

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 7 JULIO 2019

EDITORIAL

Príncipes

Javier Sánchez-Alfonso

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave

Javier Sanz Calvo

A família do adolescente com comportamento autolesivo internado no serviço de urgência de um hospital pediátrico.

Estudo de caracterização sociodemográfica

Maria Edite Trinco, José Carlos Santos

Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

María Jesús Bello Hernández, Laura Rodríguez Frías, Ana Adey Rodríguez Fernández, Ruth Auxiliadora Díaz Melián, Miguel Ángel Rodríguez García

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Javier Sánchez Alfonso, Enfermero especialista en Salud Mental.
Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés (Madrid) España.

Editora

Vanesa Sánchez Martínez, Profesora Doctora.
Universidad de Valencia. España.

Editor Asociado

Carlos Aguilera Serrano, Doctor enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Motril (Granada). España.

COMITE EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia, Investigación y Formación para el Emprendimiento de México. México.*

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*
José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*
Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
M^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*
Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*
Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*
Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Rocío Juliá Sanchís, *Universitat d'Alacant. España.*
Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*
Juan Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*
María Teresa Lluch Canut, *Universitat de Barcelona. España.*
José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*
Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*
Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*
Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*
Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga. España.*
Assumpta Rigol Cuadra, *Universitat de Barcelona. España.*

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Ventosa Esquineldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. España.*

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)
Editada en Madrid (España) por la
Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)
Revista Española de Enfermería de Salud Mental
(Spanish Journal of Mental Health Nursing)
Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España
Teléfono: (+34) 91 465 75 61
Fax: (+34) 91 465 94 58
Email: reesme@reesme.com
www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar
D. Manuel Castellanos Tejero
Dña. Esther Vivancos González
Dña. Victoria Borrego Espárrago
Dña. Isabel Jordán Martínez

© AEESME, 2019
ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2** **Príncipes**
Princes
Javier Sánchez-Alfonso

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4** **Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave**
Stigma of Mental Health Nursing Professionals Towards People with Severe Mental Disorder
Javier Sanz Calvo
- 22** **A família do adolescente com comportamento autolesivo internado no serviço de urgência de um hospital pediátrico. Estudo de caracterização sociodemográfica**
La familia del adolescente con conducta autolesiva ingresado en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico. Estudio de caracterización sociodemográfica
Families of Teenage Children with Self-injurious Behaviour Admitted to the Emergency Service in a Paediatric Hospital. Social-demographic Characterisation Study
María Edite Trinco, José Carlos Santos
- 29** **Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias**
Personal Stigma and Psychoeducational Activities in Patients of Psychiatric Departments from Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
María Jesús Bello Hernández, Laura Rodríguez Frías, Ana Adey Rodríguez Fernández, Ruth Auxiliadora Díaz Melián, Miguel Ángel Rodríguez García



Príncipes

Princes

Javier Sánchez-Alfonso

Director de la Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME). AEESME.
Servicio Madrileño de Salud, España
Fecha de recepción: 15 de mayo de 2019 / Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2019

EDITORIAL

Escribir un editorial, mi primer editorial, no resulta tarea sencilla.

Pensaba empezar estas líneas agradeciendo a la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental la confianza que depositan en el nuevo Equipo Editorial, correspondiendo la gratitud de las personas que han apostado para que podamos llevar a cabo este cometido cargados de responsabilidad y compromiso. Si bien no dejaba de presentir que, además de resultar presuntuoso, posiblemente ocultaría en mi inconsciente alguna persona importante. Por lo que descarté este preámbulo.

Igualmente, al tratarse del editorial de una revista científica, creí oportuno principiar escribiendo algo más técnico, con datos y cifras, recordando las palabras del maestro:

Tengo serias razones para creer que el planeta de donde venía el principito es el asteroide B 612. (...) si les he confiado su número, es por consideración a las personas mayores. Las personas mayores aman las cifras. Cuando les habláis de un nuevo amigo, no os interrogan jamás sobre lo esencial.

Jamás os dicen: «¿Cómo es el timbre de su voz? ¿Cuáles son los juegos que prefiere? ¿Colecciona mariposas?». En cambio, os preguntan: «¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?». Sólo entonces creen conocerle. Si decís a las personas mayores: «He visto una hermosa casa de ladrillos rojos con geranios en las ventanas y palomas en el techo...», no acertarán a imaginarse la casa. Es necesario decirles: «He visto una casa de cien mil francos». Entonces exclaman: «¡Qué hermosa es!».

Si les decís: «La prueba de que el principito existió es que era encantador, que reía, y que quería un cordero. Querer un cordero es prueba de que se existe», se encogerán de hombros y os tratarán como se trata a un niño. Pero si les decís: «El planeta de donde venía es el asteroide B 612», entonces quedarán convencidos y os dejarán tranquilos sin preguntaros más. Son así. Y no hay que reprocharles. Los niños deben ser muy indulgentes con las personas mayores.

Pero, claro está, nosotros que comprendemos la vida, nos burlamos de los números. Hubiera deseado comenzar esta historia a la manera de los cuentos de hadas. Hubiera deseado decir: «Había una vez un principito que habitaba un planeta apenas más grande que él y que tenía necesidad de un amigo...» Para quienes comprenden la vida habría parecido mucho más cierto.¹

Recusé también esa idea (ya les avisé en la primera línea, esto no resulta sencillo).

Ni como en los cuentos de hadas ni dando datos ni cifras, emprenderé este desafío retomando el primer pensamiento: dando las GRACIAS (en mayúsculas).

Dando las gracias y sonriendo (esto último deben imaginárselo) al anterior Equipo Editorial de esta revista, a las personas que han hecho posible que esto que ustedes tienen hoy en sus manos (o en sus pantallas) viese la luz; dando las gracias por el trabajo espartano desempeñado, por la ilusión que desprenden, por la seguridad que su buen hacer refleja. En definitiva, dando las GRACIAS por ser tan buenos maestros.

Y ahora, una vez germinado este proyecto, les toca a ustedes, a nosotros, continuar con esta tarea: conservando lo realizado, aportando nuevas ideas, embarcándonos en la creación de nuevos trabajos, perdonando y aprendiendo de los errores..., visibilizando algo tan valioso y necesario como es el conocimiento enfermero.

Para eso les voy a pedir un favor: que entre todos volvamos a sembrar, a cuidar, que mañana podamos cosechar una revista de calidad; una revista donde tengan cabida sus anhelos, sus proyectos, sus aportes al desarrollo de la profesión y podamos decir que REESME es un referente en el campo de la enfermería de salud mental.

Así que, si me lo permiten (por aquello de la primera vez), les estoy pidiendo que, por un momento, volvamos otra vez a ser Principitos.

Bibliografía

1. Saint-Exupéry, Antoine de. *El Principito*. Madrid: Biblioteca juvenil. Alianza Editorial; 1999. pag. 22-24.



Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave

Stigma of Mental Health Nursing Professionals Towards People with Severe Mental Disorder

Javier Sanz Calvo¹

¹Enfermero especialista en salud mental del Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid, España.

Contacto: jsanzc@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 8 de junio de 2018 / Fecha de aceptación: 20 de septiembre de 2018

Resumen

Introducción: Los profesionales de enfermería de salud mental se encuentran en contacto directo y continuo con las personas que padecen un trastorno mental grave. Por ello, son los encargados de prestar unos cuidados de calidad libres de prejuicios y ausentes de estigmatización. El objetivo del estudio es medir el grado de estigmatización de los profesionales de enfermería de salud mental del área sur de la Comunidad de Madrid hacia las personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal dirigido a enfermeras que trabajen o hayan trabajado en algún recurso asistencial de salud mental en la zona sur de la Comunidad de Madrid (Leganés, Parla y Fuenlabrada, principalmente), teniendo una experiencia mínima de un mes. Para la recogida de los datos se utilizó el Cuestionario de Atribución-27.

Resultados: Se obtienen 65 participantes. Generalmente, las puntuaciones para las enfermeras son bajas. Se aprecia que, cuanto mayor es la experiencia profesional, entendida por tiempo trabajado ($p = 0,02$), variedad de recursos asistenciales ($p = 0,01$) y variación en la población, menor es el estigma sentido por las enfermeras hacia la enfermedad mental. Destaca la formación de las enfermeras especialistas en salud mental, respecto a las generalistas, por gozar de niveles significativamente menores en estigmatización ($p < 0,01$).

Conclusión: Las enfermeras de salud mental tienen puntuaciones bajas en estigma, aunque se siguen percibiendo marcados estereotipos hacia la patología mental. Tanto la experiencia profesional como, sobre todo, la formación especializada en salud mental, mejoran los cuidados prestados hacia las personas con trastorno mental.

Palabras clave: estigma social, salud mental, enfermería, especialidades de enfermería, trastorno mental.

Abstract

Background: Mental health nursing professionals are in direct and continuous contact with people who have a severe mental disorder. Therefore, they are responsible for providing quality care without prejudice and stigmatization. The aim of this study is to measure the level of stigmatization of mental health nursing professionals in the south area of Madrid towards people diagnosed with severe mental disorder.

Method: This is a descriptive study about the nurses who work or have ever worked in any mental health care unit in the south of Madrid (Leganés, Parla and Fuenlabrada, mainly), with a minimum of one month experience. The Attribution Questionnaire-27 was used to collect the information.

Results: 65 participants. Generally, the score for nurses are low. We can observe that the more professional experience, understood by time worked ($p = 0,02$), variety of care unit ($p = 0,01$) and variety in the population, the lower is the stigma felt by nurses towards the mental illness. It is highlights the formation of nurses specialized in mental health, compared to general nurses, for having significantly lower levels of stigmatization ($p < 0,01$).

Conclusion: Mental health nurses have low score in stigma, although the stereotypes towards mental pathology continue to exist. Both the professional experience and, specially, specialized formation in mental health, improve the care towards people with severe mental disorders.

Keywords: social stigma, mental health, nursing, specialties, nursing, mental disorder.

Introducción

El concepto de enfermedad mental ha ido evolucionando a lo largo de la historia; sin embargo, la asociación de éste con peligrosidad, miedo o desconfianza ha sido constante durante años, hecho que ha favorecido al proceso de estigmatización de las personas que sufren un trastorno mental.

Actualmente, el estigma se podría definir como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado. Es decir, los estigmas son características sociales sobre las cuales las demás personas poseen estereotipos, actitudes y creencias negativas, que acaban produciendo que estos individuos sean discriminados y excluidos^{1,2}.

Una definición muy aceptada es la que propone Goffman en 1963 en su publicación *Estigma: la identidad deteriorada*, donde define el fenómeno como “atributos negativos de un individuo que le generan un profundo descrédito y desvaloración social”. Como consecuencia, estos atributos degradan y rebajan a las personas portadoras originando dificultades significativas en las relaciones sociales y en el propio bienestar de quienes lo padecen^{3,4}.

Es importante destacar que existen diferentes tipos de estigma. Asimismo, el sociólogo Goffman describe tres tipos de estigma en 1963: el estigma físico referido a deformidades corporales visibles, el estigma de pertenencia o identidad grupal (etnia, nación, religión, etc.) y el estigma de carácter o personalidad que hace referencia a características personales que son interpretadas como defectos (identidad sexual, género, trastorno mental, adicción...)^{3,5}. En este artículo, nos centraremos únicamente en el estigma de carácter, ya que es el sufrido por los pacientes que padecen enfermedades mentales.

Los profesionales sanitarios, sobre todo el personal enfermero, son los encargados del cuidado directo a los enfermos mentales. Como hemos visto, estos pacientes poseen características diferentes al resto de usuarios de los servicios sanitarios, y es por ello por lo que las enfermeras debemos adaptarnos para ofrecerles una buena calidad asistencial. Por tanto, es imprescindible dejar atrás aquellas concepciones o actitudes negativas sobre los enfermos mentales que a menudo se observan en el ámbito asistencial, ya que nos impiden llegar a conseguir un cuidado de calidad.

