paciente como en la problemática a corto y largo plazo que pueden generar estos estigmas en el proceso de recuperación de los pacientes, para a su vez poder prevenir a este problema.

Además, teniendo en cuenta que muchos estudios, tales como los de Van Zelst et al.¹³, Adell, B. et al.²⁵, Carniel, L. et al.²⁰, entre otros, destacan que el personal de enfermería considera no tener suficientes conocimientos para brindar atención a pacientes con estas patologías, consideramos que sería útil incrementar la formación de los profesionales enfermeros sobre cómo brindar atención a pacientes con trastornos mentales para reducir los estigmas, mejorando así la calidad en los cuidados.

Bibliografía

- Magallares Sanjuan A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*. 2011; 13(2): 7-17.
- American Psychiatric Association (APA). DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002.
- Instituto de Estudios Médicos Científicos. Foro de debate INESME "Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. Madrid. 2011.
- Ventosa Esquinaldo F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España – siglos XV al XX – una aproximación histórica. Ed Díaz de Santos. 2000.
- Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*. 2003; 13: 29-35.
- Delgado Bueno S, González de Rivera y Revuelta JL. Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos. *Psiquis*. 2003; 88(9): 300-313.
- Barrios Flores LF. La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales. *Derecho y Salud*. 2012; 22(1): 31-56.
- Valls Molins R. *Història de la professió d'Infermeria*. Ed. UB. 2007.
- Pacheco Borrella G. Presente y futuro de las enfermeras de salud mental. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 57-CI-B.
- Cibanal Juan Manuel Luis. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Rev. esp. sanid. penit*. 2007; 9(2): 09-13.
- López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez AM. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2010; 30(106): 219-248.
- Baumann A. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a "stranger". *International Review of Psychiatry*. 2007; 19: 131–135.
- Van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35(2): 293-296.
- Goffman E. *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. 2001.
- Rigol Cuadra A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?. *Revista Presencia*. 2006; 2(4): 1-3.
- Arnaiz A. Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*. 2006; 26; 49-59.
- García-Siberan S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud pública de México*. 2002; 44(4): 289-296.
- Caronila Zárate P, María E, Ceballos V, María V, Contardo P, Florenzano U. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*. 2006; 44(3): 205-214
- Caldwell T, Jorm A. Mentally health nurse's beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and Zeland Journal of Mental Health Nursing*. 2001; 10: 42-54.
- Carniel Wagner L, Torres-González F, Runte Geidel A, B King M. Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Revista Saúde Pública* 2011; 45(2): 401-8.
- Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 73-7.
- Braña B, Rodríguez Díaz FJ, Cuesta M, Bobes J, Gómez P, Saiz PA. Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*. 2001; 13(3): 289-296.
- Domínguez Bermejo A. Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. *Nure Investigation*. 2011; 53: 1-9.
- Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M, Sánchez Etxeberria A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*. 2004; 33(9): 491-495.
- Adell Argentó B, Ferré Grau C. Actitudes hacia la enfermedad mental en el ámbito sanitario. *Revista Presencia*. 2013; 9(17-18): 1-7.
- Carniel Wagner L, Runte Geidel A, Torres González F, Bruce King M. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2077-2087.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. 2003.
- Mondragón L, Monroy Z, Ito ME, Medina-Mora MA. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan a la terapéutica del intento suicida. *Acta Bioethica*. 2010; 16(1): 77-86.
- Ballseiro Estevez JT. De la ética médica a la legislación en salud mental: Tendencias actuales y realidad cubana. *Rev Hum Med*. 2007; 7(2): 63-81.
- Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*. 2015; 38(1): 53-58
- María A, Herrero M, Sánchez F, López M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychol Soc Educ*. 2014; 6(1): 17-26.
- Vargens O, Rangel T. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2012; 11(1): 220-230
- Mulligan A. Should dying patients be monitored? A reflective analysis of a critical incident. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*. 2005; 10(3): 122-126
- Jasper M. *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham, Nelson Thorne. 2003.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. *Guías de Práctica clínica en el SNS*. 2009.