Establecer una apropiada relación terapéutica entre el profesional enfermero y cualquier paciente es una herramienta básica de la que no podemos prescindir, aún más si se trata de un paciente con problemas de salud mental. Igualmente, está demostrado que los profesionales especializados en el área de salud mental, al poseer más formación y conocimientos sobre las patologías mentales, son capaces de conseguir un mayor acercamiento y una fructífera relación terapéutica con los afectados⁶.

Finalmente, hay que destacar que no solamente es de vital importancia que adquieran adecuadas relaciones de apoyo y conocimientos, sino que también ellas son las encargadas de realizar una correcta educación para la salud a los diferentes grupos sociales con la finalidad de evitar el proceso de estigmatización.

Metodología

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Población de estudio

Enfermeras que trabajen o hayan trabajado en la red de salud mental (UHB, UCPP, UHTR y CSM, principalmente) de la zona sur de la Comunidad de Madrid (Leganes, Parla, Fuenlabrada, principalmente).

Criterios de selección

- Deben ser profesionales sanitarios que trabajen actualmente o hayan trabajado en el pasado en el ámbito de la salud mental.
- Haber realizado o realizar su profesión habitual en al menos uno de los recursos de asistencia mental de la zona sur de la Comunidad de Madrid.
- Tener al menos un mes de experiencia laboral como enfermera en la red asistencial psiquiátrica.

Muestra

Se decide realizar un muestreo no probabilístico por conveniencia.

*Variables de estudio**Variables independientes:*

- Edad.
- Sexo.
- Tiempo trabajado en salud mental.
- Población de trabajo.
- Recurso de salud mental.
- Formación especializada en salud mental.
- Modalidad de adquisición de la formación especializada (solo en caso de tenerla): vía EIR (Enfermera Interno Residente) o vía extraordinaria.

Variable dependiente:

- Puntuación obtenida en el Cuestionario de Atribución-27 o *Attribution Questionnaire-27* (AQ-27).

Para la recolección de datos se ha utilizado un cuestionario validado llamado Cuestionario de Atribución-27 (AQ-27), que podemos consultar en el Anexo I. Se trata de un cuestionario autoadministrado desarrollado por Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak en 2003⁷ y traducido al castellano gracias a Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén en 2009⁸.

Este cuestionario fue diseñado para evaluar una serie de atribuciones o constructos (conductas, afectos, actitudes, etc.) de cualquiera hacia una hipotética persona diagnosticada de enfermedad mental grave (esquizofrenia). En resumen, fue creado para evaluar el estigma hacia las personas con patología mental y está compuesto por 27 preguntas con respuestas en una escala tipo Likert de 1 a 9.

Las 27 preguntas o ítems se agrupan en 9 factores (3 ítems para cada factor):

- Responsabilidad sobre la enfermedad mental: grado en el que las personas pueden controlar la causa de la enfermedad mental o ser responsables de su situación actual (ítems: 10+11+23).
- Piedad o culpa: grado de preocupación (ítems: 9+22+27).
- Ira o enfado: cantidad de malestar o irritación (ítems: 1+4+12).
- Peligrosidad: percepción de que representan una amenaza para los demás (ítems: 2+13+18).
- Miedo: nivel de terror expresado (ítems: 3+19+24).
- Ayuda: disposición a prestar ayuda (ítems: 8+20+21).
- Coacción: entendido como obligación a realizar un tratamiento adecuado (ítems: 5+14+25).

- Segregación: referido a la creencia de enclaustramiento de esta tipología de pacientes en hospitales psiquiátricos, de manera que estén separados de la sociedad (ítems: 6+15+17).
- Evitación: evitar vivir, trabajar o, simplemente, relacionarse cerca de una persona con enfermedad mental (ítems: 7+16+26).

De este modo, las puntuaciones de cada factor oscilan entre 3 y 27. El resultado se expresaría: cuanto mayor puntuación del ítem, mayor será el valor de ese factor para la persona, excepto en el Factor 9 (Evitación) ya que las puntuaciones se invierten.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS v.14® (SPSS Inc, Chicago, IL), mediante las pruebas no paramétricas de U Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados

Se consiguieron un total de 58 profesionales de enfermería (Tabla 1), la mayoría de los encuestados eran mujeres (79 %) y la edad media se encuentra en 38,32 años.

Además, la media del tiempo trabajado en los diferentes dispositivos de la red de salud mental es de 8,6 años, es decir 8 años y 8 meses. A partir de este dato extraemos que dos tercios de la población encuestada (65,5 %) posee una experiencia menor a 10 años y que el 40 % tiene una experiencia en estos servicios de tan solo 3 años o menos.

En cuanto a la población de trabajo, la mayoría pertenecen a Leganés (65,5 %), seguido por Parla.

El recurso asistencial más participativo es la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de psiquiatría. A continuación, y en la misma situación, se encontrarían la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) y la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR).

Una parte esencial es evaluar el grado de formación de los profesionales de enfermería, es decir la especialización en materia de salud mental. Según los datos, los profesionales especialistas alcanzan alrededor del 40 % frente a la mayoría de la muestra que no posee el título de Enfermera Especialista en Salud Mental.

N = 58	
Género (%)	
Mujeres	79
Varones	21
Edad (%)	
18-39 años	51,7
40-64 años	48,3
Edad Media (años)	38,32
Tiempo Trabajado (%)	
≤ 3 años	39,6
> 3 años y < 10 años	25,9
≥ 10 años	34,5
Tiempo Trabajado Medio (años)	8,6
Población de Trabajo (%)	
Leganés	65,5
Parla	31
Fuenlabrada	8,6
Recurso de Trabajo (%)	
Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	60,3
Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP)	43,1
Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR)	39,7
Hospital de Día -Adultos e Infanto-juvenil- (HD)	25,8
Centro de Salud Mental (CSM)	24,1
Centro de Atención Integral a Drogodependencias (CAID)	12,1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería de salud mental de la zona sur de la Comunidad de Madrid.

GRADO DE FORMACIÓN

■ Especialistas ■ No Especialistas

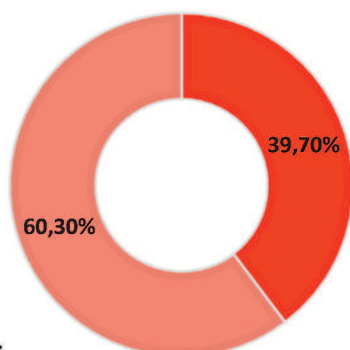


Gráfico 1.

Fuente: elaboración propia.

VÍA ESPECIALIZACIÓN

■ E.I.R. ■ Extraordinaria

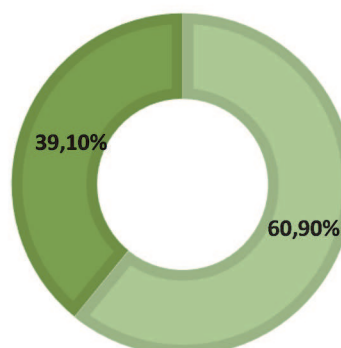


Gráfico 2.

Fuente: elaboración propia.

Ítems (rango 1-9) / Factor (rango 3-27)	MEDIA (DT**)
FACTOR 1: RESPONSABILIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL	11,03 (3,80)
10. Pensar que es su culpa	1,48 (1,47)
11. Ser controlable la causa de la situación	6,00 (1,96)
23. Responsabilidad sobre la situación actual	3,55 (2,07)
FACTOR 2: PIEDAD/CULPA	18,4 (3,40)
9. Sentir pena	4,52 (2,00)
22. Compresión	7,41 (1,23)
27. Grado de preocupación	6,47 (1,78)
FACTOR 3: IRA/ENFADO	5,75 (3,01)
1. Sentirse violentado	2,03 (1,44)
4. Sentirse enfadado	1,43 (1,01)
12. Sentirse irritado	2,29 (1,53)
FACTOR 4: PELIGROSIDAD	7,56 (4,67)
2. Sentirse inseguro	2,59 (1,80)
13. Considerarlo peligroso	2,86 (1,91)
18. Sentirse amenazado	2,12 (1,70)
FACTOR 5: MIEDO	5,25 (3,49)
3. Aterrorizado	1,43 (0,94)
19. Asustarse	1,98 (1,46)
24. Grado en que le aterroriza	1,84 (1,41)
FACTOR 6: AYUDA	24,05 (2,73)
8. Dispuesto a hablar con él sobre su problema	8,28 (1,28)
20. Probabilidad de ayudarlo	8,14 (0,96)
21. Certeza de ayudarlo	7,64 (1,27)
FACTOR 7: COACCIÓN	17,51 (5,48)
5. Exigirle que tome la medicación	7,34 (1,92)
14. Debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico	6,43 (2,42)
25. Si estuviera a su cargo, obligarle a vivir en piso supervisado	3,74 (2,45)
FACTOR 8: SEGREGACIÓN	8,34 (5,18)
6. Supone un riesgo si no se le hospitaliza	3,64 (2,28)
15. Mejor recluirlo en un hospital psiquiátrico	2,22 (1,96)
17. El hospital psiquiátrico es el mejor lugar para él	2,48 (1,85)
FACTOR 9: EVITACIÓN *	16,65 (5,79)
7. Si fuera empresario, lo entrevistaría para un trabajo *	6,05 (2,29)
16. Compartiría coche *	5,33 (2,67)
26. Si fuera propietario, le alquilaría un piso *	5,28 (2,34)

* Las puntuaciones para estos ítems y factor están invertidas respecto el resto. Es decir, a mayor puntuación, menor evitación.

** Desviación típica.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones para cada ítem y factor del Cuestionario de Atribución 27 en profesionales de enfermería.

Dentro de este dato de profesionales especialistas que han participado, podemos diferenciar dos categorías según la vía para obtener el título: vía extraordinaria o vía EIR (Enfermero Interno Residente). Encontramos que la vía de especialización EIR parece algo más participativa (n=14) que la extraordinaria (n=9).

En general, las puntuaciones del AQ-27 son bajas (Tabla 2), lo cual es un buen indicador del nivel de estigma percibido por los profesionales de enfermería hacia los pacientes con enfermedades mentales. Tanto es así, que las puntuaciones obtenidas respecto a los sentimientos de ira o enfado hacia el paciente, la peligrosidad percibida de este y el miedo son ínfimas (Factor 3: 5/27, Factor 4: 7/27 y Factor 5: 5/27).

Además, nuestra muestra posee altos niveles de disponibilidad de ayuda (Factor 6: 24/27), datos que no resultan alarmantes ya que este colectivo se dedica al cuidado directo de personas. Entre otros datos favorecedores encontramos que poseen medio-altos niveles

de preocupación por las personas aquejadas de trastornos mentales (Factor 2: 18/27). También, al tratarse de profesionales encargados del tratamiento farmacológico del paciente, encontramos niveles medio-altos en la coacción u obligación a recibir un tratamiento adecuado (Factor 7: 17/27).

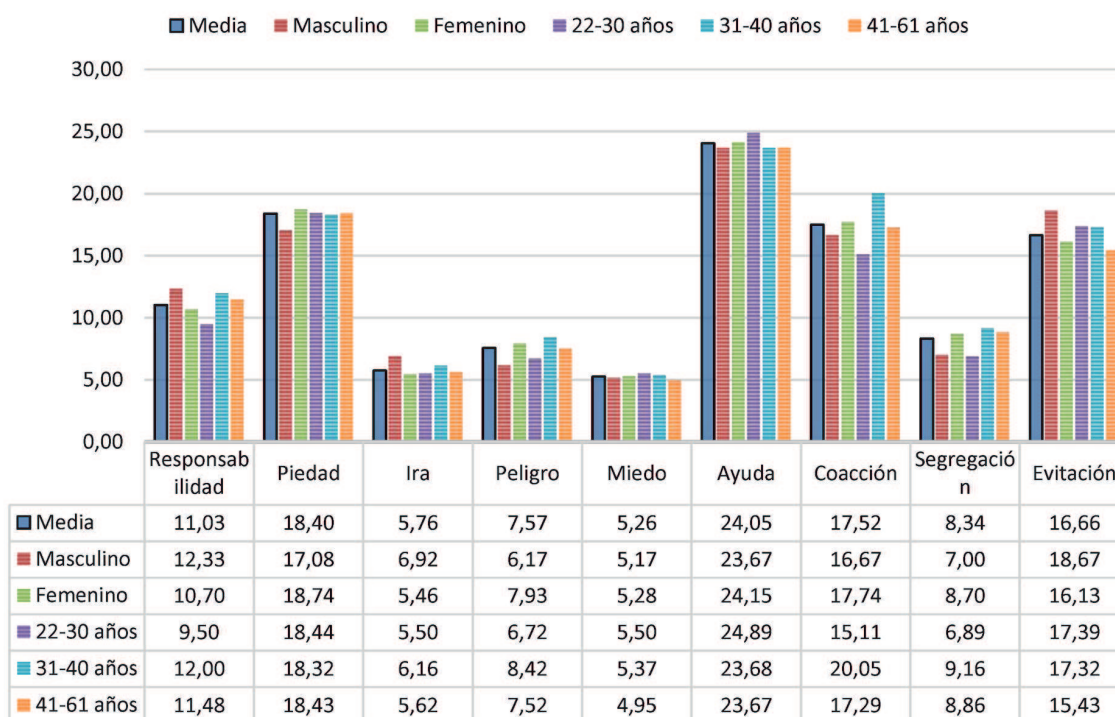
Por lo tanto, en líneas generales, las puntuaciones medias de este cuestionario para los profesionales de enfermería son muy buenas y esperanzadoras.

Observando los datos presentes en el Gráfico 3, podemos afirmar que apenas existen diferencias entre el género y la edad de los profesionales sanitarios.

Tan solo podemos observar que el grupo de profesionales más joven (≤ 30 años) obligan en menor frecuencia a llevar un tratamiento adecuado o coaccionar a los enfermos mentales respecto al grupo de profesionales más veteranos (> 30 años), teniendo estos últimos cifras mayores en coacción ($p = 0,02$).

Gráfico 3.

GÉNERO Y EDAD



Fuente: elaboración propia.

Respecto al tiempo trabajado en la red de salud mental, afirmamos que los participantes más novatos (experiencia inferior o igual a 2 años) perciben más miedo hacia el paciente con trastorno mental que cualquier otro grupo ($p=0,02$). Sin embargo, la muestra más experimentada (mayor o igual a 10 años) tiene niveles muy bajos en el factor miedo. Por lo que se puede deducir que los profesionales con más experiencia tienen menos percepción de miedo hacia las perso-

nas con enfermedad mental.

En cuanto a la población donde se realizó o se realiza el trabajo de los profesionales de enfermería, nos encontramos que las puntuaciones no son muy dispares entre sí. De esta manera, los factores más destacables en los que se encuentran datos más alejados de la media son Peligrosidad, Coacción y Segregación (Tabla 3).

Tabla 3. Medias de los factores según poblaciones de trabajo.			
Factor (rango 3-27)	4. Peligrosidad	7. Coacción	8. Segregación
MEDIA	7,57	17,52	8,34
Leganés (65%)	7,97	17,09	8,88
Parla (31%)	8,07	20	8,93
Fuenlabrada (8%)	4,33	14,67	4,67
1 población	7,67	17,71	8,52
Varias poblaciones	6,67	15,83	6,83
Fuente: elaboración propia.			

Tanto Leganés como Parla tienen unos valores muy similares entre sí y a la media de la muestra, lo que podemos traducir en unos niveles globales bajos de estigma percibidos hacia el paciente con trastorno mental. En esta ocasión, destaca Parla como el lugar de trabajo donde se coacciona con mayor frecuencia para llevar un tratamiento adecuado respecto al resto de poblaciones ($p=0,05$).

Además, comparando aquellos profesionales que solamente trabajaron en una ciudad frente a los que han tenido mayor diversidad en su ámbito laboral, se encuentra que los profesionales de enfermería con varias poblaciones distintas de trabajo demuestran tener mejores puntuaciones en estigma mental. Por lo tanto, podemos deducir *a priori* que la variedad en los lugares de empleo mejora la visión de los profesionales sobre sus pacientes, aunque estas diferencias no son relevantes.

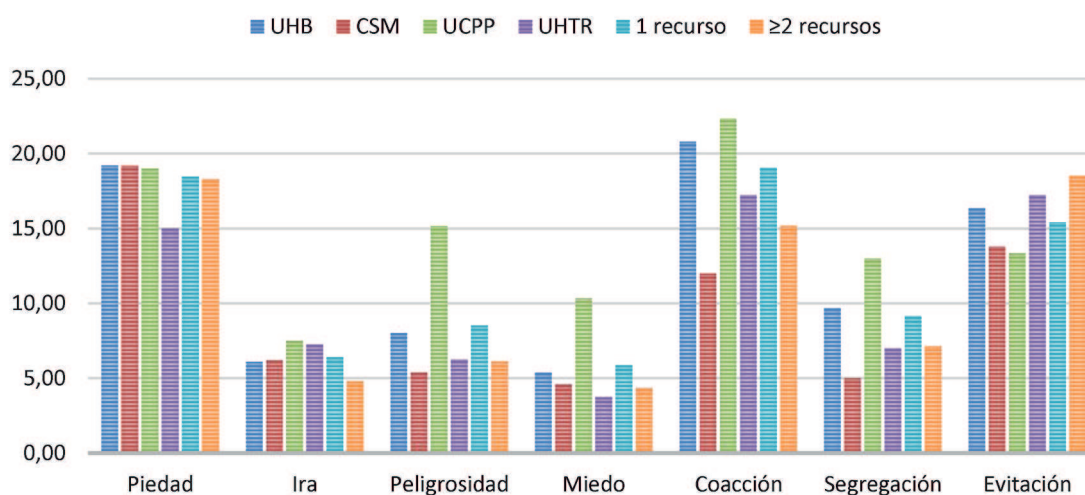
Respecto a los recursos asistenciales de la red de salud mental (Gráfico 4), quizá uno de los más destacados es la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP) ya que tiene valores de estigmatización

mucho más altos que el resto de los recursos. De esta forma, la UCPP tiende a percibir mayor miedo y a expresar más cantidad de ira hacia los pacientes con enfermedad mental. Esta afirmación puede venir respaldada por el hecho de que los profesionales que trabajan en la UCPP respecto al resto piensan que los enfermos mentales son más peligrosos. También demuestran tener puntuaciones más elevadas en segregación, es decir, en la idea de enclaustramiento en residencias de esta tipología de pacientes. Todo ello hace que estos profesionales tiendan a evitar con mayor frecuencia relacionarse con personas diagnosticadas de patología mental. No obstante, se trata de puntuaciones neutras y no significativas. Tan solo podemos afirmar que la UCPP obliga más que el resto de los dispositivos a llevar un tratamiento adecuado, ya que encontramos diferencias significativas en el Factor Coacción ($p=0,02$).

Por otra parte, recursos como las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) o las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) obtienen puntuaciones más esperanzadoras.

Gráfico 4.

RECURSO DE TRABAJO



Fuente: elaboración propia.

En la misma línea se encuentran los Centros de Salud Mental (CSM) por ser unos de los mejores puntuados, siendo además los recursos con menos sensación de peligrosidad del paciente, menor segregación de éste hacia un internamiento y menor coacción del tratamiento. Sin embargo, no todo son datos favorables ya que los profesionales de los CSM tienden a evitar en más ocasiones relacionarse en su vida cotidiana con las personas que padecen trastornos mentales. Sin embargo, tampoco encontramos niveles de significación destacables.

Por último, se puede apreciar en el Gráfico 4 que existe una distinción entre profesionales que solamente ejercen o ejercieron su trabajo en un único recurso y aquellos que lo hicieron en varios (≥ 2 recursos). De esta forma, se observa que los valores para los profesionales que pasaron por varios recursos son más bajos y por tanto expresan menor estigma que aquellos que tan solo se desarrollaron en un recurso, pero estos datos no son relevantes significativamente. No obstante, podemos afirmar que los profesionales que trabajaron en varios dispositivos obligan en menor cantidad al paciente, ya que encontramos niveles de significación en el factor Coacción ($p = 0,01$). Por ello, parece aconsejable que exista una variedad en la experiencia profesional dentro de los recursos asistenciales de salud mental.

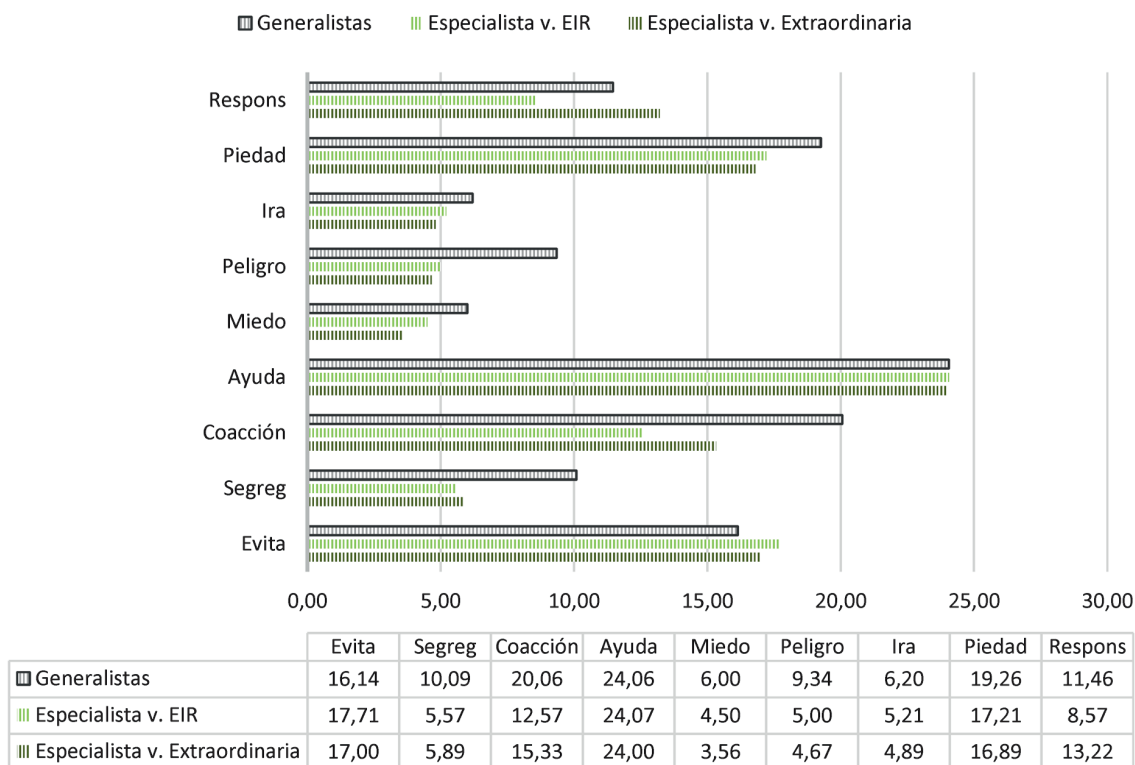
Un objetivo del estudio es ver la importancia de la formación. Hasta ahora, hemos visto que los profesionales con más experiencia laboral tienen mejores puntuaciones, y queremos comprobar si aquellos con más experiencia académica también tienen mejores puntuaciones.

Asimismo, según los datos reflejados en el Gráfico 5, los profesionales en contacto con los pacientes de salud mental sin título de especialista (generalistas) poseen puntuaciones mayores en Peligrosidad, Coacción y Segregación. Es decir, obligan más a llevar un tratamiento adecuado y a favorecer el internamiento psiquiátrico de estos pacientes porque los perciben como más peligrosos, al contrario que las profesionales enfermeras especialistas, con un alto nivel de significación ($p < 0,01$).

Con estas afirmaciones queda comprobado que tanto la experiencia profesional (nivel de tiempo trabajado, variedad de poblaciones y recursos visitados) como la académica, son dos herramientas importantes, básicas y muy útiles para el correcto manejo de las personas que sufren una enfermedad mental. Destacando en esta última la especialización en salud mental de las enfermeras como algo recomendable y provechoso, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Gráfico 5.

FORMACIÓN



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la única distinción significativa entre las diferentes vías de obtener la especialización reside en que la formación EIR consideran que los enfermos mentales son menos responsables de su patología que la muestra con formación especializada por vía extraordinaria ($p < 0,01$).

Discusión

Según la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo (6000 millones)⁹. Según López-Ibor (2000) y Fischer *et al.* (2017), la prevalencia de esquizofrenia se acerca al 1 % a nivel internacional¹.

Asimismo, programas como “1decada4” desarrollados por la Junta de Andalucía, nos recuerdan que 1 de cada 4 personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida¹².

Otros proyectos como “Obertament”, originado en Cataluña, nos ofrecen datos similares: “1 de cada 5 jóvenes vive un problema de salud mental”¹³. En la misma línea se encuentra la OMS, ya que habla sobre que al menos el 20 % de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental¹⁴.

Todos estos argumentos se exponen para concienciar a la población de que las enfermedades de salud mental son un problema común y de gran magnitud que todos podemos experimentar.

Por otra parte, encontramos otros artículos similares al nuestro que exploran las actitudes de los profesionales sanitarios de salud mental.

Así Tay *et al.* (2004) manifiesta que la cualificación profesional avanzada y una experiencia de más de 10 años en el ámbito psiquiátrico favorecen actitudes significativamente más positivas¹⁵.

Por su parte, el Instituto Andaluz de Salud Mental (1988) destaca que las personas que mostraban una actitud global más favorable eran los profesionales sanitarios con una edad inferior a 45 años y con una mayor categoría profesional¹⁶.

Como se refleja de los anteriores estudios, la cualificación avanzada o mayor categoría profesional, llamada en este proyecto formación especializada, influye directamente en las actitudes de los profesionales. En la misma línea se encuentra nuestro estudio ya que revela que existen grandes diferencias significativas entre enfermeras generalistas y especialistas, siendo estas últimas mejor valoradas.

Por tanto, diversos autores apuestan por esta premisa de “a mayor formación y experiencia laboral, menor estigma encontrado”.

De esta manera, revisando el trabajo realizado por el Royal College of Psychiatrists de Londres (Mukherjee *et al.*, 2002) encontramos que los médicos, no específicamente profesionales en la salud mental, tendían a

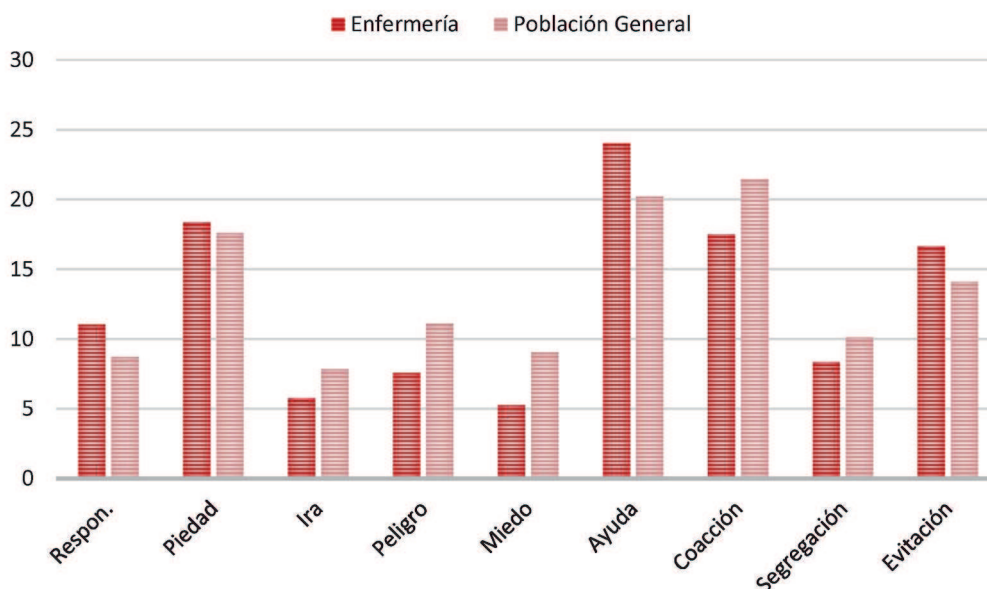
creer que las personas con enfermedad mental eran peligrosas e impredecibles, pero este estigma parecía disminuir a medida que aumentaba la formación y experiencia profesional¹⁷.

Otro ejemplo, serían los numerosos estudios coincidentes en que las enfermeras de salud mental comparten estereotipos y manifiestan actitudes menos favorables en comparación con los psiquiatras, los cuales presentan una mejor formación, mayor conocimiento y opiniones más positivas^{15,16,18}.

Finalmente, para visualizar mejor los datos del presente artículo, lo comparamos con otros estudios nacionales (Muñoz *et al.*, 2009) realizados con una metodología similar en población general (Gráfico 6).

De esta forma, se observa en el Gráfico 6 que nuestra población enfermera tiene actitudes menos estigmatizantes que la población general en todos los factores. Este dato favorece gratamente la calidad de los cuidados ofrecidos por enfermería hacia las personas con enfermedad mental.

Gráfico 6. Análisis comparativo de las puntuaciones en el Cuestionario de Atribución-27 entre los profesionales de enfermería de salud mental y la población general de la Comunidad de Madrid.



Fuente: Muñoz *et al.* 2009⁸ y elaboración propia.

Además, datos aportados por otros trabajos sugieren que, globalmente, las actitudes de los profesionales que atienden a personas con enfermedad mental son sustancialmente más positivas que las de la población general, aunque siguen apareciendo ciertas actitudes estigmatizadoras¹⁸.

Finalmente, aportar que quizá los menores estereotipos presentados por los profesionales sanitarios respecto a otras poblaciones se deban al mejor conocimiento y acercamiento a las personas con esta tipología de enfermedad. Igualmente, Frías *et al.* (2017) o Sayols-Villanueva *et al.* (2015) sugieren que el contacto directo con personas con trastorno mental, así como el mayor grado de conocimiento de su patología, reducen significativamente los niveles de estigma en cualquier población²¹.

Conclusión

Históricamente el estigma se ha asociado a todas aquellas personas con cualidades que las hacían distintas, hecho que se acrecentaba en las personas que sufrían una patología mental. Actualmente, podemos señalar que siguen existiendo importantes estereotipos y prejuicios acerca de la enfermedad mental y de las personas que la padecen.

De esta manera, este estigma mental ocasiona numerosas consecuencias en toda clase de ámbitos, incluido el sanitario, lo que conduce a la discriminación. Asimismo, los pacientes con enfermedad mental se encuentran muy vinculados a los diferentes recursos de la red y, por tanto, a los profesionales sanitarios que la atienden, pero continúan existiendo hoy en día estereotipos marcados hacia la patología psiquiátrica desde las instituciones sanitarias. Sin embargo, se ha conseguido evolucionar en esta percepción.

Según los resultados del estudio, las enfermeras como gestoras del cuidado del enfermo mental demuestran tener actitudes menos estigmatizantes que la población general.

También queda comprobado que la experiencia laboral y académica de los profesionales de enfermería mejora la percepción hacia el paciente, reduciendo el estigma mental.

Igualmente, se hace hincapié en la importancia de la formación especializada en salud mental con el objetivo de mejorar los cuidados prestados, evitando la estigmatización.

matización.

Bibliografía

- Sanjuan AM. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. 2011.
- Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. 2000.
- Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster; 2009.
- Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*. 2015;38: 53-58.
- Cazzaniga Pesenti J, Suso Araico A. Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. 2015.
- Castro-Morales JM, Cano-Molina V. Actitud del personal de enfermería ante el paciente psiquiátrico en unidades de segundo nivel de atención. *Salud en Tabasco*. 1997;3(1).
- Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003;44(2): 162-179.
- Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén Al. Estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. [citado 18 ago 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- Fischer BA, Buchanan RW. Schizophrenia in adults: epidemiology and pathogenesis. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
- López-Ibor JJ, Cuenca O. La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia. Vol 2. Madrid: Aula Médica; 2000.
- 1decada4.es [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2004 [citado 4 ago 2017]. Disponible en: <http://www.1decada4.es/>.
- Obertament.org [Internet]. Barcelona: Obertament; 2010 [citado 12 ago 2017]. Disponible en: <https://obertament.org/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. [citado 12 ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index4.html.
- Tay SEC, Pariyasami SD, Ravindran K, Ali MIA, Rowsudeen MT. Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2004;42(10): 40-47.
- Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía. Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental; 1988.
- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness. *The Psychiatrist*. 2002; 26(5): 178-181.
- Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, et al. Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004;50(4): 319-330.
- Frías VM, et al. Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. *Enferm Clin*. 2017.
- Sayols-Villanueva M, Ballester-Ferrando D, Gelabert-Vilella S, Fuentes-Pumarola C, Rascón-Hernán C. El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Rev de enfermería y salud mental*. 2015;(2): 7-15.
- Cebollero-Rodríguez M, Vaquero-Crespo C, López-Escudero MÁ, Saiz-Galdós J. Intervención contra el estigma hacia personas con enfermedad mental en jóvenes de institutos del Sur de la Comunidad de Madrid.

Anexo I: Cuestionario de Atribución 27

AQ-27 (Cuestionario de atribución 27).

¡Hola!, bienvenido.

Muchas gracias por participar en esta encuesta. Solo te llevará un par de minutos.

Si usted rellena este cuestionario, está autorizando a que sus datos sean utilizados de forma ANÓNIMA con fines investigadores.

A continuación, unas sencillas preguntas:

*** Obligatorio.**

1. **1. ¿Cuál es tu número de colegiado? ***

Esta información es para asegurar la ausencia de duplicidad de respuestas, y no será utilizada con otros fines ya que el cuestionario es ANÓNIMO.

2. **2. Edad. ***

3. **3. Sexo. ***

Marca solo un óvalo

Masculino.

Femenino.

4. **4. Tiempo trabajado en salud mental. ***

Expresado en meses y/o años (6 meses o 2 años y 3 meses) de forma aproximada.

*Damos por hecho que usted es enfermera/o y que trabaja o ha trabajado en contacto con salud mental. Si no es así, no debería rellenar este formulario.

5. **5. Población de trabajo. ***

Lugar o lugares dónde se realizan o se han realizado la profesión relacionada con salud mental.

*Damos por hecho que usted es enfermera/o y que trabaja o ha trabajado en contacto con salud mental. Si no es así, no debería rellenar este formulario.

Selecciona todos los que correspondan.

Leganés.

Parla.

Fuenlabrada.

Otro: _____

6. 6. Recurso de trabajo. *

Unidades o recursos dónde se realizan o se han realizado la profesión relacionada con salud mental. *Damos por hecho que usted es enfermera/o y que trabaja o ha trabajado en contacto con salud mental. Si no es así, no debería rellenar este formulario.

Selecciona todos los que correspondan.

- Unidad de Hospitalización Breve o Aguda (UHB).
- Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID).
- Unidad Residencial.
- Unidad de rehabilitación.
- Hospital de Día adultos.
- Hospital de Día Infanto-Juvenil.
- Centro de Salud Mental (CSM).
- Otro: _____

7. 7. ¿Has obtenido la especialidad en salud mental? *

Marca solo un óvalo

- Sí, soy enfermera/o especialista en salud mental. *Pasa a la pregunta 8.*
- No, soy enfermera en contacto con salud mental. *Pasa a la pregunta 9.*

Enfermera especialista en salud mental.

En caso de tratarse de un enfermero especialista en salud mental, usted deberá contestar esta pregunta.

8. 8. ¿Cómo obtuvo el título de la especialidad? *

Marca solo un óvalo

- Vía enfermero interno residente (EIR). *Pasa a la pregunta 9.*
- Vía extraordinaria. *Pasa a la pregunta 9.*

Pasa a la pregunta 9.

Cuestionario.

Muchas gracias por la información. Ahora comienzan las preguntas propias del cuestionario.

Por favor, lea las siguientes frases acerca de José:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado 6 veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ.
MARCA EL NÚMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

9. 1. Me sentiría violentado a causa de José. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

10. 2. Me sentiría inseguro cerca de José. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No, en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sí, muchísimo.

11. 3. José me aterraría. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

12. 4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

13. 5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

14. 6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

15. 7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No es probable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probablemente.

16. 8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

17. 9. Sentiría pena por José. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ninguna en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísima.

18. 10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No, en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sí, totalmente.

19. 11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

20. 12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

21. **13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso? ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

22. **14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere? ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

23. **15. Sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico. ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

24. **16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día. ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No es probable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probablemente.

25. **17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él? ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

26. **18. Me sentiría amenazado por José. ****Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No, en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sí, muchísimo.

27. 19. ¿Hasta qué punto José le asustaría? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

28. 20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Definitivamente no ayudaría.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente ayudaría.

29. 21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ninguna certeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absoluta certeza.

30. 22. ¿Hasta qué punto comprende a José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

31. 23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No es responsable en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy responsable.

32. 24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

33. 25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
En absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísimo.

34. 26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José. **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No es probable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probablemente.

35. 27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José? **Marca solo un óvalo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ninguna en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muchísima.



A família do adolescente com comportamento autolesivo internado no serviço de urgência de um hospital pediátrico. Estudo de caracterização sociodemográfica

La familia del adolescente con conducta autolesiva ingresado en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico. Estudio de caracterización sociodemográfica

Families of Teenage Children with Self-injurious Behaviour Admitted to the Emergency Service in a Paediatric Hospital. Social-demographic Characterisation Study

Maria Edite Trinco¹, José Carlos Santos²

¹Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Hospital Pediátrico. Coimbra, Portugal; Enfermeira Forense; Doutoranda em Enfermagem; Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem De Coimbra. Portugal.

²Professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Doutorado em Saúde Mental..

Contacto: edite.trinco@hotmail.com

Fecha de recepción: 16 de julio de 2018 / Fecha de aceptación: 2 de noviembre de 2018

Resumo

A família é considerada a instituição mais antiga da Humanidade, que tem sido sujeita a múltiplas transformações devido ao advento de vários contextos culturais, sociais e económicos que se têm vivido, encontrando-nos assim perante uma constante renovação de paradigma, porém e apesar de todas as alterações a que esta tem sido exposta, a família enquanto instituição tem-se mantido como uma estrutura essencial em qualquer sociedade.

Objetivo(s): caracterização sociodemográfica da família dos adolescentes com comportamento autolesivo internados num hospital pediátrico da região centro.

Metodologia: estudo qualitativo, de natureza descritiva com recurso a análise de conteúdo.

Resultados: O perfil sociodemográfico da família é o da família nuclear, com uma média de 3,9 indivíduos por agregado familiar, os entrevistados têm uma média de idade de 43,5 anos, com um nível de escolaridade médio e vivem em meio rural, sendo o distrito de Coimbra o mais representado com 73,3%, da amostra.

Conclusões: apesar de todas as alterações na estrutura familiar, esta continua a ter um papel primordial no apoio e acompanhamento dos adolescentes internados com comportamentos autolesivos, enfatizando a necessidade de uma visão sistémica, para a promoção de adaptações e mudanças necessárias ao desenvolvimento do adolescente e de todo o sistema familiar.

Palavras-Chave: família, adolescente, comportamento autodestrutivo.

Resumen

La familia se considera la institución más antigua de la humanidad. Objeto de múltiples cambios como consecuencia de los diversos contextos culturales, sociales y económicos vividos, nos encontramos ante una constante renovación del paradigma. Sin embargo, pese a todos los cambios a los que se ha visto expuesta, la familia, como institución, se ha mantenido como una estructura fundamental en cualquier sociedad. **Objetivos:** caracterización sociodemográfica de la familia de los adolescentes con conducta autolesiva ingresados en un hospital pediátrico de la región centro de Portugal. **Metodología:** estudio cualitativo, de tipo descriptivo a través del análisis de contenido. **Resultados:** el perfil sociodemográfico de la familia es el de una familia nuclear, con una media de 3,9 miembros por unidad familiar. Los encuestados tienen una media de edad de 43,5 años, un nivel educativo medio y viven en un entorno rural; el distrito de Coímbra es el más representado, con un 73,3 % de la muestra. **Conclusiones:** pese a todos los cambios que ha sufrido la estructura familiar, esta sigue desempeñando una función primordial en el apoyo y en el acompañamiento de adolescentes ingresados por conducta autolesiva, y pone de manifiesto la necesidad de un enfoque sistémico con el fin de impulsar las adaptaciones y los cambios necesarios para el desarrollo del adolescente y de todo el sistema familiar.

Palabras clave: familia, adolescente, conducta autodestructiva.

Abstract

The family is considered to be the oldest institution of Humanity, which has undergone many changes due to multiple cultural, social and economic contexts arising. It has thus been subject to ongoing paradigm shifts, yet, in spite of such changes, the family as an institution has remained the core structure of any society. *Objective(s)*: Social-demographic characterisation of the families of teenage children with self-injurious behaviour admitted to a paediatric hospital in the centre region. *Methodology*: Qualitative study, descriptive in nature, based on content analysis. *Results*: The social-demographic profile of the family is the nuclear family which consists in average of 3.9 people per household. Mean age of respondents is 43.5 years, with an average level of education and they live in the countryside. The district of Coimbra has the highest level of representation, accounting for 73.3% of the sample. *Conclusions*: In spite of all of the changes in the family structure, the latter still plays an essential role in supporting and accompanying teenagers with self-injurious behaviour admitted to hospital, emphasising the need for a systemic outlook for promoting the necessary adjustments and changes to the teenager's development and the entire family system.

Keywords: family, teenager, self-destructive behaviour.

Introdução

A família é considerada a instituição mais antiga da Humanidade, mas o seu conceito não se tem mantido constante ao longo dos tempos, o que tem dificultado a sua definição, podendo ser considerado um conceito subjetivo devido ao advento de múltiplos contextos culturais, sociais e económicos que se têm vivido desde a Idade Média, encontrando-nos assim perante uma constante renovação de paradigma¹.

As mudanças de paradigma social foram-se instalando paulatinamente desde a Revolução Industrial. Esta mudança na estrutura familiar teve o seu apogeu com a saída da mulher para o mercado de trabalho no final do século XIX, com implicações significativas na redução da taxa de natalidade, que por sua vez teve implicações diretas na taxa de crescimento populacional, originando diferentes configurações familiares². Então, o conceito é alargado e passa a ser definido como um sistema constituído por dois ou mais indivíduos, que têm um compromisso entre si, partilhando objetos e tomadas de decisões e onde os seus membros são autodefinidos³.

Devido ao progresso da investigação científica muitas outras definições têm surgido, eco de uma sociedade em constante mutação. Assim, define a família como sendo “*um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente*”⁴.

Apesar das numerosas definições que tentam explicar o conceito de família e de todas as alterações a que

esta tem sido exposta, a família enquanto instituição tem-se mantido como a base essencial de toda a sociedade, com uma responsabilidade relevante na realização, desenvolvimento e preservação da personalidade humana, incorporando o mais importante apoio na socialização e desenvolvimento dos seus membros, onde as condições das relações interpessoais e as exigências internas e externas necessitam de uma constante plasticidade para uma resposta assertiva em novos contextos e resolução de crises, não colocando em risco a sua sucessão, congruência, função e identidade e onde o todo é maior que a soma das partes.

Estas adaptações devem estar em harmonia com a fase de desenvolvimento da família e o ciclo vital da família, que vai desde a formação do casal, a família com filhos pequenos, com filhos na escola, com filhos adolescentes e a família com filhos adultos⁵, sendo cada etapa vivida pela família de forma individualizada, onde o subsistema familiar desempenha as suas tarefas de acordo com a fase que está a viver, proporcionando um desenvolvimento harmonioso e sem sobreposição de papéis e tarefas⁶. Mas é na fase dos filhos adolescentes que a família vive uma das maiores transições do seu ciclo, uma vez que esta fase do ciclo vital é vivida pela família como um dos períodos de maior vulnerabilidade⁷.

Sendo a família um agregado especialmente destinado à realização pessoal dos seus elementos tem como um dos papéis principais a socialização, educação, prestação de cuidados globais e transmissão de valores a todos os seus elementos, com especial relevância aos filhos, mantendo-se como base fundamental de apoio quando estes entram na adolescência, ajudando-os a constituir o seu próprio *self*, servindo de

mentora na evolução e conhecimento, facilitando-lhes um crescimento harmonioso e em sincronia que conduza à sua autonomia e socialização responsáveis⁸.

A adolescência é uma etapa da vida que não reúne consenso na comunidade científica no que concerne ao seu início e fim. Não obstante, a Organização Mundial de Saúde⁹ dá-nos uma definição segundo a qual esta etapa da vida é compreendida entre os 10 e os 19 anos. Por seu turno a Ordem dos Enfermeiros¹⁰ considera-a uma fase decisiva para a adoção de hábitos de vida saudáveis, ou, pelo contrário, adversos que ponham em risco a sua saúde e bem-estar.

Esta etapa da vida do ser humano é talvez a de maior exigência adaptativa ao longo do seu ciclo vital, pois requer do adolescente um permanente ajuste devido a alterações físicas, hormonais, sociais, psicológicas e relacionais. Todavia, a maioria dos adolescentes vivencia esta transição de maneira ajustada e sem grandes tumultos, com as necessárias adaptações para uma vida saudável. Mas outros há que têm algumas dificuldades de ajuste e reajuste à mudança inerente a esta fase, colocando em risco um desenvolvimento holístico harmonioso, tornando-o vulnerável a comportamentos de risco, nomeadamente a comportamentos autolesivos¹¹.

Os comportamentos autolesivos são considerados pela comunidade científica como um problema de saúde pública necessitado de investigação, avaliação, prevenção e intervenção. O adolescente que tem um comportamento autolesivo vivencia um sofrimento psíquico de grande intensidade, vislumbrando no ato autolesivo o alívio para o sofrimento vivenciado¹².

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio¹³, os comportamentos autolesivos podem envolver atos com ou sem intencionalidade de morte, e que são caracterizados por: ingestão de fármacos em doses superiores às doses terapêuticas, ingestão de uma droga ilícita ou substância psicoativa com o propósito de autoagressão, automutilação, ingestão de uma substância ou objeto não ingerível, saltar de um lugar relativamente elevado.

É na adolescência que os comportamentos autolesivos têm a sua iniciação, sendo mais frequentes entre as raparigas, com uma média de idade de 15 anos, sendo o modus operandi mais frequente a automutilação e/ou a ingestão de fármacos em doses superiores às doses terapêuticas^{11,12}. Por vezes estes comportamentos são

recorrentes, pelo que a letalidade do método assim como a intencionalidade não devem ser menosprezadas, sobretudo porque nem sempre o adolescente tem uma real compreensão da perigosidade do ato¹¹.

Um estudo de¹² refere que a família de um adolescente que tenha tido um comportamento autolesivo vivencia momentos de grande sofrimento psíquico, com repercussões a nível familiar nesta fase de transição do ciclo vital da família, onde os seus membros estão mais vulneráveis e expostos a múltiplas adversidades, contudo com capacidade de adaptação às respetivas mudanças¹⁴.

Após uma pesquisa alargada na base de dados científicas publicadas, constatamos que não existe produção científica divulgada, sobretudo pela enfermagem, que caracterize a família do adolescente com comportamento autolesivo, pelo que nos parece pertinente a nossa investigação que visa essa caracterização, com enfoque na obtenção de conhecimento que leve à aquisição de novos instrumentos para as melhores práticas de enfermagem e consecutivo progresso científico.

Perante tais considerações delineámos como objetivo: conhecer o perfil sociodemográfico da família dos adolescentes com comportamento autolesivo que foram internados no serviço de urgência de um hospital pediátrico no período de janeiro a novembro de 2015.

Metodologia

Para a consecução deste objetivo e tendo em conta as características da investigação, optámos por um estudo de cariz qualitativo, descritivo e exploratório, sendo os dados obtidos através de entrevistas semiestruturadas ao pai/mãe que acompanharam o adolescente no internamento, ficando os achados registados e codificados para efeitos de organização, apresentação e análise, utilizando a metodologia estatística com base na análise descritiva dos mesmos, com apoio do programa informático Excel, após autorização da comissão de ética da referida instituição com a Ref^a CHUC-110-13.

População e amostra

Os participantes foram selecionados por meio de uma amostra de conveniência para que os resultados fossem profícuos e determinados no sentido de melhor servir o nosso propósito. A recolha dos dados foi realizada no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro do país, num período compreendido

entre janeiro e novembro de 2015.

A amostra é constituída por trinta e quatro mães e quatro pais, cujos filhos adolescentes com idade compreendida entre os 13 e os 18 anos que tiveram um comportamento autolesivo e que ficaram internados no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro.

Crítérios de inclusão e exclusão

Trata-se de uma amostra sequencial, que inclui os pais cujo filho adolescente teve um comportamento autolesivo e que ficou internado no serviço de urgência, acompanhado pelo pai/mãe, e que aceitaram de forma livre e esclarecida participar na investigação.

Foram tidos como critérios de exclusão outro acompanhante que não fosse pai/mãe, pai/mãe de adolescente com comportamento autolesivo suicidário e família com perturbação psíquica em crise.

Procedimento de colheita de dados

Após parecer favorável da comissão de ética da referida instituição, com a Ref^a CHUC-11013, a abordagem aos participantes foi feita aquando da primeira consulta após a alta do serviço de urgência, tendo sido explicado o propósito do estudo, garantido o anonimato e confidencialidade em concordância com o Código Deontológico que rege a profissão de enfermagem.

Os dados foram colhidos na consulta externa do serviço de pedopsiquiatria do hospital da área de residência da família, através de uma entrevista semiestruturada ao pai/mãe que acompanhou o adolescente durante o internamento, com recurso à gravação áudio, em ambiente adequado e previamente designado para o mesmo.

As entrevistas tiveram por base um guião elaborado pelos investigadores e que consistia na caracterização sociodemográfica da família do adolescente, através de uma pergunta aberta onde constava o género, a idade, a tipologia e agregado familiar, a escolaridade e proveniência da amostra. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos, a todas foi atribuído um número que foi tomado como referência aquando da sua transcrição.

Resultados

Os dados foram trabalhados através da análise de conteúdo, que de acordo com deve ser alicerçada em três fases diferenciadas: a pré-análise, a análise dos dados; e o tratamento dos resultados. Para uma melhor compreensão dos dados, os mesmos serão apresentados sobre a forma de quadros síntese da análise efetuada às entrevistas.

Numa primeira abordagem apresentamos os dados segundo o género no Quadro 1, onde pode ser verificada a predominância do género feminino relativamente ao género masculino.

A idade dos pais é apresentada no Quadro 2, com uma variação entre os 35 e os 65 anos de idade.

A tipologia familiar mais comum da nossa amostra é a da família nuclear, conforme o Quadro 3.

O agregado familiar varia entre as 2 e as 6 pessoas, sendo o mais persistente o de 4 pessoas, como se pode verificar no Quadro 4.

No Quadro 5, apresentamos a variação na escolaridade, sendo o mais comum o ensino secundário em ambos os progenitores.

Sendo a seleção feita no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro e como hospital de referência na área da pediatria, a sua área de abrangência é de toda a região centro do país, como podemos verificar no Quadro 6, embora mais comum no distrito de Coimbra.

Discussão

Para melhor compreendermos o desenvolvimento individual precisamos de o contextualizar no espaço familiar, com todas as suas características individuais e organizativas e dinâmica própria.

Da análise dos dados podemos inferir que são as mães quem mais acompanha os filhos ao hospital e quem fica no internamento, totalizando cerca de 89,5% do total dos acompanhantes, sendo esta inferência corroborada pelos estudos de 18,19 que nos dizem que são as mães quem mais cuida dos filhos.

No que respeita à idade dos pais, esta apresenta uma média de 43,5 anos, sendo que 71% tinham uma idade

superior aos 42 anos. Também num estudo²⁰ as idades dos participantes variam entre os 37 e os 58 anos.

Relativamente à composição familiar, 22 (57,8%) são famílias nucleares, uma família adotante (2,6%), 5 famílias alargadas (13,2%), 5 famílias monoparentais (13,2%) e 5 famílias reconstruídas (13,2%), o que vai ao encontro dos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística²¹.

Como já foi referido anteriormente, as configurações familiares têm sido alvo de grandes e profundas alterações no que concerne à sua estrutura. Com o advento de novas configurações familiares, o tipo de família nuclear deixou de ser o modelo de referência, contudo mantém-se o mais atual e presente na nossa sociedade. Em consonância com o Instituto Nacional de Estatística, cada vez mais nos deparamos com famílias recompostas, mas também com um crescimento significativo de famílias monoparentais, que se deve ao aumento do número de divórcios, mas também à ascensão da quantidade de mulheres que adotam filhos sozinhas, ou que por opção são mães solteiras.

Dos nossos resultados podemos ressaltar que a família do adolescente com comportamento autolesivo internado no serviço de urgência é constituída por uma média de 3,9 de indivíduos, sendo o agregado familiar mais comum constituído por 4 pessoas, maioritariamente pai, mãe e dois filhos.

Quanto à escolaridade dos pais, 4 (10,5%) têm licenciatura, 26 (68,5%) frequentaram o ensino secundário e 8 (21%) têm a escolaridade básica.

Relativamente ao local de residência, 26 (68,4%) famílias vivem em zona rural, e 12 (31,6%) famílias vivem em meio urbano. A maioria das famílias (73,8%) são do distrito de Coimbra, não podendo olvidar que se trata do distrito que acolhe o hospital onde se desenvolveu o estudo, com especial relevância para o facto de 55,3% viverem em zona rural.

Estes resultados permitem constatar que os comportamentos autolesivos na adolescência são transversais no que respeita à sua complexidade, independentemente da configuração familiar, local de residência ou escolaridade dos pais, porque sendo a família considerada um sistema vivo que acolhe fenómenos aleatórios, consentindo inseguranças e oscilações no seu percurso, é primordial para a enfermagem a compreensão dos seus membros em geral e cada um em particular,

tendo presente as suas vivências, necessidades, dificuldades, frustrações e desencantos, numa perspetiva de grupo que não pode ser negligenciado enquanto sistema, estando muitas vezes carente de compreensão e cuidados na sua integralidade.

Conclusões

De acordo com a análise e discussão dos resultados deste estudo, verifica-se que o perfil sociodemográfico da família do adolescente com comportamento autolesivo que recorre ao serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro de Portugal é o da família nuclear, cujos pais têm uma média de idade de 43,5 anos, com um nível de escolaridade médio, com uma média de 4 pessoas por agregado familiar e vivem em meio rural.

Compete pois aos técnicos de saúde respeitar a diversidade socioeconómica, cultural, espiritual, linguística, entre outras, das famílias, constituindo-as como parceiros dos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e restituindo-lhes o poder de decisão e de intervenção.

Independentemente das características das famílias, esta deve ser atendida com base numa visão sistémica da mesma, com o desígnio de contribuir para a promoção de mudanças estruturais de forma a ajudá-las na procura da melhor solução e adaptação à problemática em causa, demonstrando respeito e empatia por todos os seus membros, apoiando-as na tomada de decisão, ajudando-as nos momentos de crise, promovendo o seu crescimento, desenvolvimento e estratégias de empoderamento que contribuam para uma saúde familiar positiva e resolução de crise interna e/ou externa.

Implicações para a Prática Clínica

Esta investigação contribui com novos conhecimentos sobre a caracterização da família do adolescente com comportamento autolesivo, contribuindo para delinear cuidados centrados na família do adolescente com comportamento autolesivo de forma sistémica, sendo esta abordagem dos cuidados fundamental para uma melhor compreensão e intervenção de enfermagem.

Bibliografia

1. Relvas A, Alarcão M. Novas formas de família. Quarteto: Coimbra; 2002.
2. Sampaio D, Cruz H, & Carvalho, M. Crianças e jovens em risco - A família no centro da intervenção. (Principia, Ed.) Fundação

- Calouste Gulbenkian: Cascais; 2011.
3. Hanson S. Enfermagem de cuidados de saúde à família - teoria, prática e investigação. 2ª ed. Loures; Lusociência; 2005.
 4. Ordem dos Enfermeiros (OE) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) 2010 Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guiasmanuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>. Consultado em 2 de março de 2018.
 5. Alarcão M. (Des) equilíbrios familiares uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto; 2006.
 6. Figueiredo M. H. J. S. Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Disponível em: <https://repositorio-abel.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>. Consultado em 2 de março de 2018.
 7. Relvas A. P. O ciclo vital da família: perspectiva sistémica (3a ed.). Porto: Edições Afrontamento; 2004.
 8. Silveira P G, Wagner A. Ninho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 23, n. 4, p. 441-453, dez; 2006.
 9. World Health Organization (WHO) Adolescent health. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>. Consultado em 3 de abril de 2018.
 10. Ordem dos Enfermeiros (OE) Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa, Portugal; 2010.
 11. Trinco M E, Santos J C, Barbosa A. Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 13 - ABR./MAI./JUN.pp. 115-124. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283; 2017.
 12. Trinco M.E, Santos J C. O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. Revista Portuguesa de Saúde Mental (Spe.5), 63-68; 2017.
 13. Portugal. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>. Consultado em 3 de abril de 2018.
 14. Zetterqvist, M. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 9:31 doi: 10.1186/s13034-015-0062-7; 2015.
 15. Santos N, Neves E. Adolescência e comportamentos suicidários. Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica. Ed. Carlos Saraiva, Bessa Peixoto & Daniel Sampaio Lidel-edições técnicas, Lda., 2014. ISBN: 9789897520426; 2014.
 16. Meleis A. I. Transitions theory. In M. C., Smith & Parker, M. E., Parker (2015). Nursing theories & nursing practice (4th ed), pp. 361-380. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company; 2015.
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Almedina; 2009.
 18. Lindgren B. M, Astrom S, Graneheim, U.H. Held to ransom: Parents of self-harming adults describe their lived experience of professional care and caregivers. International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing, 5(3), 1-10. doi:10.3402/qhw.v5i3.5482; 2010.
 19. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: A phenomenological study of their experiences. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 43(3), 22; 2005.
 20. Russell S N. Experiences of Parents of Self-Harming Adolescent Children (Doctoral dissertation, Walden University); 2017.
 21. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Famílias nos Censos - Diversidade e Mudança. (Delgado A, Wall K, Edits.) Lisboa: Edição conjunta do Instituto Nacional de Estatística e da Imprensa de Ciências Sociais; 2011.

Amostra	n	%
Mãe	34	89,5
Pai	4	10,5
Total	38	100

Quadro 1: Caracterização da amostra segundo o género

Idade	n	%	Média global
35-40	10	26,3	43,5
41-50	20	52,6	
51-65	8	21,1	
Total	38	100	

Quadro 2: Caracterização da amostra segundo a idade

Tipologia	n	%
Nuclear	22	57,8
Reconstruída	5	13,2
Monoparental	5	13,2
Alargada	5	13,2
Adotiva	1	2,6
Total	38	100

Quadro 3: Caracterização da tipologia familiar

Agregado familiar	n	%
2 pessoas	3	7,9
3 pessoas	11	28,9
4 pessoas	16	42,1
5 pessoas	6	15,8
6 pessoas	2	5,3
Total	38	100%

Quadro 4: Caracterização do agregado familiar

Escolaridade	n mãe	%	n pai	%	% total
Ensino básico	7	18,5	1	2,6	21,1
Ensino secundário	24	63,2	2	5,2	68,4
Ensino superior	3	7,9	1	2,6	10,5
Total	34	89,6	4	10,4	100

Quadro 5: Caracterização da escolaridade

Local de residência	n rural	%	n urbano	%	% total
Coimbra	21	55,3	7	18,4	73,7
Guarda	2	5,3	1	2,6	7,9
Aveiro	3	7,9	1	2,6	10,5
Leiria	2	5,3	1	2,6	7,9
Total	28	73,8	10	26,2	100

Quadro 6: Caracterização da residência



Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Personal Stigma and Psychoeducational Activities in Patients of Psychiatric Departments from Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

María Jesús Bello Hernández¹, Laura Rodríguez Frías¹, Ana Adey Rodríguez Fernández², Ruth Auxiliadora Díaz Melián¹, Miguel Ángel Rodríguez García³

¹Unidad de Internamiento Breve del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Tenerife, España.

²Unidad de Rehabilitación Activa del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Tenerife, España.

³Unidad de Salud Mental Comunitaria de La Laguna. Tenerife, España.

Contacto: susabhdez@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2018 / Fecha de aceptación: 1 de septiembre de 2018

Resumen

Introducción: El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben diferentes. Afecta a las personas con enfermedad mental, provocando implicaciones negativas en diferentes áreas de su vida, así como discriminación por parte de la sociedad y auto-rechazo (autoestigma). El presente trabajo tiene como objetivo describir la presencia del estigma personal en pacientes con Trastorno Mental Grave y poner de manifiesto la necesidad de implantar actividades psicoeducativas para ayudar a vencer el autoestigma y afrontar situaciones sociales estigmatizantes.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en enero de 2018. Se han recabado 45 sujetos, procedentes de diferentes unidades de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife). El instrumento de medida utilizado fue la escala validada ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), utilizando una versión en español.

Resultados: Un total de un 46 % de pacientes dieron positivo en estigma personal y un 52,67 % presentaron resiliencia. El autoestigma se manifiesta en un 45% de los participantes. A pesar de que más de la mitad de participantes muestra resiliencia, aún se sienten discriminados por parte de la sociedad, lo que posiblemente influya en que más de la mitad de pacientes de positivo en aislamiento social. Se ha elaborado un taller psicoeducativo, donde los participantes han manifestado la necesidad de más actividades y atención psicológica relacionada con el tema en cuestión, así como proseguir en el intento de educar a la población general.

Conclusiones: Estimamos oportuno la implantación de actividades y talleres psicoeducativos en los servicios de salud mental, que permitan ayudar al paciente a desarrollar estrategias para la desaparición de los sentimientos relacionados con el autoestigma y para hacer frente a situaciones socialmente estigmatizantes.

Palabras clave: estigma personal, autoestigma, Trastorno Mental Grave, psicoeducación.

Abstract

Introduction: The stigma refers to attitudes and beliefs which move people to reject, avoid and fear someone who are perceived different. It affects people with mental illness, causing negatives implications in their lives, discrimination and rejection from people and society that surround them and the self-rejection (self-stigma). The aim of this research is to describe the presence of personal stigma on patients with serious mental disorders and highlight the need to introduce psychoeducational activities to inform and help to defeat self-stigma and confront social situations that generate stigma.

Methodology: It is a descriptive transversal research done in January 2018. 45 patients have been recruited from different psychiatric departments of the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife). The measuring instrument used was the validated scale ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), using a Spanish version.

Results: As a result 46% of patients gave a positive result on self-stigma, and 52.67 % showed resilience. Despite this

fact, they still feel discriminated and rejected by society. Self-stigma is manifested in 45% of participants. A psychoeducational seminar has been held, obtaining opinions where participants have expressed the need for more activities and psychological attention, as well as the education of society.

Conclusions: We may wish to highlight the need to carry out psychoeducational activities and seminars in mental health services, which inform and help to defeat self-stigma and confront social situations that generate stigma..

Keywords: personal stigma, self-stigma, serious mental disorders, psychoeducation.

Introducción

El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben diferentes¹. La realidad del estigma social afecta a las personas con enfermedad mental, provocando implicaciones negativas en su calidad de vida, tanto debidas a la discriminación y rechazo de quienes le rodean y de la sociedad, como debido a su autorechazo (autoestigma o estigma internalizado)². En este sentido, las personas que sufren de alguna enfermedad mental tienden a tener prejuicios contra ellos mismos y a estar de acuerdo con los estereotipos típicos que se asocian a la psicopatología. Livingston y Boyd hallan que las variables psicosociales tales como esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida, y variables sociales como apoyo social e integración social se relacionan significativamente y generalmente de manera inversa con el autoestigma. En relación con las variables psiquiátricas concluyen que hay una asociación negativa con la adherencia al tratamiento y positiva entre la severidad de los síntomas y el estigma internalizado³.

Las personas que padecen una enfermedad mental consideran que existe un gran desconocimiento sobre los trastornos mentales y un fuerte estigma, sintiéndose discriminados en distintas áreas de funcionamiento. Esto puede llevar al ocultamiento de su enfermedad y al aislamiento⁴. Más de la mitad de las personas con trastorno mental manifiestan haber sido tratadas injustamente en algún momento de su vida debido a tal condición⁵. La visión subjetiva del que padece la enfermedad en cuanto a cómo es percibido por los otros, especialmente los más próximos, y sobre su enfermedad, influirá directamente en su integración en la comunidad a todos los niveles: vivienda, relaciones sociales, trabajo, etc.³.

En Europa destaca el estudio GAMIAN-Europa (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks) que estudia los niveles de autoestigma, de resistencia al estigma y de discriminación percibida, los

cuales conforman el estigma personal. Orientan a que las variables más relacionadas con el estigma internalizado son la autoestima/autoeficacia, empoderamiento, conocer y estar de acuerdo con el diagnóstico y tener un alto número de contactos sociales⁶.

El estigma social no se identifica de igual forma en todas las enfermedades mentales, siendo en los Trastornos Mentales Graves donde más se manifiesta, con comportamientos de miedo y rechazo por parte de la sociedad. Existe aún un gran desconocimiento sobre los distintos tipos de enfermedades mentales y de la diversidad de las personas afectadas por las mismas⁷.

Es preciso distinguir entre el estigma percibido como tal y el temor a ser discriminado. La aprehensión conduce a ocultar o disfrazar los síntomas, lo que implica el diferimiento de un diagnóstico oportuno y la postergación indefinida del tratamiento, a veces con consecuencias muy serias para el curso y pronóstico de la enfermedad mental severa y persistente. Con el miedo al rechazo y a la discriminación, los pacientes que han sido hospitalizados por problemas mentales con frecuencia actúan en forma defensiva y evitan el contacto con los servicios de salud⁷. Siguiendo esta línea, diversos estudios definen que el autoestigma queda afectado fundamentalmente por la calidad de las relaciones sociales y por la sensación de tener dificultades cognitivas^{6,8,9}.

En cuanto al estigma social, son varios los estudios que concluyen que aún se mantienen los estereotipos negativos relacionados con las enfermedades mentales, como la peligrosidad y la imprevisibilidad^{10,11}. Así mismo, continúan ciertas actitudes de paternalismo y sobreprotección hacia las personas con enfermedad mental¹².

Por todo esto, estimamos necesario hacer estudios para determinar el estigma personal y así realizar programas de intervención adecuados para dotar al sujeto de recursos y estrategias de afrontamiento ante tales

situaciones estigmatizadoras³. Esto no sería posible sin instrumentos adecuados para la valoración del estigma personal. La escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el estigma de la enfermedad mental, la cual está compuesta por 29 ítems y 5 subescalas¹³. Para el presente estudio hemos seleccionado una versión en español, en la cual se midieron las propiedades psicométricas dando buenos resultados, con valores adecuados de fiabilidad test-retest y de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach¹⁴.

Existen diferentes formas de contribuir a la lucha contra el estigma en salud mental. Un ejemplo es el Proyecto Saltando Muros, desarrollado por Esther Sanz y César M. Estévez (Psicóloga Clínica y Enfermero especialista en Salud Mental de Tenerife), cuyo eje central son las personas afectadas por Trastorno Mental Grave. A través de su blog, que se encuentra inactivo en este momento, se engloban diferentes conceptos como la recuperación, el respeto de los derechos humanos, el empoderamiento y la reclamación de un espacio en salud mental para la voz de las personas afectadas, donde poder demostrar que tienen el derecho de tomar las riendas de su vida, desarrollar sus potencialidades y contribuir con sus aportaciones a la sociedad¹⁵.

El objetivo del presente trabajo es describir la presencia del estigma personal en pacientes con Trastorno Mental Grave de diferentes servicios de psiquiatría pertenecientes a la gestión del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife), así como relacionarlo con variables sociodemográficas y clínicas. Por otro lado, poner de manifiesto la necesidad de implantar actividades psicoeducativas para informar y ayudar a vencer el autoestigma y a afrontar situaciones sociales estigmatizantes.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado durante el mes de enero de 2018. A través de un muestreo consecutivo se han recabado los sujetos del estudio. Los criterios de inclusión fueron presentar un Trastorno Mental Grave y tener una edad de entre 18-65 años, no incluyendo a aquellas personas con dificultades cognitivas evidentes que impidiesen comprender las cuestiones a realizar en el momento de la valoración. Los participantes dieron su consentimiento verbal para la realización de las encuestas tras recibir la información pertinente, las cuales se hicieron de forma

anónima y se identificaron correlativamente mediante una numeración.

La muestra estuvo compuesta por un total de 45 sujetos (18 mujeres y 27 hombres), con un rango de edad medio entre 30-49 años. En cuanto al diagnóstico, hemos obtenido un total de 71,12 % de trastornos psicóticos (75 % diagnosticados de Esquizofrenia), 24,45 % trastornos afectivos (63,64 % diagnosticados de Trastorno Bipolar) y un 4,45 % de trastornos de la personalidad. Todos los pacientes pertenecían a unidades de psiquiatría correspondientes a la gestión del Hospital Universitario de Canarias, siendo un 22,22 % ambulatorios (Unidad de Salud Mental de La Laguna) y un 77,78 % hospitalizados (28,57 % de la Unidad de Rehabilitación Activa y un 71,43 % de la Unidad de Internamiento Breve). El nivel educativo predominante fueron los estudios primarios, así como un nivel socioeconómico medio. En cuanto al inicio de la patología, más del 66,67 % de pacientes debutó con menos de 25 años y un 51,11 % contaba con más de 10 años de evolución de su patología.

El principal instrumento de medida fue la Escala validada ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), utilizando una versión en español propuesta en un estudio realizado en España¹⁴. Dicha escala está compuesta por 29 ítems que se agrupan en 5 subescalas: alienación, interiorización de estereotipos, aislamiento social, experiencias de discriminación y resistencia al estigma. Todos los ítems se valoran en una escala Likert del 1 al 4, siendo 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (algo en desacuerdo), 3 (algo de acuerdo), 4 (totalmente de acuerdo).

Se utilizaron diferentes tipos de variables; por un lado, sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estatus socioeconómico, situación laboral), así como determinadas variables clínicas (edad de inicio de la patología, años de evolución, tipo de patología y número de ingresos hospitalarios). Por otra parte, se analizó las variables de autoestigma, estigma percibido y estigma experimentado a través de los resultados de la escala administrada.

En primer lugar, se estableció el cronograma a seguir para la elaboración del presente trabajo. Se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión a los sujetos ingresados en Unidades de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias (Unidad de Internamiento Breve y Unidades de Rehabilitación Activa del Área Externa de Salud Mental de

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental				
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas				
3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental				
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo				
5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental				
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse				
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad				
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental				
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro				
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante				
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental				
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo "normal"				
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado				
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene una enfermedad mental				
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental				
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental				
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida				
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto				
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de decisiones por mí				
20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos				
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme				
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental				
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental				
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona más fuerte				
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental				
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero				
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental				
28. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental				
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí				

Tabla 1: Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) - Versión en español

Tenerife) y a aquellos que acudieron a la consulta de enfermería de la Unidad de Salud Mental de La Laguna entre las fechas anteriormente descritas, tras expresar su consentimiento. Las encuestas se pasaron *in situ* de forma anónima, siendo realizadas por 2 enfermeras especialistas en Salud Mental de la Unidad de Internamiento Breve, una enfermera de la Unidad de Rehabilitación Activa y un enfermero residente de Salud Mental en rotación por la Unidad de Salud Mental de la Laguna. Tras la realización de las encuestas, se han unificado los resultados obtenidos.

Resultados

Destacamos que un total de un 46 % de pacientes dieron positivo en estigma personal. Por otro lado, un 52,67 % de pacientes presentaron resiliencia. No se encontraron datos significativos respecto a la relación con las variables sociodemográficas y clínicas; aunque se comprobó que las mujeres, en general, estaban más estigmatizadas que los hombres.

En cuanto a las subescalas que engloba la encuesta utilizada, hemos obtenido que un 55,56 % de participantes dieron positivo en alienación, un 28,89 % en interiorización de estereotipos, un 51,11 % en aislamiento social y un 62,22 % en experiencias de discriminación.

De las preguntas realizadas destacamos algunas como, por ejemplo, el sentirse fuera de lugar en el mundo por tener una enfermedad mental, donde el 66,77 % estuvo de acuerdo. El 62,23 % reconoció que la gente los discrimina por tener una enfermedad mental y el 55,56 % se siente avergonzado por tenerla. Algo más del 66 % de participantes prefieren no hablar de su psicopatología por no agobiar a los demás y reconocen que los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental les hacen sentir fuera de lugar o inadecuados. Por otra parte, el 68,89 % admite que los demás suelen tener una actitud paternalista por el simple hecho de tener un trastorno mental. Un 40 % de sujetos está al menos algo de acuerdo en que tener una enfermedad mental les ha arruinado la vida. En otra instancia, un 55,56 % se siente incomprendido, ignorando o en desconsideración por parte de la sociedad. Hay que destacar que se evidencian sentimientos de incapacidad en al menos un 44,45 %, al afirmar que han estado algo o muy de acuerdo en que necesitan que los demás tomen la mayoría de decisiones por ellos. La percepción del estigma social aflora en otros datos, por ejemplo, que el 62,23 % reconocen que algunas personas piensan que

no pueden conseguir mucho en la vida por tener una enfermedad mental.

En contraposición, hemos obtenidos algunos datos algo más positivos, generalmente relacionados con preguntas de "interiorización de estereotipos" o "capacidad de resistencia al estigma". Por ejemplo, un 82,2 % opina que las personas con enfermedad mental no tienen por qué ser violentas. Un 73,33 % muestra su disconformidad con la afirmación de que "las personas con enfermedad mental no deberían casarse". Por otro lado, un 57,78 % generalmente no experimentan sentimientos de inferioridad y un 55,56 % rechaza estar decepcionado consigo mismo por tener una enfermedad mental. El 66,67 % opina que las personas con enfermedad mental pueden hacer importantes aportaciones a la sociedad.

Por último, se ha elaborado un taller psicoeducativo relacionado con el tema a abordar como propuesta para futuros estudios. Se han desarrollado varias sesiones del taller propuesto. Durante los mismos, se han originado diferentes líneas de debate entre los participantes. Hemos recabado datos subjetivos del mismo, para incluir a modo informativo en las conclusiones del presente trabajo.

Discusión

Al igual que en otras investigaciones anteriores, que sitúan la prevalencia del estigma personal entre el 36 % y 67 %^{6,16,17}, en el presente estudio se ha obtenido un 46 %. En cuanto a las puntuaciones obtenidas en cada subescala, podemos determinar que se ofrecen las puntuaciones más altas en cuanto al estigma experimentado y las más bajas en los estereotipos asumidos. Es decir, la mayoría de los pacientes no se identifican con los estereotipos sociales que se tienen de la enfermedad mental (el aspecto, la peligrosidad, las limitaciones para llevar a cabo una vida normal: casarse, contribuir a la sociedad, etc.). Sin embargo, a pesar de que algo más de la mitad de participantes muestra una alta capacidad de resistencia al estigma, la mayoría se sienten discriminados por parte de la sociedad, lo que posiblemente influya en que más de la mitad de pacientes dé positivo en aislamiento social.

Otro dato que destacar es la diferencia entre los distintos tipos de servicios, donde los pacientes hospitalizados mostraron un 44 % de estigma personal, frente a un 50 % de ambulatorios. En cuanto a la resistencia al estigma, mostraron menor capacidad los

pacientes de la Unidad de Salud Mental. Este hecho podría deberse a que los pacientes ingresados suelen recibir mayor información y actividades relacionadas con la lucha contra el estigma, además de que la muestra obtenida en las unidades de hospitalización ha sido generalmente de pacientes más jóvenes y con menores repercusiones respecto a la evolución de la enfermedad.

El autoestigma se manifiesta a través de las subescalas de alienación y de la interiorización de estereotipos, dando como resultado que un 45 % de participantes lo presenta. Este porcentaje nos parece preocupante, puesto que podría dar lugar a dificultades para la aceptación de la enfermedad y el seguimiento terapéutico, así como empeorar las expectativas de recuperación.

No obstante, no podemos afirmar que los resultados sean totalmente representativos, puesto que contamos con la limitación del tamaño y la variabilidad de la muestra utilizada, habiendo obtenido los sujetos del estudio a partir de un muestreo no probabilístico. A pesar de esto, se puede ofrecer una aproximación al problema, ya que los resultados obtenidos para la presencia de estigma personal se asemejan a otros estudios, así como los resultados en las subescalas.

Conclusiones

En definitiva, el estigma social continúa siendo un problema para las personas que padecen trastornos mentales. Este hecho puede desencadenar la aparición del autoestigma, en el que la misma persona que padece un trastorno mental asume los estereotipos y prejuicios sociales como propios, lo que contribuye a desarrollar una baja autoestima y a dificultar la toma de conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica. Por tanto, estimamos oportuno la implantación de actividades y talleres educativos en los servicios de salud mental, que permitan ayudar al paciente a desarrollar estrategias para la desaparición de los sentimientos relacionados con el autoestigma y para hacer frente a situaciones socialmente estigmatizantes.

Según la información obtenida tras la realización de los talleres psicoeducativos comentados, destacamos que:

- Existe un importante desconocimiento acerca del autoestigma en salud mental y sus repercusiones. Por ello, los participantes reclaman más atención

psicológica y actividades psicoeducativas para mejorar el afrontamiento del mismo.

- La sobreprotección o infravaloración por parte de los familiares o allegados puede repercutir en la aparición del autoestigma, por lo que también se necesita actuar sobre el núcleo familiar.
- La mayoría de participantes están de acuerdo en que la sociedad y la educación son imprescindibles para conseguir un cambio en la estigmatización y demandan más actividades e información sobre patologías mentales.
- A pesar de que ha ido disminuyendo el estigma social, aún queda una importante labor para conseguir que desaparezca.

Para concluir, queremos resumir la esencia del presente trabajo en el siguiente discurso de un paciente, extraído de un artículo del Proyecto Saltando Muros: “Para mí ser enfermo mental no significa que seamos desaliñados, ya que hay mucha gente diagnosticada que es muy presumida; quiero que sepas que como en la vida misma, hay personas abandonadas y otras que son extremadamente limpias, no tenemos una apariencia determinada y no todos estamos aquí por drogas, o por pegar a alguien. Somos personas como otras y nos queda por hacer muchas cosas, tenemos capacidades como tienen todos, algunos somos brillantes, otros nos deprimimos ante una situación difícil; yo creo que ser enfermo mental no nos debe excluir de la sociedad, ni meternos en un saco, no somos ni siquiera un grupo, somos individuos con las mismas ganas de vivir y de ser felices y de no sufrir más que el resto de los mortales. Por eso yo os digo que os acerquéis sin miedo a nosotros, porque se puede descubrir una gran persona tanto en ti como en mí.”¹⁸

Bibliografía

1. Disability Rights California [internet]. California: Mental Health Service act California; 2012 [citado 17 marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/CM0402.pdf>
2. Fedeaefes. La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental. 1st ed. País Vasco; 2013.
3. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M., López E, Villellas R, et. al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuro-psiq., 2011; 31 (111), 477-489.
4. Muñoz M, Pérez E, Crespo M. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1st ed. Madrid: Complutense SA; 2009.
5. Obertament, Universitat Autònoma de Barcelona, Spora Sinergies. El estigma y la discriminación en Salud Mental. 1st ed. Cataluña: Apunts; 2016.
6. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophr Res, 2010; 122(13): 232-8.

7. Duncan D. Mental Health University Institute - Research Centre McGill University Montreal, Canadá. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales. 2005; 6 (1), 3-14.
8. Muñoz M, Pérez-Sants E, Crespo M, Guillen A. Estigma y cognición social; estrategias para promover el cambio personal y social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, Jul-Dic 2004; 5 (2): 3-16.
9. Garay M, Pousa V, Pérez L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34 (123): 459-475.
10. Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Res.* 2014; 220: 604-8.
11. Aragonés E, López-Muntaner J, Ceruelo S, Basora J. Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *J Health Commun.* 2014; 19: 1248-58.
12. Crespo M, Pérez Santos E, Muñoz M, Guillén A. Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Ment Health J.* 2008; 44: 393-403.
13. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003; 121: 31-49.
14. Bengochea-Seco R, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
15. Blog Saltando Muros [internet]. Tenerife. 2009 [citado 26 marzo de 2018]. Disponible en: <http://blogsaldmentalenerife.blogspot.com.es/>
16. Gerlinger G, Hauser M, de Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal Stigma In schizophrenia Spectrum Disorders: A systematic Review of Prevalence Rates, Correlates, impac and interventions. *World Psychiatry.* 2013., 12: 155-64.
17. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res action.* 2011; 1:3-10
18. Sanz E. Internet como herramienta para compartir y construir miradas en torno a la psicosis: Saltando Muros y Psiquifotos. *Intuiciones, delirios y terapias. XIX Curso Anual de Esquizofrenia.* 2014; 3



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición cuatrimestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es una revista especializada en cuidados enfermeros de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL