



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El prejuicio en la enseñanza y aprendizaje de
enfermería psiquiátrica y salud mental

María Sánchez Fernández



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



**Departamento Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud**

**EL PREJUICIO EN LA ENSEÑANZA Y
APRENDIZAJE DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA
Y SALUD MENTAL**

Doctoranda: María Sánchez Fernández

**Tesis presentada para aspirar al grado de
DOCTORA POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Dirigida por:

**Dr. José Luis Medina Moya, doctor del Departamento de Didáctica y
Organización Educativa de la Universidad de Barcelona**

Alicante, Julio 2016

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de los estudiantes de la asignatura de Enfermería psiquiátrica y salud mental de la Diplomatura de Enfermería de la Escuela de Enfermería, hoy Facultad de la Universidad de Lleida.

Y, en concreto, de los alumnos que me permitieron conocer sus opiniones, creencias y sentimiento, así como acompañarles en sus periodos de prácticas. Por ello doy las gracias por su generosidad y quiero transmitir mi sincero agradecimiento a Teresa, Nuria, Marc, Sonia, Miriam y Marta.

También quiero agradecer al Hospital Sta. María de Lleida por permitir que los alumnos de la titulación hagan las prácticas en sus instalaciones y por su apoyo en la realización de esta tesis, así como por el interés de los profesionales sanitarios de la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, donde realizaron las prácticas los alumnos y se desarrolló el trabajo de campo. Se les agradece su colaboración y haber creado un clima cómodo y colaborativo, así como debo reconocer su labor como profesionales asistenciales docentes.

Agradezco al Dr. José Luís Medina su rigurosidad, disponibilidad y compromiso; como investigador, me orientó y acompañó a lo largo de esta experiencia. Gracias por la confianza que puso en mis posibilidades.

Agradezco a la Facultad y al Departamento de Enfermería de la Universidad de Lleida su apoyo para realizar la tesis. Así como a mis compañeros por sus palabras de ánimo, motivándome a seguir.

A M^a Carmen y a Montse, por sus ánimos y hacerme fácil el día a día en las tareas diarias.

Y un especial agradecimiento a Luis, Marisol y María, mi familia, por comprenderme, animarme y acompañarme en este proceso largo y pesado lleno de momentos de aislamiento y desánimo. Gracias por vuestra tolerancia y paciencia.

ÍNDICE

Índice esquemas.....	9
Índice de tablas	9
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION.....	13
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITO.....	17
1.1. Justificación de la elección del tema objeto de estudio	17
1.2. Problema de investigación.....	19
1.3. Objetivos del estudio	22
SEGUNDA PARTE	
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. RECORRIDO	
CONCEPTUAL.....	25
2.1. Introducción.....	25
2.2. Actitudes.....	26
2.2.1. Formación de actitudes.....	28
2.2.2. Funciones de las actitudes	29
2.2.3. Respuestas actitudinales	33
2.2.4. Cambios de actitudes	35
2.3. Prejuicios - Estereotipos	37
2.4. Relación actitudes - conducta	41
2.5. Relación de la actitud y lo social	44
2.6. Estigma	47
2.7. Discapacidad - Discriminación.....	51
CAPÍTULO 3. ESTIGMA HACIA LA PSIQUIATRÍA	57
3.1. Historia del estigma hacia la psiquiatría.....	57
3.2. Estigma hacia la psiquiatría de la población general.....	63
3.3. Estigma hacia la psiquiatría de los profesionales y estudiantes de la salud	69
3.4. Modificación del estigma	72

CAPÍTULO 4. APROXIMACIÓN A LA SALUD MENTAL IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA.....	75
4.1. Salud mental - Psiquiatría.....	75
4.2. Enfermería y salud mental.....	77
4.3. Proceso educativo en enfermería. Teoría y practica.....	83
4.4. Formación didáctica de enfermería en salud mental y psiquiatría.	
Actitudes en el aprendizaje.....	93
4.4.1. Importancia de las actitudes en el aprendizaje en salud mental y psiquiatría	95
4.4.2. Guía docente de enfermería psiquiátrica y salud mental.....	97

TERCERA PARTE

CAPÍTULO 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	105
5.1. Presentación, justificación y enfoque metodológico	105
5.2. Estudio de casos múltiples de corte etnográfico.....	109
5.2.1. Estudio de casos múltiples.....	109
5.2.2. De tipo etnográfico	112
5.3. Estrategia de recogida de datos	115
5.3.1. Entrevista en profundidad.....	116
5.3.2. Observación participante	119
5.4. Selección de participantes	121
5.5. Análisis de datos.....	122
5.6. Aspectos éticos	122

CUARTA PARTE

CAPÍTULO 6. EL TRABAJO DE CAMPO.....	123
6.1. Contacto con el escenario de campo.....	123
6.2. Selección de participantes	125
6.3. Recogida de la información.....	126
6.3.1. Entrevistas	127
6.3.1.1. Contexto entrevista.....	129

6.3.2. Observación.....	130
6.3.2.1. Contexto de observación	132
6.3.2.1.1. Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos.....	135
Características asistenciales.....	135
6.4. Análisis de los documentos	140
6.5. Consideraciones éticas de la investigación.....	140
6.6. Limitaciones del estudio.....	142
6.7. Criterios de rigor de la investigación.....	143
6.8. Proceso de análisis de los datos	149
6.8.1. El Atlas-ti: herramienta para el tratamiento de los datos	152
6.8.2. Codificación abierta: segmentación y categorización	154
6.8.3. Codificación axial: metacategorías.....	166
6.8.4. Codificación selectiva: identificación de ejes cualitativos	173
 QUINTA PARTE	
CAPÍTULO 7. RESULTADOS	177
7.1. Estigma personal del alumno hacia el enfermo mental antes de las prácticas psiquiátricas	179
7.1.1. Las opiniones previas del alumno a las prácticas psiquiátricas.....	180
7.1.2. Opinión del alumno sobre temas esenciales en la psiquiatría	192
7.2. Prácticas académicas en la unidad de agudos.....	213
7.2.1. Contexto, organización del trabajo en la unidad	214
7.2.2. Acogida del alumno en la unidad	219
7.2.3. Reacciones del alumno en el inicio de las prácticas	224
7.2.4. Relación del alumno con el tutor	228
7.2.5. Relación de enfermería-médicos	235
7.3. Aprendizaje en las prácticas de la unidad.....	239
7.3.1. Cuidados de enfermería	239
7.3.2. Aprendizaje práctico.....	242
7.3.3. Diario reflexivo	257
7.4. Estigma del alumno durante y después de las prácticas en la unidad de psiquiatría	276
7.4.1. Opiniones de los estudiantes sobre temas esenciales en la psiquiatría durante y después de las prácticas	276

7.4.2. Estigma: estereotipos, prejuicios y discriminación del alumno después de las prácticas en la unidad	283
7.5. Estigma en los profesionales sanitarios y personal no sanitario.....	294
7.6. Valoración del alumno de sus prácticas en la unidad de agudos.....	298

SEXTA PARTE

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES	307
8.1. Estigma de los estudiantes antes de iniciar las practicas	308
8.2. Prácticas académicas	313
8.3. Aprendizaje práctico en enfermería en salud mental.....	318
8.4. Estigma de los estudiantes durante y después de las prácticas en la Unidad de psiquiatría	323
8.5. Estigma de los profesionales sanitarios y personal no sanitario.....	327
8.6. Valoración de los estudiantes de sus prácticas psiquiátricas	328
8.7. Conclusiones generales.....	332
BIBLIOGRAFÍA	333
ANEXOS	381

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Índice de esquemas

Esquema 1: Los antecedentes de la actitud, según Eagly y Chaiken (1993, p. 14).....	30
Esquema 2: Las tres respuestas a través de las que se manifiesta la actitud	33
Esquema 3: Estudio de casos múltiples	111
Esquema 4: Lugar de la entrevista.....	129
Esquema 5: Mapa del Hospital Sta. María de Lleida	133
Esquema 6: Distribución de la Unidad de agudos	137

Índice de tablas

Tabla I. Paradigmas de investigación, tomado de Cook y Reichardt, (1986: 29)	106
Tabla II. Definiciones de categorías emergentes.....	156
Tabla III. Frecuencias de categorías	161
Tabla IV. Categorías con mayor frecuencia (más de 50) de unidades significativas.....	163
Tabla V. Categorías con frecuencia entre 20-40 de unidades significativas	164
Tabla VI. Categorías con frecuencia menores a 20 de unidades significativas.....	165
Tabla VII. Definiciones de metacategorías relacionadas con las categorías.....	167

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

En esta tesis se describen las actitudes de los estudiantes hacia la enfermedad y el enfermo mental antes, durante y después de sus prácticas en psiquiatría, el desarrollo de sus prácticas desde la acogida en la unidad, la relación pedagógica entre tutores y/o profesionales asistenciales y las relaciones con los enfermos, el papel que estas desempeñan en su formación práctica en las diferentes dimensiones (habilidades y actitudes clínicas, relacionales y éticas, reflexión e integración sobre cómo cuidar), y la influencia de las actitudes en el aprendizaje práctico de los estudiantes.

Se trata de una investigación situada en un contexto educativo, desde una perspectiva teórica fenomenológica hermenéutica y desde una aproximación metodológica de casos múltiples de tipo etnográfica. El trabajo de campo fue desarrollado en el marco de la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental y las prácticas clínicas de los estudiantes en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría de un hospital. Las estrategias de recogida de datos fueron la observación participante, la conversación informal, la entrevista en profundidad y el material escrito en formato diario de prácticas.

Los ejes cualitativos emergentes que actúan como estructurales y estructurantes del discurso formativo se han denominado *estigma* y *aprendizaje práctico*.

La influencia en el aprendizaje práctico de las actitudes negativas hacia la enfermedad y el enfermo mental era clara, aunque las relaciones pedagógicas con los tutores y/o profesionales asistenciales y el contacto y las relaciones terapéuticas con el enfermo mental fueron cambiando las actitudes y la capacidad del aprendizaje práctico.

Palabras claves: Prejuicios, estigma, enseñanza, aprendizaje práctico, enfermería

ABSTRACT

This thesis describes the attitudes of students towards the illness and the mentally ill before, during and after their practices in Psychiatry, the development of their practices from the reception in the unit, the pedagogical relationship between tutors and/or healthcare professionals and relationships with patients, the role that these play in their practical training in the different dimensions (skills and clinical, relational and ethical attitudes, reflection and integration on how to care for), and the influence of attitudes on practical learning of students.

It is a research in an educational context, from a theoretical perspective phenomenological hermeneutic and from a methodological approach of multiple cases of ethnographic type. The field work was developed within the framework of the subject of “Psychiatric nursing and mental health” and the clinical practice of students in “the Acute Unit of Psychiatry” of a de hospital. Data collection strategies were participant observation, the informal conversation, the interview in depth and the material written in daily practice format.

Emerging qualitative shafts acting as structural and structuring of the educational discourse have been called *stigma and practical learning*.

The influence on practical learning of negative attitudes towards illness and the mentally ill was clear, although pedagogical relationships with tutors and/or healthcare professional and contact and the therapeutic relationship with the mentally ill were changing attitudes and the capacity of hands-on learning.

Keywords: Prejudice, stigma, teaching, learning practical, nursing

INTRODUCCIÓN

Esta tesis, denominada *El prejuicio en la enseñanza y aprendizaje de Enfermería psiquiátrica y salud mental*, parte de la convicción de que los alumnos llegan a sus prácticas de psiquiatría con prejuicios y actitudes negativas hacia la enfermedad y el enfermo mental, fruto de su socialización en su grupo social estigmatizante.

Las prácticas clínicas en psiquiatría son «una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica», según Schön (1992), a la que se añade la conceptualización negativa de la enfermedad y el enfermo mental. Constituyen un escenario real y propicio para transformar y complementar la diversa amalgama de saberes de tipo cognitivo, ético, personal, estético, relacional y sociocultural, entre otros, que traen los estudiantes de Enfermería.

En este escenario cobra relevancia la relación pedagógica entre tutor y/o enfermero asistencial y los estudiantes, así como el contacto real terapéutico con los enfermos mentales. Por lo que no es de extrañar que los estudiantes puedan llegar a experimentar lo que denominaron Delgado, Salmerón y Gómez (2004) como «el shock de realidad» en una unidad psiquiátrica, con una característica ambigua y compleja.

El papel del enfermero tutor en la relación es determinante en la formación clínica del estudiante, donde progresa desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo, que Schön (1992) definió como actitud de atención operativa e imitación reflexiva. Como mediador, guían al estudiante a reflexionar, organizando sus ideas para sus relatos, construyendo sus experiencias de forma reflexiva, y eso puede ofrecerle la comprensión de la práctica (Cunha, 2005).

El contacto directo con la enfermedad y los enfermos mentales es una estrategia para combatir el estigma hacia ellos, ayudando a los estudiantes a conocer y comprender esa realidad y aprender técnicas y habilidades relacionales con los enfermos.

De este modo, la finalidad del proyecto es describir cuatro aspectos: los prejuicios y actitudes negativas antes de iniciar sus prácticas, aprendizaje práctico reflexivo en

psiquiatría (interacción con el enfermero y/o tutor/a en su formación y con enfermos mentales), cambios de los prejuicios y actitudes negativas después de realizar las prácticas e influencia de los prejuicios y actitudes negativas en el aprendizaje práctico de los estudiantes.

Por tanto, se trata de una investigación situada en un contexto educativo sobre la influencia del estigma hacia el enfermo mental en la experiencia de formación de los estudiantes de Enfermería en su práctica clínica en psiquiatría. La cual he investigado desde una perspectiva epistemológica constructivista (Latorre, Rincón, y Arnal, 2003), articulada en el paradigma hermenéutico o interpretativo (Guba y Lincoln, 1989), y desde una perspectiva teórica fenomenológico-hermenéutica, por medio de un estudio de casos múltiples de tipo etnográfico.

El presente trabajo está estructurado en seis partes, con un total de ocho capítulos.

En la primera parte, Presentación y propósitos, presento el contexto intelectual, profesional y biográfico que da origen a mis preguntas de investigación y los objetivos del estudio.

En la segunda parte, presento el marco teórico en tres capítulos. El primero de ellos trata sobre la fundamentación teórica y el recorrido conceptual, en el cual profundizo a nivel general sobre actitudes, estereotipos, prejuicios, estigma, actitud relacionada con la conducta y lo social, estigma, discapacidad y discriminación.

El segundo capítulo trata sobre el estigma hacia la psiquiatría, en el cual abordamos la historia del estigma hacia la psiquiatría, el estigma en la población general y de los profesionales y estudiantes de la salud, y finalmente planteo la modificación del estigma.

El tercer capítulo trata de la aproximación a la salud mental y la importancia en la formación de enfermería. Se abordan la salud mental y la psiquiatría, la enfermería y la salud mental, el proceso educativo en enfermería teórica y práctica, y la formación didáctica de enfermería en salud mental y psiquiatría, y seguidamente se trata de las actitudes en el aprendizaje, y finalmente de la importancia de las actitudes en el

aprendizaje en psiquiatría y salud mental, y la guía docente de Enfermería psiquiátrica y salud mental.

En la tercera parte presento los aspectos metodológicos y de diseño de la investigación. Se desarrolla la presentación y la justificación del enfoque metodológico, se profundiza en el estudio de casos múltiple de corte etnográfico y en las estrategias de recogida de datos.

En la cuarta parte se presenta el trabajo de campo. Se trata el contacto con el escenario de campo, la selección de participantes, la recogida de la información, el análisis de los documentos, las consideraciones éticas y las limitaciones del estudio, así como los criterios de rigor y el proceso de análisis de los datos.

En la quinta parte presento los resultados del estudio. Se trata de explorar el estigma personal del alumno hacia el enfermo mental antes de las prácticas, y valorar la inmersión y el desarrollo de las prácticas académicas en los siguientes aspectos: contexto, acogida, relaciones con tutores y/o profesionales asistenciales y enfermos y el aprendizaje práctico. Para seguir con la exploración del estigma de los alumnos durante y después de las prácticas, el estigma de los profesionales sanitarios y personal no sanitario. Y, por último, se expone la valoración que realizan los alumnos de sus prácticas en la unidad.

La sexta parte y última recoge las conclusiones de lo analizado en el apartado de resultados y complemento con unas reflexiones finales.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITOS

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

Los prejuicios sobre la enfermedad mental y sobre los que la padecen son el tema de investigación elegido y la concepción de la tesis doctoral. Este tema se adecúa a los propósitos del programa de doctorado Enfermería: educación y práctica, organizado por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante:

- fortalecer la educación en enfermería y el desarrollo de la profesión mediante la formación profesional con alto nivel académico, y
- contribuir a la solución en la problemática de salud en diferentes grupos de población con el aporte de los resultados de la investigación.

La motivación de la elección del tema se da en mi contexto académico universitario, después de seguir un proceso intelectual, profesional y biográfico. Esta gira alrededor de las dificultades en el aprendizaje de las competencias prácticas enfermeras en psiquiatría y de salud mental debido a los prejuicios socioculturales que los alumnos presentan hacía la psiquiatría y su entorno.

El prejuicio es un fenómeno que afecta a la manera de responder (emocional y conductual) de los alumnos en situaciones reales en sus prácticas psiquiátricas.

La sociedad actual, con sus grandes avances científicos y tecnológicos, donde se predica la unificación, el bienestar y la igualdad basada en la tolerancia entre todos, ha producido cambios en los patrones de comportamiento, la cultura y la estructura social, en definitiva, en todos los aspectos de la vida, considerando el cambio social «como el resultado de un incremento en la densidad dinámica de las interacciones personales que hacía que una sociedad cambiara en su solidaridad [...]», de Durkheim y Weber, citados por Light, Keller y Colohum (1992). Sin embargo, esta solidaridad ha estado ausente a lo largo de la historia, hacia las personas con problemas psiquiátricos, o como se ha querido suavizar, con conductas desviadas. Tanto en la antigüedad como en la cultura contemporánea, han sido una constante los juicios morales negativos sobre este grupo,

llegando a considerarlos como «no personas» por algunos especialistas de bioética. Por lo que podemos hablar de discriminación y desigualdad hacia los enfermos mentales, situación que persiste en todo el mundo.

Los prejuicios hacia la psiquiatría y su entorno no solo persisten en la población general, sino también en los propios profesionales de la salud. Ya son varios los trabajos que han mostrado una actitud negativa y de rechazo de profesionales y futuros profesionales (alumnos de Medicina y Enfermería) hacia la psiquiatría y hacia la enfermedad mental. Entre ellos cabe resaltar los de Ayuso (1973), Díez Manrique (1979), Díez, Galletero y Calle (1987), Rössler, Salize, Trunk y Voges (1996), o Granados, Sánchez, Ramos y Parrón (2003).

A lo largo de mi formación académica y mis quince años de experiencia profesional en enfermería básica y como especialista en psiquiatría, he podido observar esa cruda realidad. Los prejuicios también los he sufrido a nivel personal, no solo por parte de mi entorno social, sino incluso de mí misma, sobre todo en mis inicios profesionales. Pero ahora, como docente universitaria de la asignatura de Enfermería psiquiátrica y salud mental, con veinticinco años de experiencia y la formación adquirida en los cursos del doctorado Enfermería: educación y práctica, retomo el fenómeno por medio de este estudio, pretendiendo aportar, modestamente, mi grano de arena, en un intento de modificar esa situación, que aún hoy en día tiene un largo camino por recorrer y que es una asignatura pendiente en esta área de conocimiento.

Si se desea acabar con la inaceptable discriminación de la que son hoy objeto los enfermos mentales, es necesario modificar los prejuicios negativos que hacia ellos sustentan la población general, los profesionales de la salud, los alumnos de la Ciencias de la Salud y, concretamente, los alumnos de Enfermería. Por lo que el aprendizaje de actitudes debe ser un objetivo educativo, como medio de reconducir modificaciones y cambio de las mismas.

Los resultados y conclusiones obtenidos del presente estudio pueden ser relevantes e importantes tanto para la comunidad científica y educativa como para el profesorado del área de Ciencias de la Salud, y sobre todo para la comunidad psiquiátrica y de salud mental. Se cuenta con gran cantidad de publicaciones acerca de los prejuicios sobre la

psiquiatría y su entorno; e incluso de programas de actuación, como la campaña educacional, con un componente básicamente didáctico, realizada por la OMS (Wolf, Pathare, Craig y Leff, 1996) en siete países en vías de desarrollo, y los programas de contacto social con los pacientes (Furnham y Bower, 1992; Roman y Floyd, 1981), pero hay escasez empírica en intervención educativa y en metodología de aprendizaje específico para alumnos de Ciencias de la Salud, y en concreto para alumnos de Enfermería inmersos en estereotipos sociales y culturales. Es por ello que los alumnos de Enfermería psiquiátrica y salud mental se convierten en objeto/sujeto preferente de nuestro estudio.

La viabilidad de este proyecto está garantizada pues contamos con un fácil acceso a las fuentes bibliográficas y personales, y la valiosa colaboración de alumnos, profesionales e instituciones.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según Delors (1996), la educación, a lo largo de la vida, es un proceso de construcción de conocimiento, actitudes y habilidades. El saber, el saber hacer, el saber ser y el saber convivir en la sociedad son los cuatro pilares que deberán regir la educación del siglo XXI. De esta manera, se incluyen en el Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI dos tipos de aprendizaje: aprender a ser y aprender a vivir juntos. No obstante, y tal como señala Delors, (1996, p. 96), «cada uno de estos cuatro pilares del conocimiento debe recibir una atención equivalente a fin de que la educación sea para el ser humano, en su calidad de persona y de miembro de la sociedad, una experiencia global que dure toda la vida en los planos cognitivos y prácticos». Se propone, por lo tanto, una educación que garantice la adquisición y aplicación de conocimientos; pretendiendo el desarrollo total de la personalidad y el conocimiento, así como la aceptación y el respeto de uno mismo y del otro.

Para conseguir desarrollar equilibradamente los cuatro pilares del conocimiento debemos pensar en olvidarnos de separar artificialmente en el proceso de aprendizaje de nuestros alumnos el área cognitiva, por un lado, y los aspectos emocionales, valorativos y actitudinales, por otro.

La educación, a diferencia de otros ámbitos de la experiencia humana más teóricos, se caracteriza por su dimensión práctica, como señalan Carr y Kemmis (1983, p. 106): «[...] debe operar dentro del marco de los fines prácticos en relación con los cuales son conducidas las actividades educativas». Los problemas prácticos son algo cuya solución se encuentra actuando dentro de esa misma práctica; esto quiere decir que los problemas no son exclusivamente teóricos, es decir, que pueden ser descubiertos y proponer respuestas desde fuera de las aulas.

Sin embargo, si hiciéramos un análisis minucioso de nuestros programas o planes de estudios, encontraríamos que los propósitos de trabajo parecen dedicarse a lo cognitivo en exclusividad, omitiendo total o parcialmente las explicaciones de objetivos y acciones respecto de la formación de actitudes y valores en nuestros alumnos. Aunque esta omisión es imposible en la práctica, puesto que la intervención docente jamás es neutra, ya que toda intervención (tal como se da en las aulas, actividades, prácticas, etc.) promueve o inhibe actitudes y se enmarca en un cuadro valorativo.

Es en la formación práctica donde se plasman los cuatro pilares del proceso de aprendizaje, donde el alumno desarrolla sus conocimientos, actitudes y habilidades. Las actitudes son el aspecto más complicado de evaluar, ya que en ese proceso están involucrados sus componentes afectivos, intencional y conductual, siendo algo que predispone ante el mundo y cuya suma de estos hace que el comportamiento sea de una manera u otra, por lo que la evaluación de las actitudes no puede ser objetiva.

Es el aspecto actitudinal el gran olvidado en los programas de las materias, y en muchos casos se deja a merced de la espontaneidad, por lo que se debe insistir en que se promuevan actividades y en promover acciones deliberadas para facilitar la construcción de actitudes que permitan al alumno una interacción social fundada en la solidaridad, la cooperación, la aceptación del otro y una conciencia social.

En la Diplomatura de Enfermería la formación curricular está basada, en su mayor parte, en la práctica del cuidado en las personas en situación real con problemas de salud. Las interacciones e interrelaciones se consideran cruciales, por lo que las

actitudes juegan un papel importante, y de ahí la necesidad e insistencia sobre este aspecto del aprendizaje.

Concretamente, en la materia de Psiquiatría y salud mental de la Diplomatura de Enfermería, las actitudes de los alumnos hacia la salud mental y la psiquiatría/enfermedad mental se consideran en esencia en su aprendizaje práctico, ya que van a estar, en su periodo práctico, en contacto real con personas que sufren unos problemas de salud diferentes a los que están habituados y no comprendidos en el medio social. Se deberán enfrentar a los prejuicios sociales y personales como miembros de la sociedad, como se señala desde la psicología social (Jiménez-Burrillo, 1985), que en muchas ocasiones trasciende los límites del aprendizaje para insertarse en un plano contextual y social más amplio.

No podemos olvidar que las creencias y valores sociales dominantes e implícitos en la educación de enfermeros conforman la conciencia de los profesionales y estudiantes.

Ante lo expuesto, se ha de tener en cuenta que, para que sean eficaces los programas educativos destinados a grupos sociales específicos, deben considerarse en su planificación las ideas, las creencias, las actitudes y los prejuicios sobre la salud y la enfermedad mental de las personas a las que van destinados, en consideración a la influencia social sostenida en ellas (García, 1994).

Además, esta tesis se centrará en el aspecto, hasta ahora algo descuidado tanto en la literatura como en los estudios de campo, de la influencia de los prejuicios hacia la psiquiatría y la salud mental en el aprendizaje durante la formación práctica.

Todos estos argumentos conducen a delimitar el siguiente interrogante al que tratará de dar respuesta la investigación que aquí se proyecta: ¿cuáles son los prejuicios sociales y culturales, cómo operan y en qué medida se constituyen o no en un obstáculo para el cambio y la mejora en el aprendizaje de los alumnos de Enfermería psiquiátrica y salud mental? Sin olvidar que partimos de un constructo psicológico que combina creencias y emociones que son evaluadas como conductas positivas o negativas por un observador que a la vez está sometido al mismo proceso, por ser él también un miembro de la sociedad.

A través de este estudio se pretende interrelacionar dos ámbitos de conocimiento e investigación, los prejuicios y el aprendizaje práctico inicial del estudiante, intentando conocer qué sabe y qué experiencia tiene el alumno de la psiquiatría, cómo percibe la enfermedad mental y cómo responde ante las situaciones reales.

Este estudio tiene como finalidad proponer unas pautas de intervención educativa para mejorar las dificultades de aprendizaje y los problemas de convivencia entre los dos grupos (alumnos y enfermos), partiendo del análisis y la comprensión de la situación real.

El contexto del estudio es universitario, desde la Escuela Universitaria de Enfermería y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida, donde los alumnos reciben la formación teórica y práctica, respectivamente. Por lo que podríamos describir este proyecto como «una actividad educativa orientada a la descripción, comprensión, explicación y transformación de la realidad social a través de un plan de indagación sistemático» (Del Rincón, 1995, p. 19).

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Sintetizando lo recogido en el anterior epígrafe, las pretensiones de este estudio son las siguientes:

- . Explorar las actitudes y prejuicios culturales, sociales e intelectuales de los alumnos de enfermería psiquiátrica y salud mental en su formación inicial de la Diplomatura de Enfermería.
- . Describir y analizar la evolución de actitudes y prejuicios de los alumnos durante y después el periodo práctico.
- . Describir el significado que tiene para los alumnos la relación con los/las enfermeras asistenciales, con el tutor/a en sus prácticas y con los enfermos a los que asisten.
- . Describir y analizar la repercusión que tienen las actitudes y prejuicios de los alumnos en su relación con los enfermos a los que cuidan.
- . Explorar la repercusión pedagógica de las prácticas reflexivas en los alumnos en su periodo práctico.

- . Analizar la influencia de las actitudes y prejuicios en la eficacia del aprendizaje de los alumnos.
- . Explorar las repercusiones que tiene para los alumnos su experiencia práctica.
- . Proponer estrategias de mejora en la formación y ayudar al aprendizaje para conseguir combatir la influencia del estigma de los alumnos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. RECORRIDO CONCEPTUAL

2.1. INTRODUCCIÓN

Como seres humanos, normalmente no somos neutrales hacia aspectos del mundo social que nos rodea, aspectos que nos afectan de alguna forma. Hace tiempo que los psicólogos sociales se interesan por estas reacciones que llaman actitudes.

Antes de entrar de lleno en el concepto de las *actitudes*, daremos unos apuntes sobre los conceptos de *opinión* y *creencias*.

La *opinión* es un enunciado valorativo, sin gran significado para la estructura cognitiva del individuo, en la cual el valor es un sentimiento positivo o negativo, lo suficientemente amplio como para servir de criterio en la evaluación de acciones diversas.

Las opiniones se encuentran estrechamente relacionadas con las actitudes (actitud expresada con palabras), pues lo que creemos cierto sobre un objeto o un grupo desempeñará un papel en nuestra disposición a reaccionar de una forma determinada. Por lo que las opiniones se encuentran estrechamente relacionadas con nuestras creencias.

Las *creencias*, según define Villoro (1982), son «un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva apprehendida» (p.71), que están conectadas en cierto modo con el pensamiento, es decir, son, como indica Griffiths (1982), una forma de conocimiento. Así pues, el saber y el conocer se consideran como formas de creencias que orientan la práctica del sujeto ante el mundo, y que pueden organizarse en estructuras coherentes que se denominan «sistemas de valores».

Por otra parte, habría que diferenciar entre *creencia*, *actitud* y *opinión*, dado que con frecuencia se toman como sinónimos de *actitud*. Así pues, es conveniente destacar las diferencias que separan estos dos conceptos de la actitud.

Podríamos identificar la creencia, de una forma simplificada, con el aspecto cognitivo de la actitud. Mientras que la opinión es una conducta verbal, un juicio de valor ante un hecho o situación. Es, por tanto, algo directamente observable, que de una manera u otra no es más que una manifestación de las actitudes (Valdés, 1994).

Muchos investigadores sociales, como Allport, Bandura o Goffman, estarían de acuerdo con que cualquier intento de definir *actitud* puede ser algo complejo, porque las actitudes no son observables. Antonak y Livneh (1988) estimaron que hay más de 500 definiciones publicadas sobre *actitud*.

El estudiar y entender la actitud es importante por tres razones fundamentales: 1) las actitudes guían nuestros pensamientos; 2) las actitudes influyen en nuestros sentimientos; y 3) las actitudes afectan a nuestro comportamiento (Myers, 1990, p. 90).

2.2. ACTITUDES

La *actitud* (concepto intermedio entre *valor* y *opinión*) ha sido definida como evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria (Judd, Drake, Downing y Krosnik, 1991). Constituye una valoración lo suficientemente amplia como para delimitar zonas importantes en la estructura cognitiva del individuo, funcionando como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos (Wyer y Srull, 1994).

Para Hollander (1978, pp. 126-128) es una «representación psicológica de la influencia de la sociedad y la cultura sobre el individuo», por lo que es inseparable del contexto en el que se produce, mantiene y suscita. A su vez, las actitudes organizan en su estructura sistemas de creencias y valores que forman, en definitiva, la ideología de grupos o instituciones.

Allport (1935) define la actitud como un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos o situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario, que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

Según Eiser (1989), se puede definir como la predisposición aprendida a responder de un modo consciente a un objeto social. También dice que las actitudes se refieren a un mismo sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social o cualquier producto de la actividad humana.

Para Rodríguez (1991), la actitud es como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente subjetivas a inferencias observables, con componentes cognitivos, afectivos y conductuales.

Por lo que podemos considerar las actitudes en un continuo que va desde las opiniones a los valores, según la influencia de los mismos en el comportamiento.

Como vamos viendo, las actitudes tienen tres componentes fundamentales: cognoscitivo, afectivo y conductual, como señalan Eagly y Chaiken (1993).

Varios investigadores (Fishbein y Ajze, 1975; Rosenberg y Hoveland, 1960; y Triandis, 1971) explican la estructura interna de las actitudes por medio del modelo tripartito (afecto, cognición, comportamiento) que construye la idea de que las creencias afectan a la formación de las actitudes y a las normas subjetivas en el modelo TRA. De acuerdo con Ajzen (1993), los componentes tripartitos se desarrollan a partir de creencias que la gente tiene sobre el objeto de la actitud. El componente cognitivo de la actitud se refiere a las ideas, creencias u opiniones de los individuos hacia el referente de la actitud. El componente afectivo de la actitud se refiere al sentimiento o al hormigueo emocional de la actitud. El componente de comportamiento se refiere a los propósitos individuales o a

la preparación para comportarse de un cierto modo respecto al objeto de actitud, como también comparten Moya y Rodríguez-Bailón (2011).

2.2.1. Formación de actitudes

Existen numerosas proposiciones teóricas que consideran la formación de la actitud. Fishbein y Ajzen (1975) presentan el concepto de que las actitudes se forman por un procesamiento de la información, y se desarrollan a partir de esas creencias que la gente tiene sobre el objeto de la actitud. Pero la investigación de Avery (1989) introdujo una base genética para las actitudes, después de encontrar que los gemelos unicigóticos criados en diferentes ambientes tenían actitudes similares. A pesar de estos hallazgos, y según Myers (1990), la teoría de que las actitudes se aprenden a través de la mera exposición, el condicionamiento y la socialización están más ampliamente aceptados por los psicólogos y los científicos sociales.

La socialización se refiere a la adquisición del lenguaje, los valores y las actitudes gradualmente a través del reforzamiento, la observación y el proceso de aprendizaje (Forsyth, 1995). Tanto Forsyth (1995) y Myers (1990) informaron de que las actitudes pueden adquirirse de otros a través del aprendizaje social en la forma del condicionamiento clásico, tomando ejemplos y por propia experiencia.

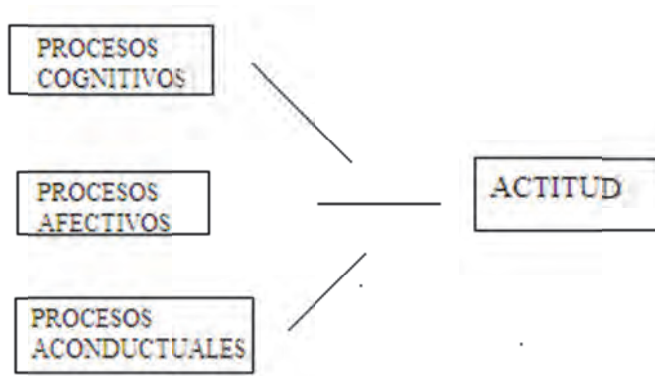
De acuerdo con Baron y Byrne (1994), el condicionamiento clásico puede definirse como «el aprendizaje a través de un proceso de asociación» (p. 132). Esto sucede cuando un estímulo normalmente precede a otro: el que ocurre primero puede convertirse rápidamente en una señal para el que ocurre segundo. Un ejemplo de cómo las actitudes pueden ser influenciadas en este sentido lo tenemos cuando un supervisor frunce el ceño cada vez que interactúa con un empleado en particular.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1969) dice que los comportamientos y las actitudes se adquieren a partir de la observación y la imitación de las acciones manifestadas por los padres y los semejantes. Un ejemplo de este tipo de comportamiento imitado sería cuando se observa a una persona disfrutando de una bebida o una comida en particular y otra persona elige la misma bebida o comida y disfruta, a pesar de su gusto personal.

Finalmente, y de acuerdo con Bornstein (1989), la experiencia directa se puede adquirir de la exposición a un objeto en particular. La experiencia directa repetida a lo largo del tiempo resulta en una preferencia a favor o en contra de ese objeto en comparación con objetos experimentados con menos frecuencia. Cuanto más familiar sea el objeto o la tarea, más nos gusta generalmente (Bornstein, 1989). También Fazio y Zanna (1981) demostraron que las actitudes que están basadas en la experiencia acceden a la memoria enseguida. Continuaron diciendo que la experiencia directa produce una actitud bien definida y segura.

2.2.2. Funciones de las actitudes

La exploración funcional de las actitudes es aquella que se centra en cómo algo llega a ser posible, cómo un fenómeno, del tipo que sea, ocurre porque tiene ciertos efectos adaptativos. En el caso de los procesos psicológicos, como señalan Páez, Valencia, Morales y Ursua (1992, p. 68), se pone, de entrada, que tiene un carácter funcional o, lo que es lo mismo, que sirve para que las personas puedan orientarse mejor en su medio, para que puedan comportarse de una manera flexible. Si aplicamos la lógica funcional al estudio de las actitudes, la pregunta a plantear sería esta: ¿para qué sirven las actitudes? La actitud se considera mediadora entre los estímulos del ambiente social de la persona y las respuestas o reacciones de esta a dicho ambiente. La actitud sería, desde esta perspectiva, una forma de adaptación de la persona a su medio ambiente, si bien es preciso subrayar que se trata de una adaptación activa, en modo alguno pasiva. En efecto, se supone que la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal y, por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los que dichas experiencias han tenido lugar. Ello lo sintetizan Eagly y Chaiken (1993, p. 14) en el siguiente gráfico, convenientemente adaptado.



Esquema 1. Los antecedentes de la actitud, según Eagly y Chaiken (1993, p. 14).

La primera función actitudinal que surge directamente de la propia definición de la actitud y que se aplica por igual a todas las actitudes, sean del tipo que sean, es la función evaluativa. Como señala Fazio (1989), poseer una actitud hacia un objeto es más funcional que no poseer ninguna. ¿Cuáles son los efectos adaptativos de poseer una actitud? Pues sencillamente contar con una pista clara para orientar la acción, saber qué se ha de hacer de antemano en relación con el objeto de la actitud y evitar tener que entrar cada vez que se encuentra dicho objeto en reflexiones y juicios deliberativos que pueden ser muy costosos en tiempo y limitadores de la capacidad de actuar rápidamente. La evaluación de un objeto actitudinal guarda una estrecha relación con las creencias de la persona acerca de tal objeto, con lo que piensa sobre él. Nos sentimos atraídos hacia todo lo que nos ayuda a conseguir nuestros objetivos, así como hacia aquello que consideramos dotado de cualidades positivas, mientras que tendemos a rechazar lo contrario. Parece bastante razonable postular que la evaluación que una persona hace de un objeto depende, en gran medida, de lo que piensa acerca de él. Es la teoría de la expectativa-valor la que ha formulado de manera más sistemática esta aproximación a los antecedentes de las actitudes. Según esta teoría, el conocimiento que la persona ha adquirido en su relación con el objeto actitudinal en el pasado le proporciona una buena estimación de cómo merece ser evaluado dicho objeto. En este sentido, puede ser interesante señalar que la información acerca de los objetos actitudinales se adquiere, en ocasiones, a través de la experiencia directa. Pero también se llega al conocimiento del objeto por una vía indirecta, como la observación de modelos de conducta o la comunicación formal e informal.

Por lo que la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal, y por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los que dichas experiencias han tenido lugar (Eagly y Chaiken, 1993).

También, como señalaron Rosnow, 1981, y Robinson, 1978, las actitudes actúan «como predisposiciones comportamentales» y muestran la organización de los sentimientos, las creencias y la predisposición de un individuo a comportarse de un modo dado.

Fazio (1989) demostró que las personas con actitudes más accesibles se dejan influir menos por los aspectos de la situación y atienden más a las características pertinentes del objeto.

La actitud, según Eagly y Chaiken (1993, p. 1), es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.

Si definimos la actitud como una tendencia, se da a entender que se trata de un estado interno de la persona. Por tanto, no es algo que radica en el ambiente externo a ella, pero tampoco es una respuesta manifiesta y observable. Precisamente, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externo, que son los «estímulos», y las reacciones de la persona, es decir, sus «respuestas evaluativas» manifiestas.

Esta tendencia es evaluativa y se refiere a la asignación de aspectos positivos o negativos a un objeto, es decir, connotativa, que trascienden lo meramente denotativo o descriptivo. Por ello, siendo la actitud un estado interno, tendrá que ser inferior a partir de respuestas manifiestas y observables, y siendo evaluativa, estas respuestas serán de aprobación o desaprobación, de atracción o rechazo, de aproximación o evitación, y así sucesivamente.

La evaluación implica valencia (o dirección) e intensidad. La primera hace relación al carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal. La intensidad se refiere a la gradación de esa valencia. Por esa razón, la actitud suele representarse como un

continuo, denominado el continuo actitudinal, que tiene en cuenta los dos aspectos de valencia e intensidad.

La función evaluativa no es la única que pueden cumplir las actitudes. Existen otras funciones que varían según el tipo de actitudes de que se traten y también según personas y situaciones. Páez, Dan Juan, Romo y Vergara (1991) hablan de dos funciones muy habituales: la instrumental y la expresiva de valores. La primera tiene lugar cuando la actitud sirve a la persona para alcanzar objetivos que le reporten beneficios tangibles o un ajuste a la situación. Esta función instrumental, también llamada adaptativa o utilitaria, se caracteriza por basarse en el principio de utilidad medios-fines: la actitud se adquiere, mantiene o expresa porque a través de ella se consigue un objetivo útil para la persona.

Por su parte, se cumple la función expresiva de valores cuando la actitud en cuestión permite manifestar a la persona lo que realmente piensa y siente o quiere que los demás sepan acerca de ella. La diferencia entre las dos funciones es que en la primera se hablaba de una racionalidad utilitaria o instrumental que permitía alcanzar objetivos de corte individualista y en la función expresiva se trata más bien de proyectar una determinada imagen social y, por tanto, la racionalidad es más bien de corte cultural.

Pero Echevarría, Villarreal, Garaigordovil y González (1995) se refieren a la función que cumple determinadas actitudes, en concreto, las prejuiciosas y etnocéntricas. Se trata de la función «ideológica» (p. 211). Las actitudes que cumplen esta función proporcionan una determinada explicación de las desigualdades existentes en la sociedad. Si tal explicación se acepta, las citadas desigualdades quedan legitimadas y justificadas a los ojos de los que mantienen la actitud en cuestión. Ello tenderá a ocurrir cuando existan condiciones crónicas objetivas de marginación o estigmatización de los grupos que son objeto de prejuicio unidas a un conjunto de prácticas sociales destinadas a mantener ese estado de cosas. Para que pueda darse esta función, tanto la marginación de las personas que pertenecen al grupo desfavorecido como las estrategias de mantenimiento del *statu quo* deben contar con apoyo y respaldo institucional.

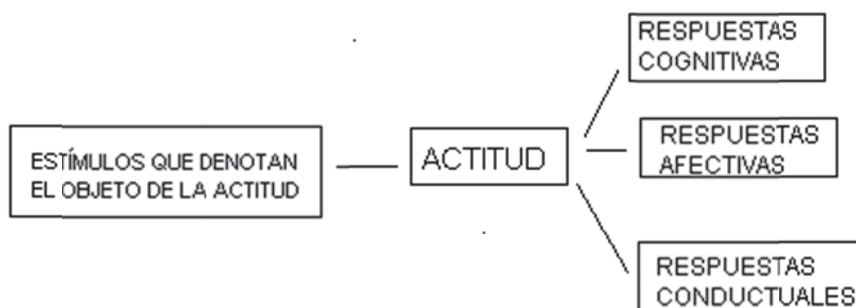
Zinder y Miene (1994) introducen una nueva función: la de separación. Es el caso de aquellas actitudes que consisten en atribuir a un grupo dominado, sin poder, o de estatus inferior, características plenamente negativas, en virtud de las cuales resulta posible despreciar y negar reconocimiento social a quienes pertenecen a ese grupo, e incluso

justificar el eventual tratamiento injusto que se le dispensa. Esta función aspira a ejercer un control sobre la posibilidad de que ese grupo menospreciado intente salir de su situación de precariedad. Como podemos apreciar, esta actitud es muy similar a la anterior. La principal diferencia existente entre ellas es que aquí no se exige necesariamente un respaldo institucional, y por tanto, depende más de las condiciones de interacción entre grupos.

Como hemos podido ver, el estudio de las actitudes ha sido, y sigue siendo, una de las preocupaciones centrales de la psicología social, desempeñando un papel central en el proceso de cambio social, dado su factor mediador entre la persona y el contexto social al que pertenece.

2.2.3. Respuestas actitudinales

La actitud, como ya se ha indicado, es un estado psicológico interno y se manifiesta a través de una serie de respuestas observables. Tradicionalmente se han agrupado dichas respuestas en tres grandes categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales. La idea fundamental que subyace a este planteamiento es que si bien lo que caracteriza a la actitud es la evaluación, esta se puede expresar a través de vías diferentes. La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vía de expresión de un único estado interno explica la complejidad interna de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud. Eagly y Chaiken (1993) proponen la ilustración que se presenta en el gráfico.



Esquema 2. Las tres respuestas a través de las que se manifiesta la actitud.

La existencia de tres tipos de respuestas o elementos no significa que la actitud tenga que perder su carácter de variable unitaria. Desde un punto de vista teórico, la actitud es el estado interno evaluativo, mientras que los tres tipos de respuesta constituyen sus vías de expresión. Si se adopta una perspectiva metodológica, los tres tipos de respuesta son diferentes entre sí aunque no completamente, ya que todas ellas remiten en última instancia a la misma variable, es decir, a la actitud. Cabe esperar, por tanto, que estén relacionadas de manera positiva, aunque no muy intensa.

Las respuestas cognitivas. Muchas veces la evaluación positiva o negativa de un objeto se produce a través de pensamientos e ideas, designados en los estudios sobre actitudes como «creencias». En sentido estricto, las creencias incluyen tanto los pensamientos y las ideas propiamente dichos como su expresión o manifestación externa. La evaluación por medio de las respuestas cognitivas ocurre en una doble secuencia. Inicialmente se establece una asociación de naturaleza probabilística entre un objeto y alguno de sus atributos o notas. En función del resultado de este primer paso, en el que se procede a establecer una asociación objeto-atributo cuya fuerza depende del grado de probabilidad estimado por la persona, se da el segundo paso, que es ya la evaluación propiamente dicha, y que deriva fundamentalmente de la connotación positiva o negativa del atributo.

Las respuestas afectivas. Fundamentalmente, son los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones asociadas con el objeto de la actitud. Algunos autores han considerado que este es el elemento central de la actitud. Otros, incluso, han ido más lejos, llegando a afirmar que este es el único componente de la actitud. Así pues, actitud y respuesta o componente afectivo serían una y la misma cosa. Pero a juicio de Eagly y Chaiker (1993), esta postura se basa en un supuesto erróneo, en concreto, en la identificación de afecto y evaluación. De hecho, muchos de los autores que defienden la postura del componente único actitudinal lo denominan «evaluativo». Sin embargo, es bastante claro que afecto y evaluación son conceptos diferentes y que la evaluación se puede expresar no sólo a través del afecto, sino también a través de las cogniciones y de las conductas.

Las respuestas conativas-conductuales. Las conductas, por su parte, también son susceptibles de ubicación sobre el continuo actitudinal, ya que algunas son muy

negativas. Junto a las conductas propiamente dichas, en los estudios sobre actitudes se han tenido en cuenta también las intenciones de conducta.

2.2.4. Cambios de actitudes

Pero no todas las actitudes surgen de la forma descriptiva y propuesta por Fishbein y Ajzen (1975). Ello equivaldría a aceptar que las personas tienen un control racional de todos sus sentimientos y emociones. Aunque dicho control existe sin duda, la experiencia cotidiana ofrece numerosos ejemplos de la influencia de las emociones sobre muchas funciones psicológicas de la persona. Stroebe, Lenkert y Jonas (1988), después de una investigación realizada en Alemania, interpretan como prueba de que las actitudes se pueden modificar sin alterar de forma apreciable su componente cognitivo. Esto nos introduce en los estudios sobre el condicionamiento de las actitudes:

a. Tradicionalmente, se han distinguido en el ámbito de la psicología del aprendizaje dos tipos principales de condicionamientos. El primero de ellos, denominado «clásico», vinculado a la figura de Pavlov, es una forma de aprendizaje en la que un estímulo neutral (o condicionado), es decir, que inicialmente no evoca respuestas específicas de la persona, acaba por evocarlas gracias a sus asociaciones repetidas con otro estímulo (incondicionado) que sí las evoca. Por su parte, el otro condicionamiento, conocido como «instrumental» u «operante», consiste en el fortalecimiento de aquellas respuestas que producen resultados positivos o que ayudan a evitar los negativos. La extensión de los estudios de condicionamiento al campo de las actitudes se justifica porque estas se conciben como resultados de aprendizajes previos, supuestamente regulados por los mismos procesos que son operativos en todos los tipos de aprendizaje (Eagly y Chaiken, 1993; Petty y Wegener, 1998).

Una cuestión diferente es por qué las actitudes que son producto del condicionamiento tienen un antecedente afectivo. La respuesta es doble. En primer lugar, los psicólogos sociales se han inspirado sobre todo en las teorías del condicionamiento que enfatizan el reforzamiento. En segundo lugar, han tendido a dar por supuesto que el condicionamiento tiende a ocurrir de manera automática. En realidad, las investigaciones más recientes llevan a pensar que en el condicionamiento tienen lugar también representaciones mentales y que en él intervienen procesos cognitivos

deliberativos. Sin embargo, la extensión realizada por los psicólogos sociales de los estudios de condicionamiento a las actitudes ha tendido a pasar por alto estos aspectos (Eagly y Chaiken 1993, p. 394).

Los estudios sobre condicionamientos instrumentales también comparten un paradigma de investigación que consiste en reforzar de manera diferencial y sistemática ciertos enunciados actitudinales de una persona (con preferencia a otra). El tipo de reforzamiento utilizado suele ser «social», es decir, conductas verbales (palabras) o paraverbales (signos o gestos) que indican aprobación y simpatía, y que son, en general, de carácter positivo. Dicho reforzamiento se hace contingente de la presentación por parte de la persona de ciertos enunciados seleccionados de antemano por el experimentador. Los enunciados emitidos por la persona que no coincidan con aquellos previamente seleccionados son reforzados negativamente o sencillamente ignorados. El resultado general de este tipo de investigaciones muestra que es posible modificar la emisión de enunciados actitudinales (Cacioppo, Crites, Berntson y Coles, 1993; Strack, Martin y Stepper, 1988).

b. El efecto de «mera exposición», según la definición de Zajonc (1968, p.1), quiere decir, sencillamente, que un estímulo concreto (una sílaba, una palabra del lenguaje cotidiano, una figura geométrica, y así sucesivamente) es accesible a la percepción de la persona. Cuando la exposición de la persona al estímulo es repetida, se suele producir, según este autor, una «intensificación» de la actitud hacia el objeto. En otras palabras, la persona acaba desarrollando una actitud positiva hacia ese objeto que se le ha presentado en numerosas ocasiones. Algunas investigaciones pusieron en evidencia ciertas dudas sobre los postulados iniciales. Así, Moreland y Zajonc (1977) formularon una nueva propuesta. En su opinión, la mera exposición puede influir en las actividades a través de una ruta cognitiva o «fría». Ello ocurre cuando existe reconocimiento del objeto. Pero también puede hacerlo a través de una ruta «caliente», no cognitiva, donde el reconocimiento está ausente y su lugar lo ocupa lo que estos autores llaman el «afecto subjetivo». En este segundo caso, no hay implicado ningún proceso cognitivo.

Según indican Moya y Rodríguez-Bailón (2011), para que una persona aprenda algo es importante que ocurran cuatro procesos: atención, comprensión, aceptación y retención. Pero hay una serie de variables que influyen en estos cuatro procesos: la credibilidad de

la fuente, el contenido del mensaje, el canal comunicativo y los receptores (Hogg y Vaughan, 2008, y Moya y Rodríguez-Bailón, 2011).

2.3. PREJUICIOS - ESTEREOTIPOS

Los prejuicios son actitudes negativas hacia personas, situaciones o cosas que indican la existencia de lo que los sociólogos han llamado una «distancia social» hacia ellas. Lamentablemente, los prejuicios no pueden vencerse con simples programas racionales porque no modifican su substrato afectivo que frecuentemente son inconsciente en la relación con los componentes cognoscitivos. Es decir, que existe una discrepancia entre creencias y sentimientos, una «disonancia cognitiva» por la que los individuos tienden a evitar conflictos y aceptan o no la influencia social en función de la consistencia de sus actitudes. Los programas públicos destinados a modificar las actitudes crean a menudo «ambivalencia» y «disonancias» (como en el caso de una película sobre la enfermedad mental proyectada en televisión y comentada por unos expertos en continua contradicción frente al público).

Según la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) (1996), *prejuicio* se define como la actitud que demuestra una predisposición en las acciones, que pueden ser negativas o positivas con relación a la persona objeto del mismo, sin que haya un análisis de las razones de dicho comportamiento. Es un juicio arbitrario y parcial.

Afirma que existen algunos requisitos imprescindibles para que haya prejuicio:

- 1) reconocimiento del objeto de prejuicio: es necesario que la marca o señal, el estigma, sea percibida por los demás para que aparezca el prejuicio; y
- 2) aceptación social del prejuicio: cuando la sociedad no reacciona fuertemente en contra de la actitud de prejuicio contra un determinado grupo o individuo, permitiendo que este tipo de opinión siga extendiéndose por el conjunto social.

Dentro de la psicología social, el prejuicio contra las personas con trastornos mentales se refiere a la evaluación que se hace de ellas o a las actitudes o reacciones emocionales negativas hacia este grupo de personas (Corrigan, 2005).

Los prejuicios, como señala Devine (1995), son una cuestión que afecta a todos, ya que todos somos susceptibles de ser sus víctimas o sus causantes. Desde la antropología a la historia, pasando por la sociología y la psicología, todas las ciencias sociales lo han convertido en uno de sus objetivos de estudio. Sin duda, los trabajos que han tenido mayor difusión son los que han estudiado el prejuicio étnico o racial, realizados en Estados Unidos, y cuya víctima era la comunidad afroamericana. Sin embargo los prejuicios pueden afectar a casi cualquier grupo.

El prejuicio va estrechamente ligado a la conexión social, como un producto de sesgo cognoscitivo; también se ha considerado como un tipo de actitud; en los últimos años se ha estudiado el prejuicio en el contexto de las relaciones entre grupos, dando la importancia que realmente tiene a la situación en la que se produce el encuentro intergrupalo.

El prejuicio se manifiesta como una actitud negativa y una serie de conductas discriminatorias que le acompañan. El prejuicio se dirige siempre contra un grupo. En efecto, aunque la víctima del prejuicio pueda ser, en ocasiones, una persona aislada, la razón última de la que se le discrimine o se la evalúe negativamente es que pertenece a un grupo determinado. Por otra parte, el prejuicio, como hace hincapié Smith (1993, p. 300), se da siempre en un contexto concreto, lo que significa que su expresión varía en función de la situación.

La definición que proporciona Oskamp (1991) goza de amplia difusión en la disciplina de la psicología social. Define el prejuicio como una actitud desfavorable, intolerante, injusta o irracional hacia otro grupo de personas. La atribución a este proceso de un carácter «afectivo» no resulta plenamente satisfactoria para Devine (1995), autora que señala que, además de sentimientos, el prejuicio incluye «cogniciones» y «conductas». Tratando de captar esta complejidad, una segunda definición de Morales (1999, p. 303) la etiqueta como «triptita». Establece que por un lado está el «estereotipo», que recoge las creencias relativas al grupo objeto del prejuicio y es, por así decirlo, su componente cognitivo. El prejuicio sería el componente afectivo. El tercer componente es la discriminación, término en que se alude a todas aquellas conductas negativas dirigidas contra las personas del grupo del que se trata.

Pero estas definiciones, incluida la que se ha denominado «tripartita», se enfrentan a ciertos problemas, como señala Morales (1999). Por una parte, al identificar el componente afectivo con el prejuicio propiamente dicho, da a entender que este es el componente crucial, relegando los otros dos, es decir, el estereotipo y la discriminación, a un papel subsidiario. Por otra parte, no parece de gran utilidad cuando los tres aspectos (cognitivo, afectivo y conductual) dejan de funcionar al unísono, lo que sucede con mayor frecuencia de lo que se supone.

Devine (1995), consciente de las limitaciones de la definición «tripartita», sugiere la conveniencia de recurrir a una definición consagrada, la de Ashmore (1970), que utiliza cuatro notas: a) el prejuicio es un fenómeno intergrupar, b) es una orientación negativa hacia el objeto de prejuicio y puede implicar agresión, evitación u otra conducta negativa, c) es injusto, sesgado e incurre en generalizaciones excesivas, y d) es una actitud. Es el marco de referencia provisional aceptado para comprender el prejuicio.

Afirmar que el prejuicio es una «generalización excesiva» o que incurre en «sesgos» equivale a afirmar que pone en juego procesos cognitivos. Sin duda, los más básicos, como señala Devine (1995, p. 476), siguiendo a Hamilton y Troler (1986), son los de categorización y estereotipia.

Son muchos los aspectos de la vida social regulados por la categorización. Existe una tendencia a tratar a los demás como miembros de grupos y no como personas individuales. Muchas veces, y sin que seamos plenamente conscientes de ello, la información de que la persona que nos van a presentar es vieja (o mujer, o extranjera) es suficiente para que, sin haberla visto nunca antes, sepamos cómo reaccionar frente a ella. El papel crucial de este proceso lo ofrecen las investigaciones de Blascovich, Wyer, Swart y Kibler (1997), que señalan la atención sobre la posibilidad de que a la hora de categorizar tengan lugar fallos o desajustes con graves repercusiones sobre las relaciones entre personas y grupos.

Con las condiciones escasamente idóneas y estímulos ambiguos favorecen el que se comentan errores de categorización. Blascovich et al. (1997, p. 1365) pronostican que, en general, el tiempo y el esfuerzo dedicados a realizar la categorización guardarán relación con el temor a cometer errores de evaluación no deseada. Pasando al terreno más concreto de las relaciones intergrupales marcadas por el prejuicio, lo que se

pronostica es que las personas con mayor nivel de prejuicio serán las más preocupadas por una correcta identificación de los miembros del endogrupo, especialmente cuando los estímulos son ambiguos (Morales, 1999).

El mismo autor, Morales (1999), lo resume en que los sesgos cognitivos asociados a los prejuicios se originan, fundamentalmente, en los procesos de categorización y estereotipia. Aunque las personas individuales pueden ser víctimas del prejuicio, siempre lo son en razón de su pertenencia a un grupo determinado. El simple hecho de categorizar a alguien como miembro de un exogrupo produce sesgo intergrupalo. El papel de la estereotipia en este proceso consiste en dotarlo de contenido.

Cuando se habla del prejuicio como actitud negativa, nos encontramos con que en la sociedad actual existen unas normas que impiden (o desaconsejan) expresar actitudes negativas hacia otras personas por mera pertenencia a un grupo minoritario, es decir, se ha asentado el valor de no manifestar prejuicios. Es posible, por tanto, que las reacciones negativas sigan ahí, solo que ahora convenientemente disfrazadas, manifestándose en formas más sutiles o encubiertas (Morales, 1999). El «manejo de la impresión» constituye un primer intento de avanzar hacia conseguir que los prejuicios salgan a la luz.

En el «manejo de la impresión» destaca el modelo de la disociación, que ha sido desarrollado por Devine (1989). Establece una distinción fundamental entre los «estereotipos» y las «creencias» o actitudes personales. El estereotipo se concibe como algo que existe al margen de la mente de las personas individualmente consideradas. Es, en concreto, el conocimiento de las características que se asignan habitualmente a un grupo o a una categoría social particular. Se supone que está culturalmente determinada y que dentro de la misma sociedad no varía, al menos de forma sustancial, de una persona a otra.

El prejuicio es, efectivamente, una actitud, debe cumplir algunas de las funciones actitudinales. Fein y Spencer (1997) sostienen que la expresión de prejuicio sirve a muchas personas para proteger su autoestima y el sentimiento de la propia valía, especialmente cuando perciben la existencia de amenazas a la propia imagen. En palabras de estos autores, el prejuicio puede llegar a ser «autoafirmante». Expresar

prejuicios puede ser la forma más sencilla que encuentran muchas personas para sentirse mejor consigo mismas, sobre todo cuando no parece haber otros medios disponibles de superar las amenazas a la autoimagen o de afirmación.

Las teorías emocionales del *appraisal* (término que cabría traducir por apreciación) identifican una emoción como síndrome complejo en el que coexisten cogniciones, sentimientos subjetivos y tendencias a la acción fisiológica y conductuales. Y según Morales (1999), se debería añadir un cuarto elemento, «contexto». Para que un *appraisal* dado desencadene una emoción, tiene que involucrar el yo de la persona, lo que significa que ha de conectar con sus preocupaciones, afectar a objetivos que considera importantes, activar sus motivos y su sensibilidad. Es importante no olvidar que junto al yo personal está el yo social.

De aquí surge una nueva definición: el prejuicio es una emoción social experimentada en función de la identidad social, que surge de sentirse miembro de un grupo, y que va dirigido hacia un exogrupo dado.

2.4. RELACIÓN ACTITUD - CONDUCTA

El comportamiento derivado del prejuicio da paso a la conducta discriminatoria. Aunque en un lenguaje cotidiano, los términos *prejuicio* y *discriminación* son utilizados de un modo intercambiable, la sociología social hace una clara distinción entre ellos. El prejuicio hace referencia a un especial tipo de actitud, generalmente negativo, hacia los miembros de algún grupo social. Por el contrario, la discriminación se refiere a las acciones negativas hacia aquellos individuos, o mejor, a las actitudes traducidas en acciones, convirtiéndose en una barrera importante en la visión de los grupos sociales.

Existen abundantes evidencias procedentes de la vida cotidiana que demuestran que la conducta puede ser también una fuente de las actitudes. Quizá la más conocida la proporcionen las técnicas de adiestramiento de todo tipo, deportivas, religiosas, militares, incluso educativas, y, en general, todas las destinadas a la formación de novatos, candidatos o aspirantes. La idea básica de estas técnicas es que una repetición muy intensa de ciertas conductas acabará por implantar estas en el repertorio conductual de los adiestrados sin que quepa resistencia alguna por parte de estos. Si el

adiestramiento se culmina adecuadamente, se consigue, en los recién llegados, la creación de esas actitudes que se iban buscando.

La evidencia empírica sistemática más citada durante mucho tiempo fue la denominada técnica de «lavado de cerebros». Supuestamente utilizada por los chinos con prisioneros estadounidenses de la guerra de Corea, sus consecuencias habían sido puestas de manifiesto, tal vez con tintes exageradamente dramáticos, por los medios de comunicación. Fue Schein (1956) quien entrevistó a muchas de estas personas tras su repatriación. Su conclusión general fue que la llamada técnica de «lavado de cerebro» consistía en un conjunto muy amplio y heterogéneo de prácticas y directrices que se imponían a los prisioneros en su rutina diaria. El objetivo final era conseguir un compromiso del prisionero con las autoridades de la prisión. Así, a través de una cuidadosa gradación de la exigencia que se planteaba al prisionero, se pretendía, y en muchas ocasiones se conseguía, su colaboración en la organización de la disciplina interna de la prisión, su asistencia a charlas de indoctrinación en la ideología comunista, su participación activa en las discusiones que se suscitaban en ellas y su cooperación en los intentos de influencia sobre aquellos compañeros de prisión que se mantenían firmes en su resistencia. La implantación de todas estas prácticas se llevaba a cabo con una gran reiteración. Aunque el impacto de estas técnicas se ha exagerado, incluso Perloff (1993, pp. 20-24), autor que utiliza la expresión «mitología del lavado de cerebro», no niega su existencia a pesar de poner en duda su generalidad.

La evidencia empírica a favor de los antecedentes conductuales de la actitud la proporcionan los estudios de Fazio (1986) sobre la experiencia directa con el objeto de la actitud. Inicialmente, este autor postuló que las actitudes que se forman sobre la base de una experiencia directa con el objeto de la actitud, por oposición a aquellas que surgen a través de una experiencia indirecta y mediatizada, se aprenden mejor, son más estables y guardan una relación más estrecha con la conducta. Posteriormente, el mismo autor matizó su posición. No es tanto la experiencia directa sino la accesibilidad de la actitud lo realmente decisivo. Ahora bien, la experiencia directa es uno de los determinantes de la accesibilidad.

En esta misma línea, mencionaremos que la teoría de la disonancia cognitiva, una de las más influyentes en el estudio de la actitudes, tiene como postulado central que, en

ciertas condiciones, la realización de determinadas conductas produce importantes y permanentes cambios actitudinales.

La relación entre actitud y conducta es una de las cuestiones más debatidas de la psicología social. Se trata de un debate que se remonta a los años veinte y que sigue vivo en la actualidad.

La actitud tiene que estar relacionada con la conducta. Es indudable que actitud y conducta son entidades diferentes. Ya se ha comentado anteriormente que la actitud es un estado psicológico interno que orienta la acción hacia un objeto por medio de su evaluación. Cuando se investigan las actitudes, se parte del supuesto de que el conocimiento de la actitud de una persona servirá para conocer, cuando menos, el marco general de su actuación en relación con el objeto actitudinal. Así, cuando Thurstone (1927) publicó su conocido trabajo *Las actitudes pueden medirse*, dejó muy claro que la medición de la actitud encierra importancia porque nos permitirá ubicar la posición de las personas en asuntos sociales, y a partir de esa posición cabrá predecir sus líneas de actuación futuras.

Por eso han producido tanta inquietud en la disciplina los artículos que han puesto en duda esta conexión entre actitud y conducta, entre los que destaca el de LaPiere, en 1934, titulados significativamente *Actitudes frente a acciones*. Aunque, como señalan Grau (1995, p. 60) y Dillehay (1973), que habían puesto de manifiesto los grandes errores cometidos por LaPiere en la realización de su trabajo, que invalidaban por completo sus conclusiones, lo cierto es que se trata de un trabajo que todavía se sigue citando.

Pero después Fishbein y Ajzen (1975) darán una contundente réplica a los planteamientos de Wicker (1969), siendo la clave cómo se miden actitud y conducta. Afirman que solo se puede calcular con propiedad una correlación entre actitud y conducta cuando ambas coinciden en los elementos que se seleccionan para su consideración. Inicialmente estos autores señalaron dos de estos elementos: el objetivo y la acción.

El postulado central de Fishbein y Ajzen (1975) es que no parece lógico medir la actitud hacia un objeto y pretender que sirva para pronosticar la conducta en relación con un objeto diferente. Los mismos autores ampliaron la noción de correspondencia hasta llegar a la formulación del «principio de compatibilidad» entre las mediciones de la actitud y de la conducta. En concreto, cuando lo que se intenta es pronosticar una conducta a partir de una actitud, son cuatro los elementos que interesan o suelen interesar: la «conducta», el «objeto blanco» hacia el que se dirige la conducta, la «situación» en la que se va a realizar la conducta, y el «momento temporal» en el que se va a realizar la conducta.

El principio de compatibilidad consiste, simplemente, en llamar la atención sobre un hecho que resulta crucial para comprender la relación que existe entre actitud y conducta, pero que, pese a ello, se tiende a pasar por alto. El hecho en cuestión es que cualquier conducta admite hasta cinco niveles de especificidad situacional. En consecuencia, resulta necesario tener en cuenta el nivel al que queremos pronosticar la conducta para medir la actitud en ese mismo nivel.

2.5. RELACIÓN DE LA ACTITUD Y LO SOCIAL

Frecuentemente alardeamos de ser personas que ejercemos nuestra autonomía y que elegimos entre alternativas con la máxima racionalidad, pero lo cierto es que un día u otro todos llegamos a sorprendernos complaciendo a una autoridad, guiándonos por un afecto que sentimos por otra persona, siendo esclavos de una moda o ajustando las premisas a la conclusión: la influencia social está presente en todas las esferas de nuestra vida. Mediante su estudio se intenta comprender cómo se modifican la percepción, los juicios y las opiniones, las actitudes, las intenciones o los comportamientos de una persona por el mero hecho de relacionarse con otra persona, grupos, instituciones o con la sociedad. El cómo, el porqué y el para qué de este fenómeno forman parte del núcleo de la psicología social, y sin la menor duda, constituyen su enigma estelar (Moscovici, 1985).

Las investigaciones sobre la influencia social más sistemática se inician de los trabajos sobre la normalidad emprendidos por Sherif (1935). Y se abre una nueva percepción en la década de los años cincuenta con los trabajos de Solomon E. Asch (1956) sobre

conformismo. A finales de los años sesenta, Moscovici nos hizo ver la necesidad de estudiar también la innovación social. Así pues, son tres las grandes modalidades de influencia hasta hoy estudiadas (Moscovici y Faucheux, 1972): la normalización, el conformismo y la innovación.

Esta última, la innovación, se refiere al proceso de creación de nuevas normas con el fin de reemplazar las ya existentes. Aunque el proceso de innovación puede venir «desde arriba», como obra de los que poseen crédito, poder y autoridad para imponerla (Hollander, 1958), lo más frecuente es que proceda de individuos o grupos minoritarios que carezcan de toda competencia social (Moscovici, 1976; Mugny, 1981).

Desde la modalidad de la normalización se aborda el estudio de los procesos de influencia recíproca cuando ninguna de las dos partes de la interacción dispone de un juicio o norma previa, cuando se carece de todo marco de referencia (por ejemplo, por tratarse de un objeto de juicio nuevo). Sherif (1935) deseaba estudiar la evolución de los juicios en situaciones nuevas donde los individuos no tuvieran ningún marco de referencia. Para ello recurrió a un fenómeno muy simple y conocido: el llamado efecto autocinético.

Pero ¿qué efecto ejercen las otras personas sobre la elaboración de esos marcos de referencia? En otras palabras, ¿cómo opera la influencia? Para contestar a esta pregunta, Sherif (1935) estudió dos situaciones de grupo. En unas condiciones los sujetos elaboraban primero sus normas individuales y después entraban en interacción con otros dos o tres individuos que tenían normas diferentes. En otras condiciones puso juntos, de entrada, a dos o tres individuos que no tenían elaborada una norma individual. En las dos condiciones se observó el llamado efecto de normalización o de convergencia interindividual, aunque de forma más marcada cuando los individuos abordaban la situación sin haber elaborado antes su norma individual. Es decir, juntos, los individuos apenas tardaban en establecer una norma y ponerla en funcionamiento: definían un valor central y los márgenes de variación de los juicios. Por lo demás, cuando se desintegraban los grupos y se volvían a examinar todos los sujetos de forma individual, sistemáticamente se observaba que seguían fieles a la norma elaborada antes en el grupo, es decir, el individuo había interiorizado la norma elaborada colectivamente.

Resumiendo, el individuo percibe un objeto comparándolo con un marco de referencia. A veces este marco de referencia lo da la situación (por ejemplo, las dimensiones de la habitación, si esta hubiera estado iluminada) y a veces no. En este último caso el campo de estimulación resulta impreciso o mal estructurado y el individuo se ve ante la necesidad de elaborar su propio marco interno de referencia.

Pero ¿por qué los sujetos se dejan influir por otros en esas situaciones y manifiestan una convergencia? Sherif (1935) no da una respuesta explícita, apoyándose en el principio psicológico que interviene en las situaciones individuales y que en las de grupo es el mismo: en ambos casos se tiende hacia un valor estándar.

Pero Allport (1924) fue más ambiciosa en sus estudios, los basó sobre moderación de los juicios en situación de copresencia, en la cual el individuo trata de evitar el desacuerdo con el otro, dado que le generaría una inseguridad en sus juicios, y por otra parte, el individuo se guía por la suposición de que cuanto más extremos sean sus juicios, más probabilidad habrá de que se dé un desacuerdo, llegando a una convergencia en un valor central.

Muy próximos a Allport están Moscovici y Ricateau (1972), para los cuales la característica principal del paradigma autocinético es la falta de implicación del sujeto (le daría igual emitir un juicio que otro), por lo que lo más importante para él sería simplemente evitar entrar en conflicto con el otro. Los sujetos establecerían de ese modo una serie de transacciones no tanto orientadas a incrementar el consenso, el acuerdo o la convergencia, sino fundamentalmente para salir de la divergencia y evitar la discrepancia entre los juicios.

Podemos decir que encontramos dos mecanismos en la influencia. Según el primero, las respuestas del otro influyen en los juicios del sujeto porque definen un marco de referencia que el sujeto parece hacer suyo sin darse mucha cuenta de ello. Interiorizando este marco de referencia, los juicios posteriores serán influidos por él. En este caso, el otro (individuo o grupo) no ejerce su influencia directamente sobre la respuesta concreta del sujeto, sino sobre el marco de referencia, el cual influye a su vez en las respuestas. Un segundo mecanismo prescinde del valor informativo de la respuesta del otro y se centra en las relaciones que se quieren establecer con él. Estas parecen estar basadas en

una serie de normas sociales que trascienden la habitación donde se crea el efecto autocinético. Consisten, concretamente, en un conjunto de expectativas comunes a los miembros del grupo, que les indican que, al interactuar con otro, deben buscar en la medida de lo posible el consenso, realizar las concesiones necesarias para negociar los desacuerdos y, en definitiva, evitar la creación de conflictos mediante compromisos mutuos. No cabe la menor duda de que estas dos explicaciones son complementarias. No obstante, la influencia puede depender también de otros mecanismos no menos estudiados, como son la atracción y el poder de la fuente.

La complejidad del proceso de influencia social no nos permite quedarnos con un solo enfoque ni excluir el resto. En este campo son necesarios varios niveles de análisis (Mugny y Doise, 1979) donde se articulen necesidades y funcionamiento intraindividuales, relaciones interindividuales, posiciones sociales e intergrupales y las representaciones sociales de la influencia.

2.6. ESTIGMA

El origen de la palabra viene del griego y significa «atravesar, hacer un agujero». El término fue creado para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba, como en los esclavos y en los ladrones, a quienes se les estigmatizaba con hierros candentes para posibilitar su reconocimiento en el futuro (AMP, 1996).

Al término en el cristianismo se agregaron dos sentidos metafóricos, «el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esa alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física» (Goffman, 1964).

El *Webster's New Twentieth Century Dictionary* (1983) define *estigma* como «algo que desvirtúa el carácter o reputación de una persona, grupo, etc., es una marca o señal de vergüenza o reproche que indica que algo no es considerado normal o patrón» (Phelan y Link, 1998).

En el *Diccionario Ideológico de la Lengua Española*, *estigma* está conceptualizado como «deshonra, mala fama», donde la palabra *honra* se explicaba como «estigma y respeto de la dignidad propia; decoro, pundonor», y también como «buena fama, adquirida por la virtud y el mérito» (Casares, 1992). Las dos definiciones dejan claro que la sociedad percibe determinadas señales en algunos de sus individuos que los diferencian de los demás, y atribuyen a esta diferencia unas cualidades negativas desde el punto de vista moral.

O como lo define el *Diccionario de Sociología* (1988): «Estigma es, pues, la marca, señal o signo con los que el grupo de poder define al desviado [...] La estigmatización tiene un carácter originariamente moral, pero con consecuencias sociopolíticas: identificar el grupo segregado con el estigma mismo», donde determinadas características revelan una relación de poder.

Coinciden en que el estigma se refiere a algunas características que poseen ciertas personas o grupos que los diferencian de los demás y que son juzgadas por la sociedad, en general, como negativas. Este juicio frecuentemente es de orden moral y varía en el tiempo y según la cultura de cada lugar (Goffman, 1964).

Existen diferentes tipos de estigmas, los relacionados con deformidades físicas o ciertas enfermedades, que se manifiestan con alteraciones de la conducta social, así como otros estigmas sociales vinculados a la raza, a la religión o la clase social. Para este investigador, el hecho de que el enfermo mental esté estigmatizado se debe al reconocimiento público de la enfermedad, que se confirma con el diagnóstico psiquiátrico, iniciándose la llamada «carrera moral», la cual conlleva una aceptación formal de la despersonalización del enfermo, al tiempo que queda justificada su exclusión de la vida social y le da soporte moral a su incapacidad como persona (Goffman, 1964, 1990).

Stangor et al. (2000) indican que la teoría que más avances ha logrado sobre cómo se desarrolla el estigma es la que afirma que es necesario que tres componentes estén presentes: función, percepción y participación social. Esa teoría dice que un «impulso funcional» original es acentuado por la percepción y consolidado por la información compartida socialmente.

Se comparte el estigma cuando proviene de la sociedad que crea, aprueba y mantiene las actitudes y los comportamientos estigmatizantes. Stangor et al. (2000) afirman que es muy probable que el inicio de este «impulso funcional» esté relacionado con el objeto de evitar una amenaza a sí mismo. Una percepción inicial de amenaza, real o simbólica, es distorsionada amplificando las diferencias grupales y que finalmente se apoyan en la opinión general de amenaza.

Un individuo o grupo con determinadas características que son juzgadas como negativas de una forma casi automática pasan a ser vistos como personas despreciadas o perjudiciales para esta sociedad. Cuando las características observadas como diferenciadas son consideradas positivas por el colectivo, entonces generalmente no se habla de estigma y sí de «modelo a ser seguido». En las sociedades occidentales actuales, por ejemplo, puede ser un estigma el hecho de tener sobrepeso, y por otro lado puede ser un modelo a seguir, para las mujeres sobre todo, estar delgada y morena en verano.

Las características que pueden ser un estigma para quien las posee son cosas tan variadas como pertenecer a una determinada religión, el color de la piel, el sexo, el origen social o una enfermedad.

Foucault (1964) relata que los leprosos fueron, hasta el final de la Edad Media, los marginados sociales y estigmatizados en función de las marcas de su enfermedad, pero la sociedad tras la desaparición de la lepra desplazó hacia la enfermedad mental la encarnación del mal y la política de exclusión. Este autor habla de cómo las marcas visibles tanto de la lepra como de la sífilis, así como las señales invisibles de la locura, fueron sistemáticamente encaradas por la sociedad medieval como motivo de exclusión social y encierro.

Según la definición de Goffman (1964), el término *estigma* significa «un atributo profundamente desprestigioso», y que transforma al portador «de una persona normal y corriente para reducirlo a alguien deshonroso y menospreciado», o «simplemente extraños a las personas que lo identifican». «[...] el extraño [...] puede ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de las categorías de persona a las

que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible —en caso extremo, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil».

Definiciones posteriores a Goffman, como la de Stafford y Scott (1986), proponen que el estigma «es una característica de personas que son contrarias a las normas y a la unidad social», definiendo «normal» como «las creencias compartidas de cómo una persona debería comportarse en un determinado camino y por un cierto tiempo». Ya a finales del siglo XX, Crocker y Major (1998) apuntaron que «personas estigmatizadas poseen (o creen poseer) algún atributo o característica que expresan una identidad social menospreciada en contextos sociales particulares». Pero la definición de Jones et al. (1984), basada también en las ideas de Goffman, sugiere que el estigma parece ser una relación entre atributo y estereotipo, o sea, el estigma es una marca o una señal, que sería el atributo, el cual está relacionado con características indeseables, los estereotipos (Link y Phelan, 2001).

Para Weiss y Ramakrishna (2001), el estigma queda definido como un proceso social o experiencia personal caracterizado por la exclusión, el rechazo, la vergüenza o la devaluación debida a la experiencia o anticipación de un juicio social adverso de la persona o grupo social. El juicio se basa en una característica duradera de la identidad conferida por un problema de salud, y es, según el punto de vista médico, desde una forma esencial, injusta.

Link et al. (1997 y 2001) ponen de manifiesto que se pueden señalar como componentes de la estigmatización los siguientes apartados:

- proceso social por el que se identifican ciertas diferencias y se les etiqueta con un nombre;
- creencias dominantes en la cultura que vinculan a los individuos así etiquetados a una serie de características negativas que conforman un estereotipo no deseado socialmente;
- separación de la persona etiquetada como categoría social aparte;
- pérdida de derechos y discriminación que llevan a que la persona etiquetada tenga un nivel de vida más bajo, debido al rechazo, devaluación y exclusión social; y
- que la estigmatización se mantenga, debido a que el que estigmatiza tenga alto poder social, económico o político.

Pero los autores Link y Phelan (2001) proponen que como mejor se describe el estigma es haciendo referencia a las relaciones entre un conjunto de conceptos. Según su teoría solo existe estigma cuando convergen estos componentes interrelacionados. En el primer componente las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. En el segundo, las creencias de la cultura dominante ligan a las personas etiquetadas con características indeseables, o mejor dicho, a estereotipos negativos. En el tercero, las personas etiquetadas son puestas en distintas categorías para lograr algunos niveles de separación entre *nosotros* y *ellos*. En el cuarto, las personas rotuladas experimentan la pérdida de estatus social y la discriminación, que llevan a consecuencias desiguales. Por lo tanto, para los autores la estigmatización depende totalmente de poder acceder a la sociedad y al poder económico y político, que permite: 1) la identificación de las diferencias; 2) la construcción de los estereotipos; 3) la separación de las personas etiquetadas en diferentes categorías; y 4) la total ejecución de actitudes de desaprobación, discriminación, rechazo y exclusión.

2.7. DISCAPACITADOS – DISCRIMINACIÓN

El área de las actitudes hacia las personas con discapacidades ha llegado a convertirse en un enfoque para la investigación. Livneh (1982) informó de que algunos investigadores fueron un paso más hacia delante buscando una causa específica para las actitudes negativas hacia la discapacidad. Posteriormente, una serie de trabajos empíricos se ha enfocado con la meta de causas específicas o una base de raíz para las actitudes negativas hacia personas con discapacidades (Livneh, 1982).

De acuerdo con Nagler (1993), el proceso de formación de las actitudes hacia las personas con discapacidades está relacionado con prejuicios, estereotipos y estigma. Pero es curioso que, durante el periodo de tiempo en el que se llevó a cabo la mayor parte de la investigación sobre el desarrollo de teorías de actitud, un grupo de población que fue en su mayor parte ignorado fue la gente con discapacidades (Makas, 1993). El trabajo sobre actitudes hacia gente con discapacidades parece no haber empezado hasta después de que se aprobaran las leyes sobre derechos de discapacitados a principios de los setenta (Nagler, 1993).

Además, gran parte del trabajo anterior estaba enfocado en las relaciones entre contacto (con personas no discapacitadas) y reacción. Otros, como Rabkin (1975), apuntaban a las raíces percibidas de actitudes con prejuicio hacia los discapacitados, desarrollando sistemas de clasificación. Gellman (1959) percibió las raíces de las actitudes con prejuicio clasificándolas en las siguientes categorías: 1) normas y costumbres sociales; 2) prácticas de crianza de los niños; 3) reaparición de los miedos de la infancia en situaciones que producen ansiedad/frustración; y 4) comportamiento discriminatorio-provocativo por personas con discapacidades. En cambio, Rabkin (1975) desarrolló un sistema de clasificación cuádruple que categorizó de la siguiente manera: 1) factores psicodinámicos; 2) factores situacionales; 3) factores socioculturales; y 4) factores históricos. Estos y otros modelos contribuyeron a un creciente enfoque hacia la formación de la actitud en el área de las actitudes hacia personas con discapacidades.

Los resultados de investigación de diversos estudios como los de Heinemann, Pellander, Vogelbusch y Wojtek (1981) y Yunker, Block y Young (1966) demostraron una relación entre el grado de contacto o proximidad a personas con discapacidad y actitudes hacia ellas. El término *contacto* puede ser definido estrechamente como una situación en la que la interacción ya ha tenido lugar entre personas discapacitadas y personas no discapacitadas (Makas, 1993). Makas continuaba determinando el defecto en las investigaciones anteriores sobre personas con discapacidades, para él era la falta de una clara definición de *contacto* así como el descuido de los investigadores hacia los factores asociados al contacto. Para desarrollar un completo entendimiento del impacto de contacto entre personas discapacitadas y no discapacitadas, el tipo de contacto necesita ser definido claramente. Por ello, Makas (1989) revisó estudios que intentaban evaluar la relación entre contacto y actitud y descubrió que la mayoría de las preguntas sobre contacto eran primitivas y basadas en asunciones *a priori*.

El contacto ha sido reconocido como una poderosa influencia sobre la formación de la actitud, y los altos niveles de contacto se asocian generalmente a actitudes positivas. Sin embargo, el contacto no es necesariamente positivo en y por sí mismo. De hecho, un número de estudios sugieren que un contacto no guiado con personas con discapacidades no ha resultado en un cambio de actitud ni en actitudes negativas (Gething, 1982; Lyons y Haynes, 1993). Una explicación para la relación entre el contacto con gente con discapacidades y la formación de la actitud es un concepto

llamado «individualización dentro del grupo y estereotipo de los miembros de fuera del grupo» (Makas, 1993, p. 129). Makas expuso la idea de que las actitudes negativas pueden resultar de correlaciones ilusorias entre personas y comportamientos pervertidos (p. 129). Además, describió el concepto de individualización dentro del grupo de la siguiente manera (Makas, 1993, p.129):

Los individuos buscan aumentar la identificación con su propio grupo y distanciarse de los otros grupos. Este comportamiento inconsciente puede conducir a contrastar y asimilar prejuicios en el proceso cognitivo en el que la gente no reconoce las diferencias que existen entre los grupos. El contraste y la asimilación de prejuicios trabajan juntos para permitir a un individuo hacer más fuertes sus sentimientos de cohesividad con el grupo y distanciarse del grupo de fuera.

Llevando este concepto un paso más allá, otra investigación (Wills, 1978) descubrió que los profesionales (como por ejemplo trabajadores sociales, asesores rehabilitadores o profesionales médicos) tienen contrastes obvios y prejuicios de asimilación hacia sus clientes. Wills informó de que una gran mayoría de estudios sobre este tema (como por ejemplo Elliott, 1990, y Yuker, 1988) descubrió que los profesionales sostienen más actitudes negativas hacia la gente con discapacidades que el público en general. Wills atribuye este descubrimiento a la necesidad de los servicios de proveedores de percibir dos grupos totalmente separados —los asistentes y los clientes— para asegurar la cohesividad de su propio grupo (los proveedores de servicios) (p. 129).

Livneh (1982) describe un origen más complejo de las actitudes negativas hacia personas con discapacidades. De acuerdo con Livneh (1982), las fuentes de actitudes negativas hacia personas con discapacidades suceden a lo largo de seis dimensiones que incluyen psicológica-sociocultural, cognitiva-afectiva, consciente-inconsciente, experiencia pasada-situación actual, originada internamente-originada externamente, teórica-empírica. Los ejemplos de la dimensión sociocultural incluyen percepciones del cuerpo físico, la apariencia personal, los logros personales y la productividad en el empleo. Pero Livneh (1982) afirma que el mayor factor para la dimensión sociocultural es «la degradación del estatus por ser discapacitado» (p. 36). La degradación del estatus es representada la mayoría de las veces por el estigma de tener una discapacidad y ser tratado como un extraño. En contra de la dimensión sociocultural están las

características típicamente utilizadas para describir la dimensión psicológica. Ejemplos de la dimensión sociocultural incluyen la asociación de muchos atributos negativos sin relación a una persona que tiene una característica de discapacidad mental o física específica. La dimensión psicosocial debe incluir también las asociaciones relacionadas con las expectativas de una persona sin discapacidades de que una persona con discapacidades lamenta la pérdida de una función corporal o una parte para salvaguardar sus propios valores (de los no discapacitados) sobre la importancia de un funcionamiento completo del cuerpo (Livneh, 1982). Sin embargo, la área más investigada en esta dimensión es la percepción sostenida por la gente no discapacitada de que una discapacidad es una forma de castigo por pecados personales o ancestrales y transgresiones, de este modo asociando la responsabilidad con la discapacidad (Livneh, 1982).

La dimensión afectiva-cognitiva es otra área de teoría de la formación de la actitud que ha sido fuertemente investigada. El dominio afectivo está caracterizado como los sentimientos emocionales de ansiedad y culpa experimentados por las personas no discapacitadas cuando están ante la presencia de personas con discapacidades mentales o físicas. De acuerdo con Livneh (1982), estas reacciones emocionales tienden a ser aversiones estéticas en la visión de ciertas deformidades corporales o en la observación de comportamientos extraños. Livneh (1982) sigue afirmando que la fuente más frecuentemente citada es la amenaza a la imagen corporal intacta de uno mismo ante la presencia de una persona discapacitada (p. 39). Por otra parte, los aspectos cognitivos de esta dimensión incluyen un trastorno en las normas sociales de interacción entre personas no discapacitadas y personas discapacitadas y aspectos presentes típicos de una fértil oportunidad para todo tipo de ideas equivocadas, creencias y preocupaciones. Livneh (1982) afirma que la no familiaridad y el trastorno a menudo conducen a evitar o huir de la situación (p. 39).

Mientras que los seis dominios tienen influencia significativa en el desarrollo de las actitudes hacia los discapacitados, las cuatro dimensiones restantes del modelo de Livneh (1982) pueden resumirse de la siguiente manera:

- consciencia-inconsciencia: pleno conocimiento de las actitudes, asociando la responsabilidad personal versus las experiencias de la infancia, prácticas con que se ha criado, amenazas a la imagen corporal;

- experiencia pasada-situación presente: experiencia negativa específica, creencias sociales/morales versus ambivalencia desencadenada por conflictos de simpatía y aversión hacia la persona discapacitada;
- originadas internamente-originadas externamente: variables de actitud demográfica y de personalidad versus comportamientos provocadores de prejuicios por personas con discapacidades; y
- fuentes teóricas-fuentes empíricas: la mayoría de los determinantes para las actitudes negativas versus el crecimiento del cuerpo de la evidencia de investigación que asocia las actitudes negativas y las variables situacionales y personales (pp. 38-45).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO 3. ESTIGMA HACIA LA PSIQUIATRÍA

3.1. HISTORIA DEL ESTIGMA HACIA LA PSIQUIATRÍA

No es ningún secreto que el término *loco* ha sido empleado de manera descriptiva en nuestra civilización desde tiempos inmemoriales, mostrando el rechazo que estos padecían.

Quizá para comprender por qué el imaginario social vigente continúa lleno de miedos y desconfianzas hacia las personas con enfermedades mentales sea necesaria una mirada retrospectiva a la historia. Es posible que factores históricos expliquen, en cierta medida, cómo las transformaciones sociales y el desarrollo económico fueron cambiando los valores morales, de forma que se creara y ampliara el estigma hacia esas personas.

Aunque no se conozca en profundidad la historia de la locura en culturas orientales, o más primitivas, como las tribus africanas o poblaciones amerindias, es sabido en Occidente que las personas con trastornos mentales han sufrido durante siglos el estigma asociado a su enfermedad, pero la marginación y la discriminación se acentuaron mucho, principalmente en Europa, a finales de la Edad Media.

Efectivamente, las primeras instituciones de atención a la salud mental y otras discapacidades aparecieron en el mundo islámico en el siglo X. En España, en la Granada árabe (1367), surgió la primera institución de Europa creada específicamente para tratar a personas con trastornos mentales, los Maristanes. La atención estaba fuertemente basada en la religión, y aunque las creencias islámicas no estuviesen totalmente desprovistas de estigmas, visto que afirmaban la imposibilidad de que enfermos mentales e inválidos en general llegasen al Cielo, la asistencia era considerada «una obligación religiosa caritativa».

El primer hospital psiquiátrico del mundo fue construido en España (Valencia) en el año 1410 por iniciativa de fray Juan Gilabert Jofré, que, apoyado por mercaderes ricos, encontró la buena acogida y la adopción del proyecto por el Rey de Valencia, Don

Martín el Humano (Testor y López, 1966). A partir de entonces, durante los siglos XVI y XVII, se propagaron los manicomios por toda Europa.

Los hospitales en general y también los manicomios eran mantenidos por la Iglesia, como demostración de caridad para con el prójimo y para atender a la sociedad en sus necesidades humanas de encarnación-exclusión del malo y del miedo. La existencia de ciertas enfermedades como la lepra y la locura significaba las manifestaciones de Dios; «puesto que es la marca, a la vez, de la cólera y de la bondad divina» (Foucault, 1964). En aquel entonces excluir a los enfermos de la comunidad era comprendido como un acto de caridad (pues podrían expiar sus pecados) y de obediencia a la voluntad de Dios. Así, también la Iglesia tuvo su papel en la construcción del estigma de la locura en el imaginario social.

Quizá el «gran encierro», el encarcelamiento vitalicio y entonces irrevocable, que ocurrió al final de la Edad Media, haya sido la expresión más contundente de la discriminación sufrida por las personas con enfermedades mentales. Desde entonces tanto la enfermedad mental como las personas que la sufren están asociadas a las ideas de peligrosidad, suscitan miedo, desconfianza y actitudes de rechazo.

Movimientos sociales, como la Reforma de Lutero, el Renacimiento o la Ilustración, llevaron a la Iglesia a la pérdida del control que tenía sobre los conocimientos, dando libertad para que el pensamiento médico volviera al racionalismo. También la Revolución Francesa vino con la intención de planear un estrepitoso no a todas las formas de abuso a las que se había llegado en términos de cantidad de encarcelados, proclamando libertad, fraternidad e igualdad, pero se encontró con la imposibilidad de ofrecer esos ideales a todos indistintamente. Así, fueron los locos los escogidos para quedar encerrados, porque se creía que suponían un peligro para el conjunto de la sociedad y porque no utilizaban la razón como los demás. Además, eran personas que se consideraban inútiles al sistema capitalista tal como nacía.

Con Pinel, en Francia, las cuestiones referentes a la locura cambiaron al ámbito de la medicina y los locos fueron transformados en objeto de una nueva ciencia. Fue incluso una idea nueva para la época, sobrevenida del desarrollo de la ciencia médica, el hecho de conceptualizar la locura como enfermedad y no más como proceso de origen

sobrenatural. Concibiéndola de esta nueva manera, el tratamiento propuesto fue una «mezcla compleja de trabajo, hábitos saludables, autoridad del terapeuta, etc.», conocida como «tratamiento moral» (Aguilar y Paredes, 1999). En España, la laborterapia fue instituida en 1615, en el hospital psiquiátrico de Zaragoza, y admirada por el propio Pinel cuando visitó este centro (Testor y López, 1966).

Toda la ciencia y teoría psiquiátrica, así como las disciplinas y prácticas desarrolladas por ella, se construyeron dentro de los altos muros y de las puertas cerradas de las instituciones. Para estudiar exhaustiva y profundamente el *objeto* de su ciencia se ha justificado que era necesario el aislamiento, reforzando en la población la idea de que si alguien necesitaba de muros tan altos, ventanas con rejas y puertas tan bien cerradas, seguramente debería ser alguna clase de ser humano distinto, más peligroso y agresivo. El manicomio o el hospital psiquiátrico fueron durante mucho tiempo «la figura central de la psiquiatría» (Galende, 1994).

Durante el siglo XIX, la sociedad laica, es decir, las administraciones públicas, fueron tomando el relevo en la asistencia. La mentalidad científica de esa época, fuertemente influenciada por el positivismo, hizo que la psiquiatría adoptase una concepción organicista de la enfermedad mental, comprendiéndola como una enfermedad cerebral, donde las causas naturales de las enfermedades, en psiquiatría, sólo resultaron en diferentes descripciones y clasificaciones, sin llegar hasta hoy a la causa o causas, absolutamente consensuadas científicamente (Galende, 1985).

Los hospitales psiquiátricos se fueron deteriorando progresivamente, el tratamiento moral fue abandonado y se transformaron poco a poco en asilos de custodia. El encarcelamiento era considerado un bien para el enfermo, pues de ello dependía su tratamiento, y la pérdida de sus derechos civiles era vista como protección de sus bienes materiales.

A principios del siglo XX aparece el psicoanálisis. Las relaciones interpersonales y las problemáticas subjetivas son revalorizadas. Una figura importante de esa época fue Adolph Meyer, por ser uno de los que más influyeron en las reformas norteamericanas del inicio del siglo. Dirigió el Instituto Psiquiátrico de Nueva York, fundó la Asociación Psicoanalítica Americana e hizo uno de los primeros trabajos con la comunidad.

También apoyó a Clifford Beer, un exinternado en hospital psiquiátrico, en la creación del movimiento de higiene mental, en 1910, denunciando las formas poco saludables con que se trataba a los enfermos en las instituciones existentes y proponiendo otras formas de asistencia que fuesen más abiertas y con énfasis en la prevención. La teoría de Jaspers y tres nuevos enfoques, psicopatología, filosofía y sociología, también influyeron fuertemente en las concepciones vigentes hasta entonces, iniciando las críticas a la psiquiatría positivista predominante en los hospitales psiquiátricos.

Aparentemente después de dos guerras mundiales tan destructivas como causantes de transformaciones políticas, las personas han podido percibir la fragilidad de la vida y, por lo tanto, su importancia, además de valorar mejor al ser humano. La lucha por los derechos humanos en la posguerra, incluidas las declaraciones de Naciones Unidas, impulsó los profundos cambios en la atención a la salud mental.

En Reino Unido, Maxwell Jones, Martín y otros iniciaron las comunidades terapéuticas, y después, poco a poco, los grandes hospitales psiquiátricos fueron cerrando o se vieron reducidos en su tamaño al paso que se incrementaban los servicios en la comunidad (Galende, 1994).

En EE UU, en el año 1963, fue promulgada la Ley Kennedy, que creó centros comunitarios de salud mental, los cuales prestaban cinco formas de atención: hospitalización, tratamiento ambulatorio, urgencia, hospital de día y de noche y consultas/educación (Galende, 1994). Esas modificaciones en el sistema de atención a la salud mental en EE UU también influyeron en los cambios en muchos otros países, aunque el siguiente presidente, Nixon, tratara de cerrar estos dispositivos por falta de presupuesto.

En el marco de las corrientes contraculturales aparecieron nuevos movimientos que cuestionaban las instituciones psiquiátricas y luchaban contra el estigma de la locura, entre ellos la antipsiquiatría. Cooper y Laing, en Reino Unido, y SAS, en Estados Unidos, criticaron no solo la psiquiatría tradicional sino la actitud de las familias de las personas con trastornos mentales y todo el sistema. También Caparrós (1973), en España, hizo críticas a las familias en la misma línea de Laing y Cooper. Estos autores consideraban los manicomios como formas de represión social, y basándose en estas

ideas aparecieron, además de las ya citadas comunidades terapéuticas, las *open clinics* y algunos servicios en la comunidad especializados en la atención de problemas específicos, como la drogadicción, el alcoholismo y los hogares de prevención para niños.

Cuando comenzaron los movimientos de reforma psiquiátrica y de transformación en el modelo de atención, los hospitales psiquiátricos eran considerados iatrogénicos, como consecuencia de la imagen negativa de sí mismos que transmitían a los individuos allí internados y que producía un síndrome de adaptación al establecimiento y de desadaptación a la sociedad (Aguilar y Paredes, 1999). También ya era conocido que el hecho de padecer una enfermedad mental y, sobre todo, el llegar a la internación en el hospital psiquiátrico era un estigma para la mayor parte de la gente porque afectaba a su imagen pública y se convertía en un motivo de vergüenza íntima (Levinson y Gallagher, 1964).

En Italia la reforma psiquiátrica fue apoyada por la administración. En Trieste, Franco Basaglia propuso el cierre de los hospitales psiquiátricos y con esta finalidad se aprobó la Ley 80/1978. En muchos países de Europa los hospitales psiquiátricos fueron cerrados progresivamente y sustituidos por redes comunitarias de atención a la salud mental. Cada país desarrolló sistemas más o menos complejos, integrando o no la asistencia social, para atender a las necesidades y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales que pasaron a vivir en la comunidad.

También contribuyó decisivamente a la desinstitutionalización de la asistencia a personas con trastornos mentales el desarrollo de la farmacología y la aparición de neurolépticos, antidepresivos y benzodiazepinas.

Sin duda, un factor importante del impulso a la reforma psiquiátrica en todo el mundo fue el económico, además del político. Durante los años setenta el número de personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos era muy grande, y los costos eran elevados, lo que requería más intervención y la búsqueda de sistemas alternativos a la hospitalización.

En los ochenta, países que ya llevaban algunos años de reforma psiquiátrica, como Reino Unido y EE UU, comenzaron a evaluar los servicios comunitarios de salud mental. Los estudios de Stein-Test y Weisbrod (1980), Knapp (1990) y Thornicroft (1993; 1996) comprobaron no solo la efectividad sino también el menor coste de la asistencia en la comunidad, dando impulso a que otros países se adhiriesen a la reforma (Knapp et al, 1997).

En España, la reforma psiquiátrica comenzó tras las primeras elecciones democráticas a las administraciones locales de 1979. Algunas provincias, siguiendo las nuevas corrientes, comenzaron las transformaciones de los hospitales psiquiátricos que eran propiedad de las diputaciones (Torres-González, 2001). El modelo, como en los demás países, abogaba por una atención comunitaria que fuese alternativa al hospital psiquiátrico, pero que contemplara estructuras intermedias, interconectadas, desarrollando programas de rehabilitación y reintegración conjuntamente con los servicios sociales (Desviat, 1994).

Las reformas en la asistencia a la salud mental contaron en sus comienzos con la opinión pública favorable. Por ejemplo, en España todo el proceso fue apoyado por resultados de encuestas de opinión pública, que demostraron cómo la sociedad concordaba con los ideales reformistas y percibía los hospitales tradicionales como sitios inadecuados para la atención de las personas con trastornos mentales (IASAM, 1989). Pero aunque la sociedad de esta época estuviese de acuerdo en que la asistencia en la comunidad era más digna y más respetuosa con las personas con trastornos mentales, quizá no fuese totalmente consciente de su nuevo papel en la ayuda a la reintegración social de estas personas, tampoco las familias eran conscientes de las exigencias en términos de cuidados e incluso de la carga que pasarían a soportar, sobre todo al no desarrollarse los servicios comunitarios de salud mental tal como inicialmente se plantearon.

Considerando cómo las instituciones sociales con más poder y fuerza sobre la opinión pública fueron responsables de reforzar en el imaginario social las ideas de peligrosidad asociadas a las enfermedades mentales, es posible concluir que cambiar las opiniones de la población, los miedos engendrados durante años y las actitudes desarrolladas no es tarea fácil.

Sin embargo, muchos siglos después nos encontramos, si no en los mismos, en parecidos términos respecto a algunos de los perímetros que afectan a la salud mental. Tradicionalmente y en boca de Barona, dos son los factores determinantes de la imagen social de la enfermedad: primero, la relación entre la locura y exclusión social, y en segundo lugar, el estigma de la trasgresión y el pecado que se atribuía a la enfermedad mental (Barona, 2000). Esta imagen social, unida a la falta de objetividad de las enfermedades mentales consideradas desde una lógica científico-natural o biológica, contribuye a que la carga cultural sea todavía más fuerte (Douglas, 1991; Bonal, 1991; Oeset, 1983).

Alberdi y Vasco (1994) y Cerdá y Duperval (1987) realizan un recuento histórico del significado de lo mental o lo psicológico desde diferentes perspectivas, revisando el concepto de lo social y su relación con el proceso de enfermar, para señalar cómo, a pesar de los avances, seguimos presos del dualismo según el cual lo espiritual o psíquico pertenece a una esfera diferente a lo biológico.

3.2. ESTIGMA HACIA LA PSIQUIATRÍA DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

Desde la Segunda Guerra Mundial, en paralelo al movimiento de salud mental, el concepto de *actitud* se tornó muy importante en la investigación social a la hora de describir los prejuicios existentes hacia los grupos marginales (incluidos los enfermos mentales) y los mecanismos que pueden estabilizar los sistemas sociales (Hillert, Sandmann, Ehmig, Wisbecker, Kepplinger y Benkert, 1999).

Desde los años sesenta, y antes, un gran número de investigaciones documentaron la estigmatización y las consecuencias negativas para las personas con enfermedades mentales, tales como Lamy (1966); Tringo (1970); Albrecht et al. (1982); Link (1982 y 1987); Link y Cullen (1983); Link et al. (1987 y 1989); Penn et al. (1994); y Phelan et al. (1998).

En este trabajo trataremos de evaluar el estado actual de los estereotipos sociales asociados con la enfermedad mental y examinaremos las actitudes hacia la psiquiatría en general.

Históricamente las personas que sufren de trastornos mentales son transformadas en objetos depositarios de una serie de fantasías colectivas de la sociedad, y el resultado, en la mayoría de las veces, es el rechazo y su estigmatización (Bertolote, 1995).

Un aspecto relacionado muy de cerca con las actitudes es la «percepción cognitiva» (Hillert et al., 1999), es decir, la concepción que la población tiene de la enfermedad. Pero Ruiz Ruiz (1979) realiza alguna crítica al respecto, señalando que la mayoría de las investigaciones se ha dirigido al componente cognoscitivo de la actitud. Star (1956), en los primeros tiempos de la investigación de las actitudes, halló que tan solo una minoría podría identificar como enfermos mentales a los pacientes mostrados en las viñetas y que los que los identificaban mostraban un rechazo más acentuado. Aunque se hayan obtenido algunos resultados opuestos, los hallazgos de Star fueron replicados varias veces. Hillert et al. (1999) señalan que en las sociedades occidentales las percepciones cognitivas sobre la enfermedad mental varían de un país a otro. Así, personas profanas y pacientes de hospitales psiquiátricos alemanes la consideraban como heredada, perdurable, difícil de curar, y no influida por el esfuerzo personal, mientras que en EE UU tendían a verla como causada por circunstancias difíciles, relativamente curable y capaz de mejorar mediante esfuerzo terapéutico.

Por otra parte, aunque las actitudes públicas se tornan en algunos países un poco menos negativas, los pacientes siguen viviendo en circunstancias precarias a causa de sus síntomas, de la falta de apoyo social y de la pobreza.

Revisiones bibliográficas realizadas de las opiniones y actitudes de la población (Rabkin, 1972, y Kresman y Joy, 1974) concluyen que hay un cierto consenso sobre la negatividad de las actitudes de la población, tanto en términos cognitivos como afectivos y conductuales.

El rechazo hacia el enfermo mental desde las variables sociales fue estudiado por Whattley (1959), citado por Guimón (2001, p. 79), en relación con la edad, la educación, la raza, los ingresos, la profesión y la situación matrimonial. Las actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental, el psiquiatra y la psiquiatría han sido estudiados fundamentalmente en Estados Unidos. En algunos países como Gran Bretaña la actitud hacia el paciente psiquiátrico es más tolerante y comprensiva.

Ruiz Ruiz (1979), en su libro *La imagen de la locura*, hace un resumen crítico de una serie de trabajos desde la Guerra Mundial hasta hoy, de donde se puede concluir que, en líneas generales, las clases sociales altas tienen una mayor comprensión y una actitud más favorable hacia el enfermo mental que las clases medias o bajas. Por otra parte, y como señalan Yllá, Ozamiz y Guimón (1982), no se distingue casi nunca si por las citadas clases sociales altas se refiere a los aspectos económicos o a los culturales, porque no siempre van estos aspectos paralelamente.

Otros estudios, como los de Corina Stefani (1975) e Insue (1974), apuntan en la misma dirección antes señalada por Ruiz Ruiz.

Pero estudios posteriores refieren que quienes provienen de una clase social más alta y han tenido mayor educación, así como las mujeres, manifiestan mayor aceptación y desarrollan concepciones cercanas a un modelo psicológico-social de la etiología y de la terapéutica, es decir, que la causa de la enfermedad mental procedía de problemas psicológicos y sociales, y por lo tanto el tratamiento debía llegar de las mismas fuentes (Eker y Oner, 1999; Hall, Brockington, Levings y Murphy, 1993).

Es importante destacar que el rechazo social de los enfermos mentales por el público en general influye en la percepción que el paciente psiquiátrico tiene de su propia enfermedad, en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y, en definitiva, en su pronóstico (Hillert et al., 1999).

Se han hecho muchos estudios utilizando los cuestionarios de actitudes (Wolf, Pathare, Craig y Leff, 1996, y Goerg, Fischer, Zbinden y Guimón, 1999) y las viñetas (Bogardus, 1925, y Goffman, 1975) sobre los prejuicios de la población contra la psiquiatría y contra los pacientes mentales. Varios artículos han analizado teorías populares acerca de la enfermedad mental y sus consecuencias en las actitudes públicas hacia los que la padecen (Angermeyer 1996; Angermeyer, 1988; Eker, 1999; y Eskin, 1989). Los resultados muestran relaciones de los prejuicios con determinadas variables socioeconómicas, y ciertas disposiciones psicológicas, con la peligrosidad y el diagnóstico.

En el estudio realizado por Penn et al. (1994) sobre el estigma hacia los individuos con esquizofrenia, los resultados mostraron que los individuos que no tuvieron contacto previo con personas con enfermedad mental las percibían como peligrosas y elegían mantener una gran distancia con los enfermos. En general, el conocimiento de los síntomas asociados con la fase aguda de la esquizofrenia creaba más estigma que las etiquetas de esquizofrenia por sí solas. En contraste, más información sobre personas del grupo diana viviendo en la comunidad después del tratamiento reducía los prejuicios (Penn et al., 1994).

En un segundo estudio realizado por Penn et al., al presentar información sobre la relación entre peligrosidad y enfermedad mental, esta reduce los miedos que la población siente hacia las personas con esquizofrenia, igual que ocurre en relación a otros trastornos psíquicos. El comportamiento violento de personas con esquizofrenia aumenta la percepción de peligrosidad en la población (Penn et al., 1999). De manera que tanto los contactos previos como la información adecuada pueden disminuir la percepción de que los individuos con esquizofrenia son personas violentas o peligrosas. Hay estudios que indican que el componente crítico del estigma es la percepción de los individuos con enfermedades mentales graves como extremadamente peligrosos (AMP, 1996). Resultados muy semejantes fueron hallados en los años noventa por Wolf et al. (1996). Encontraron que el 43% de las personas entrevistadas afirmaban ver a las personas con trastornos mentales como peligrosas, y el resto de los entrevistados, aunque no percibían a los enfermos como peligrosos, revelaron tener miedo de ellos.

Sin embargo, hay investigaciones que afirman que las personas con enfermedades mentales no son más peligrosas que los *sanos* de una misma población, y en su gran mayoría nunca cometen actos violentos (AMP, 1996). Otras afirman que el riesgo de comportamiento violento asociado a los trastornos mentales graves es modesto en relación al mismo riesgo asociado con el sexo, la edad, el nivel educacional y la historia previa de violencia en la población general (Penn et al., 1999). Además, los trastornos mentales son de baja prevalencia, de manera que es bajo el riesgo asociado a ellos.

Son varios los trabajos que han mostrado una actitud negativa y de rechazo por parte del público en general y una presentación desfavorable e incorrecta de la enfermedad mental en los medios de comunicación (Eker y Oner, 1999). Debemos mencionar los

estudios elaborados en 1980 en Gran Bretaña por el Comité Avon de los Médicos Generalistas y en España los de Ruiz (Ruiz y Ruiz, 1970) y Agustín Ozamiz y Luis Ylla (Ylla Segura et al., 1981, 1982), que demostraron que las actitudes de la población hacia la enfermedad mental eran ampliamente negativas.

Los «prejuicios», como actitudes negativas que son, afectan no solo a los pacientes psiquiátricos y a la enfermedad mental, sino también a los tratamientos psiquiátricos y a los cuidadores, como plantea Goffman (1994) en el análisis *Institución total*, y los compara con una de sus manifestaciones sociales, el sanatorio mental. Sin embargo, veremos que las actitudes negativas hacia la enfermedad mental pueden basarse no solo en la ignorancia y en la intolerancia, sino también en factores reales, tales como la carga que el paciente psiquiátrico representa para la comunidad, particularmente para los miembros de la familia y para los profesionales que experimentan el estrés que supone su cuidado.

Los estudios sobre el tema vienen mostrando que las personas, en general, tienen información limitada acerca de los tratamientos mentales, y esto se plantea como una barrera importante que incide en el cambio de actitud del ciudadano común y corriente frente a los mismos (Micklin, 1978).

En su gran mayoría, la gente no hace bien la distinción entre los diferentes trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión y trastorno de pánico) o entre las diferentes medicaciones psicotrópicas que se prescriben (Angermeyer y Matschingr, 1999).

Hillert et al. (1999), en uno de los trabajos más completos, realizaron un estudio en la población alemana y un análisis de la prensa popular para evaluar el conocimiento y las reacciones emocionales acerca de los enfermos mentales y las drogas psicotrópicas en el público en general. Apenas el 25% de los encuestados pudo dar una explicación correcta de la *esquizofrenia* y tan solo un 10% pudo explicar el término *manía* como un tipo de trastorno mental. Menos del 10% de los encuestados admitió haber tenido experiencia de problemas psicológicos graves. Los autores comentan que este conocimiento insuficiente depende de varios factores: estigmatización; información inadecuada dada por los medios de comunicación populares, especialmente las revistas del corazón; ausencia de contacto con enfermos mentales; falta de educación al respecto en las

escuelas, etc. Esta desinformación tiene consecuencias graves (Hillert et al., 1999), dado que un rechazo de los enfermos mentales por parte de la población es un impedimento clave para la rehabilitación de estas personas.

Sólo una minoría de la población general conoce la sintomatología que caracteriza a las principales enfermedades mentales y el resto ve a los pacientes simplemente como personas que tienen problemas, están tristes y necesitan ayuda (Hillert et al., 1999). Del esquizofrénico se piensa que tiene una «personalidad dividida» (Angermeyer y Matschinger, 1999), lo que indica que se confunde esta enfermedad con el llamado trastorno de la personalidad múltiple, seguramente debido al significado en griego de la palabra.

De hecho, parece ser que la discriminación contra los enfermos mentales (la principal consecuencia de los prejuicios) ha sido una constante en todas las sociedades, pero que ha aumentado estos últimos años, pese a que los tratamientos actuales son más eficaces y las leyes ofrecen hoy a estos pacientes una protección más adecuada. Este aumento de actitudes negativas y de exclusión se ha atribuido a varios factores, tales como un umbral de aceptación más bajo, por parte de la clase media, a las conductas socialmente inaceptables (en especial en las grandes ciudades); las dificultades a las que se enfrentan los enfermos mentales a la hora de encontrar trabajo; la imagen negativa transmitida por los medios de comunicación, etc. Ciertamente, la globalización de las costumbres hace la vida más difícil para aquellos que son *diferentes*, y los pacientes mentales presentan una conducta *anormal* con frecuencia fácilmente identificable.

En cuanto a la evolución de las actitudes con el tiempo, Woodward (1961), citado por Guimón (2001, p. 76), encontró una mayor aceptación de la psiquiatría y de los enfermos con el paso del tiempo, en una encuesta en la que se presentaban casos psiquiátricos para medir las actitudes hacia los trastornos psíquicos. El estudio de Jodelet (1989) mostró algunas modificaciones en un pueblo francés donde durante cuatro generaciones una amplia proporción de la población había dispensado asistencia a los enfermos mentales y a sus familiares. Sin embargo, un riguroso estudio reciente de Angermeyer y Matschinger (1999b) muestra que el rechazo de los enfermos mentales, por parte del público alemán, ha permanecido casi sin cambios durante veinte años.

3.3. ESTIGMA HACIA LA PSIQUIATRÍA DE LOS PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE LA SALUD

El conocer las actitudes de los profesionales es también indispensable para predecir la calidad de los servicios comunitarios. Como dicen Eker y Oner (1999), las actitudes de los profesionales pueden tener consecuencias significativas a través del contacto directo con los pacientes, la educación sobre salud mental, la influencia sobre sus estudiantes y la interacción con los políticos.

Varios estudios llevados a cabo en hospitales generales por Ayuso (1973), Díez Manrique (1979) y Díez, Galletero y Calle (1987) muestran que existe un amplio rechazo de la enfermedad mental en las profesiones médicas en España.

Según Gualtero y Turek (1999), en un estudio realizado con los médicos de atención primaria, los pacientes con problemas o trastornos mentales aparecen como los que más estrés generan entre estos profesionales. Davenport et al. (1987) y Fernández San Martín (1990) lo explican como que las vivencias y actitudes frente a la enfermedad o sufrimiento psíquico no siempre son del todo evidentes, de manera que en algunas ocasiones sus repercusiones son mucho más sutiles, tanto para el propio médico como en el ámbito de su interacción profesional.

En España, Díez Manrique et al. (1979) investigaron la actitud médica hacia la unidad psiquiátrica de un hospital general, donde constataron que la actitud de rechazo de los médicos del hospital hacia los enfermos mentales era menos radical que la actitud de la población médica en general de la provincia, pero cerca del 65,5% de los entrevistados revelaron rechazar los casos de delirio y demencia en sus unidades. Coincidiendo con Jenkins (1998), que confirma esta tendencia al rechazo en atender adecuadamente pacientes con diagnósticos de trastornos mentales; sobre todo en la atención primaria.

Los profesionales de la salud mental no son inmunes a los estereotipos del público (Eker y Oner, 1999). En general, el personal de menor estatus tiene actitudes más negativas que aquellos que tienen una formación profesional avanzada. Sin embargo, como las diferentes categorías de profesionales de la salud mental difieren entre sí en términos de variables demográficas, tales como edad, sexo y

educación, las diferencias en actitudes no se pueden únicamente atribuir a las diferencias de ocupación (Rabkin, 1974).

En cambio, algunos autores (Sayce, 1998, y Byrne, 1997) afirman que la práctica clínica de muchos psiquiatras está afectada directamente por actitudes negativas y el estigma, aunque ellos no siempre lo perciban, pero que la marca de la vergüenza debería residir no en el usuario del servicio sino en quienes se comportan injustamente con ellos (Byrne, 1999).

En un estudio entre estudiantes de Medicina, llevado a cabo en la Universidad de Leipzig (Guimón, 2001, p. 83), se le hicieron las mismas preguntas que a la población general antes de que fueran expuestos al conocimiento psiquiátrico sobre la esquizofrenia como parte de sus estudios. La tendencia a asociar la esquizofrenia con algún tipo de escisión de la personalidad era incluso más frecuente que en la población en general. En la gran mayoría de los casos se hizo mención explícita a una escisión de la personalidad. Comparativamente, otros tipos de *escisión* tales como escisión de conciencia, escisión de espíritu o escisión de carácter se citaron con menos frecuencia.

En otras encuestas entre estudiantes de Medicina, Rössler et al. (1996) utilizaron las tradicionales escalas de «actitud hacia el enfermo mental» y descubrieron que las actitudes de los estudiantes hacia los enfermos mentales son tan negativas como las actitudes del público en general. Los cursos de Psiquiatría y el contacto con los pacientes no parecieron alterar las actitudes de los estudiantes (Angermeyer, 1996).

Eker y Oner (1999), en un estudio con estudiantes de quinto año de Medicina, encontraron que la gravedad y la agresividad del paciente se relacionaban con una peor aceptación. Vieron, asimismo, que en las respuestas del personal clínico las características del paciente que contribuían a la percepción de dificultades de tratamiento eran el psicótico severo, la patología de carácter grave, la conducta suicida-depresiva, y la agitación-violencia. Aquellos pacientes de los que se percibía que mejoraban menos y que tenían un pronóstico grave eran considerados particularmente difíciles. Dicen estos autores que, como en los países subdesarrollados o en países en vías de desarrollo se contrata por necesidad a profesionales menos formados, sus prejuicios suelen ser mayores que en los países industrializados.

Un estudio de 1986, de Sivakumar et al. relata que un 28% de su muestra de estudiantes de Medicina creía que los pacientes psiquiátricos no eran fáciles de aceptar, pero dos años después, cuando ya eran médicos, esa opinión se elevaba al 56% de los entrevistados. Quizá porque a lo largo del tiempo ellos se hayan contaminado con las opiniones negativas existentes entre la propia profesión médica (Byrne, 1999).

Recientemente, Yllá y González-Pinto (2003) realizaron un programa siguiendo una metodología pedagógica clásica, por medio de sesiones de grupo en estudiantes de segundo de Medicina, presentando hallazgos relacionados con cambios de actitud hacia la enfermedad mental; logrando una sensibilización por medio de la reflexión y conocimiento de sus contenidos psiquiátricos y las dificultades en los sujetos, proporcionando una actitud más uniforme y más autoritaria.

Los profesionales de la salud mental también pueden ser considerados como víctimas del llamado estigma «asociativo», en relación al estatus que tiene la psiquiatría frente a otras especialidades, muchas veces considerada al margen de las ciencias médicas. En 1964, Myers encontró que los psiquiatras eran comúnmente criticados y satirizados por los medios de comunicación y Jones (1978) afirmó que «los psiquiatras son vistos como los médicos brujos de los días modernos» (Metha y Farina, 1988).

Bhugra (1989) realizó una revisión sobre las actitudes de la población hacia las enfermedades mentales, y cita una serie de investigaciones que muestran las actitudes hacia los psiquiatras y/o la psiquiatría. Algunas revelaban que los psiquiatras eran vistos como distantes, indiferentes, caros y que engendraban aún más miedo, ansiedad y hostilidad (Star, 1964), pero también que los psiquiatras aumentaban las expectativas de curación y eran vistos como ineficaces en proveer una red básica de salud (Shore, 1979).

Popularmente se tiende a considerar a los psiquiatras como médicos «distintos» que de alguna manera se han visto contagiados por las patologías que tratan, siendo frecuentemente objeto de caricaturas y chistes (Pérez et al., 1990).

Wahl (1999) señala que un 28% de los usuarios entrevistados citan a los trabajadores de salud mental como una fuente de estigmatización, en función de sus comentarios despectivos, consejos desalentadores y comportamientos de rechazo.

La opinión de los usuarios también cuenta cuando refieren que su vida fue devastada por la etiqueta de esquizofrenia, porque muchos profesionales de la salud mental practican un modelo médico tipo *fast food* (Bjoklund, 1998).

3.4. MODIFICACIÓN DEL ESTIGMA

Si se desea acabar con la inaceptable discriminación de la que son hoy objeto los enfermos mentales es necesario modificar las actitudes negativas que hacia ellos sustenta la población general. Sin embargo, si no se quiere alimentar paradójicamente el estigma, no se debe intentar inducir una opinión excesivamente optimista hacia los pacientes porque la constatación de las dificultades reales que presentan podría tener un efecto *boomerang*.

Teniendo en cuenta la realidad de lo que sucede actualmente en la sociedad y con la intención de acabar o disminuir en gran medida este tipo de actitudes que no hacen sino entorpecer la correcta evolución y reintegración en la sociedad de estas personas con enfermedades mentales, se han llevado a cabo estudios que buscan identificar estrategias para reducir el estigma hacia los individuos con trastornos mentales.

Como los diferentes estudios sobre la esquizofrenia de Penn et al. (1994, 1999), afirmando que el tipo de información reduce la estigmatización de la esquizofrenia, buscaron relacionar contacto previo con los enfermos mentales y presentación de información sobre violencia y enfermedad mental con la percepción de peligrosidad. Los resultados proporcionaron un soporte parcial a la hipótesis de que presentar información sobre la relación entre enfermedad mental y peligrosidad puede reducir los miedos que la población siente hacia las personas con esquizofrenia.

Las actitudes pueden cambiar o modificarse por distintos factores de influencia social: la *complacencia* cuando un individuo acepta la influencia para lograr una reacción favorable de una persona o grupo; la *identificación*, cuando el individuo acepta la

influencia porque quiere establecer o mantener una relación de autodefinición satisfactoria con un marco referencial apropiado; la *internalización*, cuando se acepta la influencia porque el contenido del comportamiento inducido —las ideas y acciones de que está compuesto— se conforma al sistema de valores del individuo.

Existen varios procedimientos de modificación de las actitudes: planteamiento racional, recompensa y castigo social, catarsis e interpretación dinámica (Guimón, 2001). Se han empleado, asimismo, técnicas como la persuasión y la hipnosis, y se han tenido en cuenta los fenómenos de resistencia a la credibilidad y de discrepancias entre creencias y comportamientos.

También se han realizado programas dirigidos a modificar las actitudes hacia el psiquiatra, hacia la psiquiatría y hacia la enfermedad mental de la población general, los líderes de la comunidad, las familias de los enfermos psiquiátricos, y de determinados grupos profesionales (educadores, jueces, religiosos, etc.).

Los esfuerzos para reducir el estigma y su impacto necesitan ser a largo plazo y estar combinados con campañas para disminuir el rechazo contra este tipo de enfermos. Tales intervenciones pueden ser llevadas a cabo en diferentes momentos, como señala el Programa Institucional de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) (1996):

1. Durante el tratamiento, que reduce eficazmente los síntomas sin causar efectos secundarios estigmatizantes, permite que las personas noten menos las posibles diferencias;
2. Educar sobre lo que es y no es la esquizofrenia y ayudar así a cambiar actitudes negativas a positivas;
3. A través de medidas sociales y legales encaminadas a disminuir las prácticas discriminatorias y, así, disminuir discriminación.

No existe un acuerdo acerca de cuáles son los métodos más adecuados para mejorar las actitudes de la población ante los pacientes. Dado que la mala información y la distancia respecto a los enfermos mentales correlacionan con las actitudes negativas, la simple información al público por parte de profesionales puede aumentar el grado de coherencia en sus actitudes hacia el diagnóstico, la terapéutica y el pronóstico de los

trastornos psíquicos. Por otra parte, se ha intentado también familiarizar al público con los pacientes y los sistemas de tratamiento psiquiátrico.

En los trabajos realizados por Ylla, Orzamiz y Guimón (1982), y coincidiendo con los efectuados por Ruiz Ruiz (1979), se afirma que, si se quiere mejorar la actitud de la sociedad en sus distintos estratos hacia la enfermedad mental, la única solución es aumentar el nivel cultural de la gente, ya que si se aumenta sólo el nivel económico no servirá para nada.

Considerando los anteriores datos, con respecto a los profesionales, está claro que un cambio de actitud hacia la enfermedad mental es una parte esencial del proceso educativo, no solo del futuro de los psiquiatras sino también de los médicos generales, especialmente desde que juegan un papel importante para los pacientes con patología mental. Como veremos, en los últimos años, muchos autores han intentado modificar las actitudes negativas en el campo de la salud mental con resultados variados.

Pero sí que coinciden varios autores en que el cambio de actitud hacia la enfermedad mental es una parte esencial del proceso educacional de todos los profesionales de la salud. Además, Balint, Omstein y Balint (1972), entre otros autores, señalan que la buena información psicológica y la buena formación del personal sanitario conducen a una mejor relación profesional-paciente.

CAPÍTULO 4. APROXIMACIÓN A LA SALUD MENTAL. IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

4.1. SALUD MENTAL-PSIQUIATRÍA

La salud mental, al igual que el concepto de salud-enfermedad, ha trascendido y evolucionado a través del tiempo; sin embargo, esto ha generado gran controversia debido a los diferentes significados relacionados con la situación cultural y el contexto histórico.

Se llega a definir la enfermedad mental como «una alteración en los pensamientos o en el estado de ánimo que causa comportamiento con adaptación negativa, incapacidad para hacer frente a las tensiones normales y deterioro en el desempeño o todos a la vez» (citado por O'Brien, 2001, p. 27).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) señala que la salud mental abarca los aspectos del bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales del ser humano; pero esta concepción está relacionada directamente con la historia y las experiencias previas de esa persona.

Y la Organización Mundial de la Salud (2001) señala que una de cada cuatro personas, es decir, el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida al menos un trastorno mental. Existen 500 millones de personas en el mundo que sufren algún tipo de disturbio mental, lo que genera un índice de 40% de las incapacidades para el trabajo y otras consecuencias para la persona, la familia y la sociedad (Mueser et al., 2002). Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Índices que están relacionados al aumento de la expectativa de vida, al aumento del estrés, a las crisis en la familia y a la falta de apoyo social. La presencia de una enfermedad y sus complicaciones inciden sobre el grupo familiar, condicionando diversos niveles de ansiedad y desequilibrio psicodinámico.

Estamos en constante búsqueda del bienestar biológico, psicosocial, económico y ambiental como seres humanos, y en consecuencia somos partícipes activos de la construcción de nuestra salud. Cuando existe alguna alteración en una de estas dimensiones puede modificarse la calidad de vida de la persona, como es el caso del trastorno mental. Por lo que es evidente la relación entre condición de vida y la problemática en salud mental que se presenta. Coincidiendo con Guinsberg (1985) cuando menciona que muchas de las causas de los trastornos mentales no se justifican por una lesión orgánica, más bien se relacionan con los factores sociales mencionados anteriormente, por lo que se considera a la sociedad responsable y corresponsable de las perturbaciones mentales.

Las pocas efectivas relaciones interpersonales pueden ser precursoras y agravantes de la enfermedad mental en las personas, pues presentan disfunciones en la comunicación, en la expresión de afecto y sentimientos hacia los demás.

Las situaciones de vida que experimenta la sociedad reflejan la realidad mundial, ya que la salud mental debe formar parte de los pilares de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel comunitario, por medio de la orientación y la educación de la persona sobre su trastorno mental, permitiendo favorecer el mantenimiento, cuidado y fortalecimiento de la salud, beneficiando la calidad de vida. En la atención psiquiátrica, en las últimas tres décadas se viene observando un movimiento que motivó para realizar grandes cambios. El trabajo en equipo (multiprofesional e interdisciplinario), la pluralidad del saber y la complejidad de las acciones y los servicios asistenciales pasaron a dominar el campo académico y profesional, como requisitos fundamentales para el proceso de reforma en la asistencia psiquiátrica (Sarraceno, 1992, Jorge y França, 2001). Donde los conceptos como *deshospitalización* y *desinstitucionalización* guían el proceso de cambio del foco dominante de las acciones en psiquiatría del área intrahospitalaria especializada para la extrahospitalaria, donde servicios ambulatorios y centros de atención diaria pasan gradualmente a asumir la asistencia en salud mental, cambiando la evaluación de la calidad de la atención a partir de la perspectiva del usuario, siendo posible conocer las actitudes asociadas en relación a la asistencia recibida. Estas informaciones benefician a la organización de los servicios de salud mental, a los trabajadores y a los usuarios.

Dentro del sistema de salud, las personas que utilizan los servicios de salud mental eran tradicionalmente consideradas como receptores pasivos, incapaces de expresar sus propias necesidades y deseos, y expuestos a diversas formas de cuidados y tratamientos sobre los cuales cabe a los otros tomar la decisión. Sin embargo, en los últimos años, gracias al movimiento de reforma, es interesante percibir que la cultura, las creencias y los valores pueden interferir en la percepción e interpretación de los síntomas de la enfermedad, así como en el desarrollo de medicamentos de última generación, proporcionando las condiciones en los comportamientos por búsqueda de ayuda y participación activa frente a esta vivencia, y proporcionando las condiciones para que tanto los portadores, como sus familiares y los propios profesionales de salud empiecen a tener una vivencia más humana con esta situación.

4.2. ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL

Para comprender la evolución de la enfermería psiquiátrica, hay que entender que la psiquiatría es la especialidad médica dedicada a estudiar las enfermedades mentales, donde la figura del enfermero psiquiátrico tiene la intención de brindar al paciente una atención adecuada para todas aquellas enfermedades mentales con el objeto de satisfacer sus necesidades, al crear en ellos confianza para una mejor adaptación a un ambiente particular.

La enfermería se ha ido desarrollando como ciencia y como profesión a lo largo del tiempo; sin embargo, hasta mediados del siglo XIX no se comienzan a sentar las bases de la enfermería científica.

Desde Florence Nightingale, quien observó que los cuidados de la persona deben incluir aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos. En la década de 1880, Linda Richards promovió la mejor atención de las personas psiquiátricas y dirigió la primera escuela de enfermería en el campo de la salud mental y psiquiatría, y existía personal de enfermería en varios hospitales mentales que se encargaban tanto de la administración de medicamentos como de la supervisión del uso de hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia, caracterizada por la creación y el desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. En ese momento surge la enfermería psiquiátrica, a pesar de que las funciones de la enfermería habían existido desde la Antigüedad.

Un dato interesante para nuestra profesión es que en 1880 surge la primera escuela de enfermería psiquiátrica en América, y dos años más tarde 90 enfermeras egresan.

Durante el primer cuarto del siglo pasado aparecen las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, lo que ha generado nuevas funciones para la enfermería psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo.

Johns Hopkins, en 1920, escribió el primer libro sobre enfermería psiquiátrica. En 1937 la National League for Nursing recomendó que se incluyera en los planes de estudio la enfermería en salud y psiquiatría, y asumió la responsabilidad de normalizar y acreditar la formación de enfermería en psiquiatría. En 1948, Esther Lucille escribió un informe, *La enfermería de cara al futuro*, en el que recomendaba la incorporación de la enfermería psiquiátrica en las escuelas básicas de enfermería. En 1958 Hildegard Peplau publicó *Relaciones interpersonales*. Y en 1973, la ANA publicó los primeros estándares de la enfermería en salud mental y psiquiatría, que fueron revisados en 1982 y 1994.

Las modernas concepciones de salud han sido recogidas en la década de los setenta a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y formuladas a raíz de la Conferencia de Alma-Atá. A partir de este momento, se define la salud como una yuxtaposición de grados de bienestar en los campos psíquico, físico y social, y no solo como ausencia de enfermedad; estos diferentes grados de salud potencial permanecen, por tanto, vinculados a variantes biológicas, psicológicas y del entorno (Galli y Patrucco, 1997). Podemos decir que la prevención, la atención y la rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente.

La enfermería psiquiátrica podría definirse como una especialidad de las ciencias de la salud y antropológicas, capaz de estudiar no solo las causalidades biológicas sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y los condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes (Ulloa, 2007). Así, podemos afirmar que la verdadera rehabilitación del paciente con enfermedad mental solo puede lograrse cerca de la familia, en la comunidad en que convive, a través de la reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria de salud. Una distinguida representante de nuestra profesión, la afamada Virginia Henderson, en 1979 estableció una de las definiciones clásicas de enfermería, considerando esta como el «encuentro» con un paciente y su familia, durante el cual el personal de enfermería observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contribuye, además, a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidado durante la enfermedad, hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano. Así, el hecho de que el personal de enfermería conviva prácticamente las veinticuatro horas del día con el paciente ingresado en una unidad psiquiátrica de hospitalización dota a este de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria; pero este hecho está en función de lo que el equipo decida, de cuál va a ser el papel del equipo de enfermería dentro del mismo (Fenton y Berkewr, 1997).

Esto ha determinado que el progreso científico y tecnológico del mundo moderno se refleje en mejores opciones de atención respecto a la salud mental de las personas. Asimismo, nuevas alternativas para el tratamiento, derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales, han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización, y la calidad de vida de las personas que sufren trastornos graves ha mejorado considerablemente. Sin embargo, se espera que la prevalencia y la incidencia de enfermos aumenten, debido a problemas como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores (World Health Organization, 2001).

La atención a los problemas de salud mental, en la actualidad, es sensiblemente mejor y más eficaz que hace años, y a todos los niveles de asistencia: ambulatorios y hospitalarios, especializados o no. Los problemas de ansiedad y depresión leves y moderados, los trastornos adaptativos, los síntomas somáticos sin explicación médica, el

abuso del alcohol y las dificultades psicosociales son los síndromes psiquiátricos de mayor presencia entre la población y también entre aquellas personas que acuden a consulta de medicina general. Muchos de estos síntomas vienen asociados a enfermedades médicas comunes (graves o no) y, en ocasiones, no son sino la expresión de las preocupaciones, limitaciones e incertidumbres que la enfermedad (su pronóstico, su tratamiento, sus consecuencias, etc.) presenta para el sujeto en cuestión o su entorno familiar. Por otro lado, las dificultades de orden familiar o social están presentes en muchas personas de nuestro entorno y golpean a amplios sectores de la población, en especial a aquellos que presentan menos recursos culturales y económicos, es decir, a las clases sociales más desfavorecidas (Retolaza, 2004).

Las ciencias de la salud están bajo el influjo de la sociedad a la que sirven. En el caso de la enfermería psiquiátrica, e incluso en los pilares de la psiquiatría, están sujetas a la influencia de los factores culturales, lo que encuentra su reflejo en la labor diaria de los profesionales, pudiendo llegar a ser un obstáculo relevante para el desempeño de su labor. Tanto el enfermo como el enfermero aportan a la situación sus realidades: el enfermo aporta una cantidad de *carga* (histórica y formas de conducta), y el enfermero aporta un pasado con creencias, sentimientos y conductas asociadas a relaciones entre las que pueden mantenerse estereotipos de los que ha sido víctima el enfermo mental.

Este pasado influye en la manera de formular un plan de cuidados para un determinado paciente por parte del enfermero, siendo el conocimiento personal y la introspección por parte del profesional esenciales para comprender la problemática del enfermo. Pérez et al. (2000) consideran que la cualidad más importante del enfermero psiquiátrico es la capacidad de iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el enfermo mental. Por ello, desde una óptica meramente metodológica, la falta de formulación de planes de cuidados individualizados, así como la falta de introspección del profesional, hace que aparezca un tipo de prejuicio social problemático, el de enfermo mental.

Por lo que, a partir de estos datos, se incorporan la reflexión, la discusión, la producción y la reproducción de conocimientos y prácticas y la necesidad de humanización de las relaciones interpersonales del enfermero con los usuarios en cada uno de los servicios de atención psiquiátrica, constituyendo las actividades de enfermería una pieza clave en el manejo del paciente psiquiátrico, como señala Mauleón (1993).

Es necesario contar con personal capacitado en los diferentes niveles de atención, para establecer una continuidad en la atención de las personas con quienes se trabaja, como un proceso de acompañamiento que les permita tener más herramientas para avanzar en el cuidado de su salud. Esto debe establecerse a partir de una relación estrecha entre la universidad, el centro de salud y la comunidad.

Gloria Novel et al. (1988, 1988, 1985) señalan como obstáculos principales en el desempeño de la profesión tanto el desconocimiento o la falta de contacto con un campo determinado como la presencia de aptitudes y habilidades inadecuadas. Y ambos son subsanables con la formación adecuada y pueden ser modificados a través del aprendizaje. Coincidiendo con Mauleón (1993), quien después de realizar un estudio de las actitudes de las enfermeras en un centro de psiquiatría extrajo las siguientes conclusiones: que las actitudes aparentemente proteccionistas encubren un rechazo social y muy arraigado en la comunidad, relajándose en las opiniones de las enfermeras, y que debe rechazarse el hecho de que los profesionales más cualificados muestran las actitudes más favorables. En este punto coincide con Burjalés et al., a raíz de su estudio sobre las actitudes en dos grupos de enfermeras, generalistas y especialistas en salud mental, en el que constataron actitudes más positivas hacia el enfermo mental en las segundas, y una tendencia al rechazo del enfermo mental por parte de las enfermeras generalistas. Concluyeron que probablemente un mayor conocimiento del paciente mental ofrece una mayor seguridad y confianza al enfermero responsable del cuidado, mejorando significativamente la actitud comportamental y afectiva (Burjalés et al., 1997).

Pero revisando la literatura concerniente a los profesionales de la salud que trabajan en unidades psiquiátricas se crean cambios positivos a la actitud de enfermeras hacia la enfermedad (Lewis y Cleveland, 1966; Creech, 1977; Davis, 1984; Bairan y Farnsworth, 1989; y Clarke, 1989). Sin embargo, estos cambios son generalmente pocos y la ambigüedad y el miedo para los pacientes psiquiátricos son permanentes (Wilkinson, 1982).

Siguiendo en esta línea, y entendido el prejuicio como una predisposición del individuo a valorar el objeto sin analizar la suficiente existencia de causas que lo justifiquen, encontramos en la actualidad voces que claman por las posibles soluciones a través de la

formación con las que el personal sanitario puede suplir una posible carencia. Entre ellas, Cook y Fontaine (1993) se referían en su publicación *Enfermería psiquiátrica* a nuevas alternativas y terapias complementarias, las cuales debían comenzar por la necesidad de que el propio enfermero clarifique sus propias creencias y valores a través de un proceso de autoanálisis que redujese la posibilidad de hacer juicios o de imponer sus propias creencias y valores a los pacientes. Se entiende mejor si nos situamos en puntos de referencia. Por un lado, el hecho de que los valores y creencias son realmente los que otorgan directrices y significado a la práctica de la enfermería dentro del contexto interpersonal; y por otro, la importancia fundamental del tema del cuidado llevado por un sistema de creencias (Cibanal, 1998; Garrido, 1990; Fernández, 1998).

Teniendo en cuenta que el cuidar es un valor y una forma de relacionarse con los demás que implica creencias sobre la importancia intrínseca de las personas y la capacidad de realizar un compromiso auténtico y una respuesta personal hacia el otro (Cook y Fontaine, 1993).

No deberíamos perder de vista un aspecto fundamental, la irrealidad de considerar la actitud de no enjuiciamiento de forma absoluta, puesto que la propia condición social del profesional le hace partícipe de determinados valores y creencias sociales (Jodelet, 1989). Ya que absolutamente todo ser humano que vive en grupo, tiene sus prejuicios, por eso lo que se pretende es una llamada de atención sobre la necesidad de que la enfermería psiquiátrica reflexione acerca de la importancia de mantener una conciencia en torno a la existencia del estigma hacia el enfermo mental en la sociedad y, por ende, en el propio personal sanitario.

Con respecto a los cuidados de enfermería, y en concreto a la intervención, nos basamos en lo propuesto por Hildergard Peplau (1990, p. 191), cuando afirma que el enfermero «tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a mejorar sus habilidades para afrontar los problemas más que enseñarles a solucionarlos» y posee las herramientas necesarias para el abordaje integral de la persona con trastorno mental, donde se fortalezca el autocuidado de la salud con el objetivo de disminuir las posibilidades de recaídas, complicaciones o reingresos hospitalarios, así como el fomento de la calidad de vida de las personas.

Pero en lo referente al campo de los cuidados enfermeros, según distintos estudios, se siguen identificando únicamente como cargas de trabajo las tareas puramente técnicas, dificultando una asistencia integral y dejando el aspecto psicológico relegado a un segundo plano, cuando es muchas veces el principal (Poletti, 1980; Castejón et al., 1998; Farmer, 1985; Luis, 1997; Castellanos et al., 1997). La falta de categorización de la enfermedad mental es el mismo mal que acarrea el profesional de enfermería que se dedica al cuidado de dicho paciente. Una falta de concreción y estandarización en los cuidados que presta dificulta tanto el reconocimiento de dicha labor como que esta se plasme en los registros enfermeros, en los que hay una ausencia casi total del cuidado psicológico. Esto dificulta el reconocimiento del profesional que lleva a cabo este trabajo, con la consecuente insatisfacción que en él se genera (Ortiz et al., 2002; Fornés, 1997; Andreu, 1990; Serrano et al., 1997; Pacheco, 1999).

Al mismo tiempo, ese escenario conduce a frustración y desmotivación, con las consecuencias negativas que pueden influir negativamente tanto en nosotros como en el usuario receptor de la atención profesional (Nolla, 1991, y Creus, 1991).

Pero la aplicación del proceso de atención de enfermería, el desarrollo minucioso de cada una de las etapas, combinado con una definición clara de los objetivos de la intervención de enfermería, representa una alternativa de tratamiento integral de este tipo de problemas en la comunidad.

La sistematización de la práctica nos permitió desarrollar una visión integral de nuestro trabajo, basada en una perspectiva de las necesidades individuales y familiares, bajo el enfoque del respeto a los derechos de las personas. Esto genera una sensación de satisfacción personal y académica, además de que motiva a implementar cambios en nuestro propio estilo de vida. Por otra parte, nos lleva a estar más comprometidos con la profesión de enfermería, en el quehacer de esta, brindando herramientas para potenciar su bienestar y fomentar una mejor calidad de vida.

4.3. PROCESO EDUCATIVO EN ENFERMERÍA. TEORÍA Y PRÁCTICA

Desde la antropología se considera el proceso educativo como un tipo de dinámica cultural que, como tal, no se realiza en un vacío de significados, sino que, por el

contrario, está situada dentro de la red de la circulación cultural de un contexto social determinado; las informaciones y las propuestas de comportamiento transmitidas por la intervención educativa se enfrentan con modalidades y resultados diferentes.

Si partimos de la definición aportada por la antropología cultural, la educación sanitaria «es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad» (Seppilli, 1985), citado por Bartola (1989, p. 19). Por lo que la intervención en educación sanitaria no consiste en una simple transmisión de información científica culturalmente neutral, sino que, por el contrario, se configura en una auténtica intervención en la cultura de los individuos, ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente. Gadamer (2007) definió con el término *Bildung* el proceso por el que se adquiere cultura como patrimonio personal del hombre culto.

La formación del profesional de enfermería es amplia y diversa, por lo que las escuelas estructuran sus mallas curriculares basadas en fundamentos científicos y el abordaje más extenso de la disciplina de enfermería, con el objetivo de formar profesionales con una sólida preparación en las áreas biológicas y sociales, y comprometidos con principios éticos (Millán et al., 2007, y Nelson, 2007).

El saber teórico sirve para que el individuo asimile un determinado conocimiento y establezca relaciones que le permitan comprender diferentes sucesos (Marriner et al., 2007, y Rivera et al. 2006). El saber práctico, Heidegger (1958) lo define como el saber que se obtiene de una situación, donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos en la experiencia laboral. Ha de crearse, por tanto, una alianza entre ambos conocimientos, el teórico y el práctico, y con esta estructura metodológica se favorece la capacidad crítica del alumno durante el proceso de aprendizaje, preparándolo creativamente en las áreas técnicas y humanas, obteniendo un profesional único que proporciona cuidados a los individuos y a la comunidad (Mabel y Jara, 2010). Teoría y práctica, sin entrar a analizar las diferentes interpretaciones que se han hecho de la conexión que se debe establecer entre ambas, son dos fuentes de conocimiento

cuya presencia en la formación de un profesional ya nadie discute. La cuestión que se plantea es analizar cuál es el papel que juega el *practicum* en ese proceso.

¿Cómo se forma un profesional? La epistemología de la práctica nos responde que los profesionales desarrollan conocimiento, saber hacer, a partir de la implicación en situaciones reales, en situaciones de la práctica. Estas situaciones prácticas necesitan del conocimiento y las cualidades de los profesionales, porque no son suficientes las leyes y los principios teóricos. Los profesionales han de aprender a desenvolverse en la acción, en los acontecimientos cotidianos, y a partir de su formación inicial emprenderán ese conocimiento incierto y resbaladizo de la realidad.

Esta práctica no busca solo pronunciamientos académicos, sino que se desarrolla en el mundo de la interacción social y cultural y sus objetos y problemas de conocimiento son los que surgen allí, en ese mundo, y para ellos buscan soluciones que sean satisfactorias para el colectivo con el cual se comprometen.

La enfermería es una ciencia práctica. Pero una ciencia práctica desde el punto de vista aristotélico, que establece la diferencia entre la racionalidad de la acción práctica y la racionalidad de la acción instrumental propia del modelo biomédico que ha sustentado la formación enfermera durante tantos años. Por el contrario, la acción práctica más relacionada con el paradigma enfermero emergente se caracteriza porque la acción es un *obrar* de un sujeto sobre otro sujeto. Es una acción impregnada de valores que conducen a la sabiduría, entendida como el conocimiento global de la realidad. El ejercicio de los cuidados requiere de ese conocimiento global e integrador de la persona, pues el cuidado no se dirige solo a una parte de la persona sino a su totalidad. De la misma manera, la persona no expresa sus necesidades de salud de forma sectorizada, sino que lo hace desde su globalidad.

La acción práctica se sustenta en el conocimiento práctico que integra los elementos cognitivos procedimentales y actitudinales que conforman el currículum de enfermería. Para Medina (1999, p. 57), el conocimiento práctico es «aquella forma de conocimiento que los profesionales construyen a partir de su actividad», que en los alumnos de Enfermería sería el conocimiento que construyen a lo largo de sus periodos prácticos. Hace referencia no solo a contenidos conceptuales, sino también al conjunto de

convicciones y significados, conscientes o inconscientes, que surgen de la experiencia, es decir, en un sentido experiencial, indagando en lo vivido. Es un conocimiento íntimo que se manifiesta de manera estratégica a través de las acciones. Hace referencia a las experiencias, los conocimientos y las creencias que son útiles para la práctica profesional. Es el conocimiento experto que facilita la comprensión del contexto de actuación y es de utilidad para la resolución de problemas o dilemas prácticos.

Y como señala Angulo (1988), en la acción instrumental, el conocimiento científico se aplica determinando instrumentalmente la acción; en la acción práctica, por el contrario, el conocimiento es una plataforma informativa que necesita del juicio responsable de los participantes y de su compromiso frente a las consecuencias. La acción práctica incorpora valores moralmente aceptables y se retroalimenta de la reflexión y la autocrítica.

Las prácticas poseen un destacado valor en la formación, ya que proporcionan al alumno la oportunidad de ejercitar diversas destrezas y conocimientos que resultan indispensables para el desarrollo de su actuación futura, pues en el ámbito de la actuación real es donde el alumno puede aprender el desempeño de la profesión o el trabajo en equipo con otros profesionales. Por lo que «formar es mucho más que simplemente adiestrar al educado en el desempeño de sus destrezas» (Freire, 2006), ya que no es una mera formación de instrucción que se preocupa por el aprendizaje teórico y técnico, sino que trasciende a un proceso interno, se hace subjetiva en la experiencia educativa, donde se problematiza el sentido de cuidar a otros.

En los últimos años, además, en el mundo social y laboral surge una fuerte crítica hacia las instituciones universitarias por la insuficiente e inadecuada formación, excesivamente teórica, academicista y alejada de las necesidades sociales y la productividad del momento, con que salen los nuevos titulados, verificándose de este modo la separación entre la propia universidad y la realidad social y económica.

El *practicum* emerge como una ocasión ideal para suplir la falta de enfoque práctico que se presenta y transmite en la enseñanza universitaria. Desde luego no bastará con encontrar *huecos* de prácticas, como señala Marcelo (2001), que justifiquen un tipo de enseñanza académica, conceptual o reproductora, sino que el *practicum* debe concebirse

como una ocasión para aprender, y por lo tanto debe planificarse y evaluarse de forma estructurada y reglada.

De la importancia que la formación práctica ha recibido en nuestro país nos da cuenta el número de horas que se le asignan en el periodo formativo, número que se equipara a la de la formación teórica e incluso, en ocasiones, la aventaja. El carácter de obligatoriedad que se atribuye a las prácticas las sigue diferenciando en un orden de importancia respecto a la teoría, que no se encuentra supeditada a la presencia obligatoria del alumnado, si bien es el marco teórico el que va a sostener la acción en la práctica.

La inclusión del llamado *practicum* como materia obligatoria parecía por fin la solución concreta para un cambio de mentalidad en el binomio teoría-práctica, y la deseada vinculación entre la universidad y la sociedad.

Se trata, pues, de que, en un medio asistencial, el alumno integre los conocimientos teóricos y teórico-prácticos que se han impartido en el aula, así como ir desarrollando la actitud que distingue a un profesional. Sin embargo, en muchas ocasiones la formación práctica se articula de manera poco eficiente para favorecer dicha integración, pues resulta difícil modular y temporalizar los contenidos teóricos con los recursos disponibles de prácticas. Lo deseable sería que el alumnado hubiera recibido la información y formación teórica necesaria para conocer y entender la práctica profesional antes de ir a ese medio, pero la mayoría de las veces no es posible.

Se hace necesario reflexionar sobre cuál es la mejor forma o método para llevar a cabo esta formación práctica. Analizando los procesos de la pedagogía que se utiliza, aún en estos momentos, en la formación de Enfermería, como nos muestra en su tesis doctoral Rivera Álvarez (2013), debemos señalar la conocida la racionalidad científica-técnica o sistema tradicional y pedagógico de orientación técnica, que deriva de la filosofía positivista (Schön, 1992) que predomina en el currículum de Enfermería que proviene, en parte, del modelo de objetivos de Tyler (Medina, 1996, 1999; Medina y Do Prado, 2009). Este se caracteriza por una fuerte preocupación en el aprendizaje por la adquisición de destrezas de los estudiantes, por medio de la adquisición, acumulación y reproducción de información y la orientación hacia la técnica y el producto (Medina y

Do Prado, 2009). Reduce así la práctica y enseñanza a acción instrumental, en donde el enfermero profesional debe preocuparse principalmente de aplicar protocolos (como métodos) para conseguir los fines propuestos en sus planes de cuidados, aplicando conocimiento teórico y práctico (Diekelmann, 1988), obviando el carácter transaccional y obviando, por otro lado, el carácter moral y político de la selección de los fines en toda actividad (Medina y Do Prado, 2009).

Siguiendo con Ryle (1967), aprendemos a *hacer* mediante la práctica, ayudados por la crítica y el ejemplo. La aptitud inteligente para aplicar reglas es una disposición adquirida resultado de la práctica, lo que no supone que la aptitud inteligente sea mero hábito, ya que cada acto ejecutado es en sí mismo una nueva lección que ayuda a mejorar la acción.

Pero para Benner (1987), este saber hacer (o conocimiento práctico) se adquiere con la experiencia en sentido gadameriano, que es el conocimiento de lo singular y concreto que adquiere el enfermero en cada situación clínica. El saber de su experiencia se presenta en los juicios cualitativos que realiza en cada situación de enfermería, en las observaciones y apreciaciones perceptivas de una situación y de su contexto.

Según Schön (1992), un *practicum* es «una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica», y aunque no es más que una aproximación al mundo profesional real, no obstante, es muy útil en la medida en el que se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica y el mundo de la universidad, donde ese aprendizaje va más allá de la aplicación práctica del conocimiento teórico adquirido en el aula y del desarrollo de las habilidades técnicas, supone pensar como profesionales. Para ello es necesario que se produzca una verdadera integración teórico-práctico, y que el estudiante tenga una formación teórica casi completa antes de realizar la formación práctica.

En el sentido de la inmersión profesional estructurada, sistemática, tutorizada y evaluada, las contribuciones del *practicum* son diversas. Algunas de las competencias profesionales que nuestros estudiantes pueden adquirir, y en su caso perfeccionar, durante el periodo de prácticas pueden ser muy genéricas y aparecen vinculadas a la mayor parte de los contenidos formativos adquiridos durante la carrera. Otras aparecen

como aprendizajes específicos del *practicum*, se trata de aquellos aspectos que serían difíciles de adquirir si este no existiera. Entre estas competencias cabe destacar las de tipo sociorrelacional, que hacen referencia a las relaciones con el equipo humano que existen en los centros o instituciones sanitarias (superiores, colegas, alumnos, enfermos, familias, etc.), otras de tipo técnico-profesional (normas de funcionamiento del centro, la utilización de recursos, tanto humanos y tecnológicos, de los que se dispone, etc.), y también las relacionadas con la capacidad reflexiva y crítica.

Para Diekelmann (1988), el *practicum* supone la relación entre teoría y práctica, o conocimiento teórico y práctico, es transaccional más que aplicacional; es decir, que es en el área práctica donde los estudiantes entran en diálogo con las teorías que aprendieron en el aula, es a través de la práctica que las teorías son refinadas, elaboradas y cambiadas. Y Medina (1999) afirma que el conocimiento del aula solo puede resultar significativo, relevante y útil para los alumnos desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata el enfermero y no al revés. Ambos autores coinciden en que el *practicum* es una visión dialéctica de la relación entre los conocimientos enseñados en el aula y los conocimientos de la práctica.

Sáez sitúa en ese proceso dialéctico, cualitativo y cuantitativo el *practicum* como un momento resultante de la interacción de la variable experiencia/tradición, por un lado, y, por otro lado, la formación.

La profesión de enfermería tiene su trayectoria propia, en la que se han ido configurando los rasgos y los perfiles que la caracterizan. De ahí la importancia de estudiar la variable tradición/experiencia, a través de la cual se van acumulando los trazos y aspectos, los modos y maneras de enfermería de ayer, hoy y seguramente los de mañana.

Tiene que provocar en el estudiante que lo realiza una interiorización de estos modos de ser. De ahí que cuando vayan a las instituciones y a las empresas, al mundo laboral, los estudiantes de Enfermería que se están formando en las aulas de la universidad tendrán que profundizar en lo que ya los profesionales hacen y en el modo (cómo) en que llevan a cabo unas tareas propias.

La formación, la otra variable, junto con la experiencia, tiene la obligación de preparar a los futuros profesionales de enfermería sobre su propia profesión.

Medina (1999), al igual que Schön (1992), concibe el *practicum* más como proceso de investigación que de aplicación que contribuye a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que de esquemas analíticos y prescriptivos. El estudiante en prácticas, en la acción de cuidar, explora la situación del enfermo que para el alumno es problemática y novedosa. El alumno ha de trasladar lo escuchado y observado en la acción, y hacer una imitación reflexiva en la acción, en la que la estudiante construye y comprueba, en su propia acción, las características esenciales de la acción que acaba de observar en el enfermero. De este modo, el estudiante progresa desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo, que Schön (1992) definió como actitud de atención operativa e imitación reflexiva. Y de la responsabilidad hacia el cuidado de la persona; las acciones clínicas que el estudiante ejecute le permitirán darse cuenta de la repercusión de estas en la persona que cuida, y al mismo tiempo verificar su comprensión provisional de lo que está haciendo. Con esa *experimentación*, el estudiante traslada a la acción aquello que ha oído y visto del tutor, reestructurando nuevos cursos de acción en diálogo con la situación, así cada nueva acción da lugar a nuevas interpretaciones y significados que van modificando sucesivamente los cursos de acción.

Por ello, según Schön (1992, pp. 45-46):

Un *practicum* es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. [...] Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria, y el mundo esotérico de la universidad. Es también un mundo colectivo por derecho propio, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones. Incluye formas particulares de ver, pensar y hacer que, en el tiempo y en la medida que le preocupe al estudiante, tienden a imponerse con creciente autoridad.

Benner (1987), Benner et al. (2010) Diekelmann (1988), Medina (1999) y Schön (1992) coinciden en afirmar que el conocimiento práctico de los profesionales de enfermería

solo puede ser adquirido a través de la experiencia clínica del enfermero. Es un conocimiento que no puede ser enseñado solamente de forma teórica debido a su carácter personal, subjetivo y contextual. El saber que el enfermero pone en juego delante de las situaciones problemáticas y las zonas indeterminadas de la práctica difiere del conocimiento que se transmite en el aula.

Sin embargo Medina (1999) advierte de que el *practicum* no es la mera reproducción de la actividad profesional que los enfermeros desarrollan. El saber hacer (conocimiento en la acción) de los profesionales de enfermería solo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción de las situaciones clínicas concretas; a lo que añade Rivera Álvarez (2013) en diálogo crítico-reflexivo con las tradiciones de la enfermería.

El currículum de Enfermería como praxis (enseñanza de Enfermería y ejercicio profesional) trasciende los límites de la escuela para insertarse en un plano contextual y social más global. Existen evidencias para afirmar que las creencias y los valores sociales dominantes e implícitos en la educación de enfermeros conforman la conciencia de los profesores y estudiantes de Enfermería, conduciéndoles a una conformidad para con las prácticas establecidas en las instituciones sociosanitarias (McLean, 1992, y Moccia, 1990).

Surge la necesidad de arbitrar otros parámetros o, si se quiere, nuevos y diferentes paradigmas para que la educación del cuidar mantenga un lugar propio dentro del sistema de profesiones que la nueva sociedad requiere. Enfermería necesita explicar su saber como esencial para la sociedad que se está formando.

Por ello los campos de la educación o la enseñanza se podrían categorizar en los siguientes parámetros (Sanvisens, 1984):

- enfermería como hecho, como realidad;
- enfermería como actividad, como proceso;
- enfermería como efecto o resultado;
- enfermería como relación; y
- enfermería como técnica y tecnología.

El *practicum* tiene que tener una dimensión interárea y debe desarrollar dimensiones de búsqueda en el encuentro no solo de los espacios de la realidad laboral o del mundo profesional derivados de los conocimientos que en la carrera aprenden sino del conocimiento de los nuevos espacios que la realidad dinámica social está imponiendo aparte de la comprensión de los marcos de acción profesional, pero sobre todo, en la toma de conciencia de los nuevos campos profesionales que la dinamicidad del mercado o de las condiciones sociales, económicas y políticas demandan. Hay que saber buscar y crear espacios de acción de cuidar.

La praxis de enfermería posee cuatro aspectos que influyen claramente en las nuevas directrices que sería deseable que el currículum de Enfermería incorporase y que iluminan las acciones de los programas de las materias a llevar a cabo:

- está orientada a la transformación social (Allen, 1990, y Bent, 1993);
- ayuda a los estudiantes a comprender el efecto que las estructuras y tradiciones sociales puedan haber tenido en la constitución (distorsión) de sus perspectivas de significados (Bevis y Watsonm 1989, y Jewell, 1994);
- está guiada por una disposición moral a obrar correctamente (Carr y Kemmis, 1988); y
- está relacionada con una forma de pensamiento dialéctico en la que la reflexión y la acción son mutuamente constitutivas, para, como sugieren Carr y Kemmis (1988), tratar de descubrir y trascender las contradicciones inherentes en el orden social.

La praxis supone un proceso de construcción de significado como construcción social en el cual la reflexión y la acción son sus elementos principales (Freire, 1972), y que permite desvelar la realidad, mostrando que ciertas concepciones, creencias, conocimientos, valores y prácticas son falaces e ilegítimas porque reproducen las relaciones sociales, básicamente desiguales, de nuestra sociedad.

Las finalidades del *practicum* deben ser tres.

- Observación. Las prácticas de observación se orientan fundamentalmente a la percepción y encuentro con la realidad sociosanitaria, posibilitando a los estudiantes la percepción y el análisis del trabajo profesional, el conocimiento de las técnicas de recogida de información y el tratamiento informático, así como

las técnicas de actuación de cuidados. Defenderemos una observación que facilite el análisis de la realidad que se contempla, y el nivel en el que se encuentra el alumnado en su formación. Se puede presentar una práctica de observación guiada para la que se ofrecerán unos instrumentos, en forma de protocolos, guiones, planillas, gráficos, historias, etc., que ayuden en esa labor.

- Observación participante. Esta modalidad responde al carácter integrador del *practicum*. Se plantea con la idea de que el alumno se acerque al máximo posible al ámbito profesional. Esto le aportará una información que será útil para decidir cuál es el campo que como futuro profesional más le pueda interesar. Para lo cual se le aportarán conocimientos teórico-prácticos en formato de seminarios con expertos y profesionales en activo.
- Intervención. Las prácticas de intervención se orientan fundamentalmente a hacer posible que el alumno pueda diseñar y llevar a la práctica una intervención real. Es una finalidad que responde al carácter propio de enfermería, ya que esta debe reflexionar para el análisis y proponer para la acción, ya sea con carácter preventivo o curativo recuperador, y siempre con el punto de mira enfocado hacia el perfeccionismo de la realidad en la que se participa.

De ahí la importancia de que el educador sanitario tenga sensibilidad antropológica que le permita al mismo tiempo reconocer y aceptar el carácter no neutral de su propia intervención y percibir el peso cultural de los distintos modos de pensar y de actuar de las personas con las que toma contacto.

4.4. FORMACIÓN DIDÁCTICA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA. ACTITUDES EN EL APRENDIZAJE

Pero si la praxis se centra en el área de la psiquiatría y la salud mental encontramos dificultades añadidas, los prejuicios sociales y culturales hacia la psiquiatría y las enfermedades mentales, por ambas partes del proceso enseñanza-aprendizaje (Yllá Segura, González-Pinto, Eguiluz Urruchurtu, Zupiria y Iturriaga, 1993).

El propósito de la educación enfermera será la toma de conciencia crítica y la transformación social hacia la salud y el bienestar. Este proceso tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad que no pueden resolverse por la

mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo de la enseñanza de enfermería es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización (Diekelmann, 1988).

Como señala Bartoli (1989), la educación sanitaria se configura como una actividad que se caracteriza por la confrontación entre el saber científico (médico) y el saber profano, a través de la cual los objetivos y los procedimientos de las intervenciones educativas se redefinen constantemente por medio de los procesos de transacción y de negociación entre los sujetos implicados. No está enmarcada por una relación desigual entre el personal sanitario, que por definición saben, y los individuos que hay que educar, y que también, por definición, no saben.

La influencia de la educación psiquiátrica en la formación de estudiantes médicos y de Enfermería, en el área de las actitudes hacia la enfermedad psiquiátrica como resultado de su experiencia en el hospital psiquiátrico, parece ser contradictoria; Madianos et al. (1987) consideran que la influencias son fuertes, débiles (Madianos, Garelis, Alevisos, 1983) o nada (Walkey, Green y Taylor, 1981).

Callaghan y et al. (1977) refieren que estudiantes que realizaron un curso psiquiátrico no demostraron una actitud más positiva hacia enfermo mental, pero Wilkinson (1982) señala que después de recibir educación psiquiátrica, esta no eliminó los miedos, aunque había algunos cambios positivos en sus actitudes. Sin embargo Slimmer et al. (1990) divulgan que el ajuste clínico no explica cualquier variación significativa en estudiantes y sus actitudes.

Por otra parte, en tres estudios similares (Hellesburg, 1989; Demarzo, 1990; y Keane, 1991) se encontró que la educación en psiquiatría era positiva, ya que daba lugar a muchos aspectos positivos de las actitudes de los estudiantes para enfermedades psiquiátricas. Murray y Chambers (1991) señalan que la formación antes de la práctica clínica influencia en las actitudes de los estudiantes hacia los pacientes.

No es ningún secreto que el término *loco* ha sido empleado de manera despectiva en nuestra civilización desde tiempos inmemoriales, muestra del rechazo que estos padecían. Y de hecho, el único tratamiento destinado a este tipo de enfermo era el

ostracismo y la reclusión en centros que lo aislaban del resto de sus congéneres. No será hasta finales del siglo XV, con la llegada de nuevas corrientes de pensamiento a la estancada sociedad medieval, cuando el humanismo lo libre de la sombra de la superstición y, más concretamente, nuestro compatriota Luis Vives niegue el origen sobrenatural del mal psíquico, para que casi tres siglos más tarde Philippe Pinel sentase las primeras bases de la psiquiatría moderna y de nuevo sentir respecto hacia la enfermedad psiquiátrica en todo Occidente.

Goffman (1990, 1993) encuentra varios tipos de estigma, los relacionados con deformidades físicas o ciertas enfermedades, los que se manifiestan con alteraciones en la conducta social y los estigmas tribales vinculados a la raza, la religión o la clase social. Para este autor, la marginación del enfermo mental tiene su origen en el reconocimiento público de la enfermedad, que se confirma con el diagnóstico psiquiátrico, iniciándose la llamada «carrera moral», la cual conlleva una aceptación formal de la despersonalización del enfermo, al tiempo que se justifica su exclusión de la vida social y se le da soporte moral a su incapacidad como persona.

Como señalan López-Ibor y Cuenca (2000), la opinión pública y frecuentemente también la de los propios profesionales sanitarios tiene una imagen estereotipada de la esquizofrenia y de quienes la padecen. Se trata de una imagen plagada de prejuicios que constituyen el primer paso hacia la discriminación (Perales et al., 2002).

4.4.1. Importancia de las actitudes en el aprendizaje en salud mental y psiquiatría

La formación de unas actitudes positivas es importante en el proceso educativo. La responsabilidad, la dedicación o la perseverancia, entre otros comportamientos, pueden resultar motivadoras para el aprendizaje, mientras que, por el contrario, la apatía, las distracciones o el desconocimiento pueden llegar a convertirse en una verdadera barrera psicológica que repercutirá negativamente en el rendimiento en el aprendizaje.

Conviene recordar que los estudiantes de Enfermería psiquiátrica y salud mental se han caracterizado por un desconocimiento de la materia, dando una imagen frecuentemente de escaso interés, de actitudes negativas hacia el estudio de esta disciplina, motivados por un temor/miedo. La predisposición negativa hacia la materia constituye, por lo general, una grave preocupación de los docentes a cargo de esta asignatura. De tal

manera que la actitud con la que el estudiantado enfrente el aprendizaje de esta materia puede resultar un elemento impulsor o, por el contrario, un verdadero obstáculo en su estudio. Así pues, un estudiante con actitudes negativas posiblemente no atenderá correctamente a las explicaciones del docente, mostrará conductas de apatía, de distracción durante el desarrollo de las clases. Por el contrario, un estudiante con actitudes positivas exhibirá conductas de interés hacia las explicaciones del docente, tendrá buena disposición para el estudio y mostrará conductas de acercamiento hacia todo lo concerniente a la asignatura.

En general, las actitudes constituyen un buen predictor de la asimilación de contenidos, del futuro uso de los mismos y de la motivación hacia el aprendizaje, así como del rendimiento académico que se pueda obtener (Eagly y Chaiken, 1993).

En este mismo sentido, numerosos estudios han demostrado el papel de las actitudes en el procesamiento de la información. Se insiste en que las actitudes actúan como una especie de lente psicológica a través de la cual se procesa la información (Barón y Byrne, 1998). Esta selectividad opera en todas las etapas del aprendizaje (atención, percepción, codificación, interpretación, elaboración y memoria). La mayoría de los educadores están de acuerdo en afirmar que los estudiantes aumentan su atención ante las informaciones coincidentes con sus actitudes, valores y decisiones. Asimismo, evitan e ignoran informaciones incongruentes con sus actitudes, valores y principios. Estos elementos forman parte de la hipótesis de la atención selectiva, que establece el control de los observadores ante la información recibida, para orientarse hacia lo congruente con sus actitudes y dejar a un lado la información incongruente (Worchel y Cooper, 2002).

Otros elementos importantes a destacar en el aprendizaje son la percepción selectiva (interpretaciones sesgadas de la información de acuerdo con las propias actitudes) y la memoria selectiva (sobrepresentación en la memoria de la información congruente con las actitudes, siendo más accesible que la información incongruente). Las razones para esto último se encuentran en los siguientes puntos.

1. La información congruente con las actitudes es más fácil de codificar en la memoria a largo plazo por su coincidencia con esquemas (bipolares) de pensamiento.

2. La información incongruente se reprime, censura o, en su defecto, se tiende a olvidar, y con el tiempo pasa a aumentar la cantidad de material de apoyo en la memoria.
3. Las actitudes se emplean como indicadores de búsqueda en la memoria, lo cual conduce hacia el material de apoyo (Álvaro y Garrido, 2003).

Por lo que los efectos de las actitudes sobre el procesamiento de la información son mayores cuando las actitudes son muy accesibles, permitiendo una activación automática (con la mera presencia del objeto), lo que influye incluso en la misma percepción (Worchel y Cooper, 2002). Se puede decir que las actitudes guían la interpretación de la información y ejercen un efecto selectivo en su procesamiento, de modo que es más probable atender, percibir, almacenar y recuperar la información relacionada con las actitudes presentes en las personas. Por tanto, un estudiante con actitudes positivas hacia la psiquiatría y salud mental probablemente mostrará conductas de aproximación hacia esta asignatura, y como consecuencia favorecerá su rendimiento académico. Por el contrario, un estudiante con actitudes negativas hacia la psiquiatría probablemente mostrará conductas de huida (física y psicológica), con las consiguientes consecuencias adversas en su rendimiento académico.

Después de lo señalado anteriormente, la significación de las actitudes en el proceso de aprendizaje y en la formación del estudiantado es importante. Su atención no solo obedece a que son consideradas como predictores del rendimiento académico, sino también como variable que puede impedir o facilitar el aprendizaje tanto teórico como práctico de la asignatura.

4.4.2. Guía docente de Enfermería psiquiátrica y salud mental

El saber profesional está en mayor o menor medida afectado por opiniones, prejuicios, actitudes y opiniones ideológicas que le pertenecen no como profesional sino como ciudadano de a pie. El educador se nutre inevitablemente, y a menudo expresa de forma más o menos explícita, de sentimientos, creencias y juicios que tienen poco que ver con sus conocimientos científicos.

Hablaremos de calidad educativa cuando esta esté basada en una metodología apropiada y en contenidos que abarquen todas las áreas del proceso de enseñanza-aprendizaje: conceptual, procedimental y actitudinal, con una perspectiva holística e integrada. Por lo que la concepción del currículum como praxis es la idónea para cambiar las actitudes de los alumnos, transformar sus estereotipos y prejuicios hacia la enfermedad y el enfermo mental.

La guía docente que presentaremos es parte del plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Lleida, publicado en el BOE núm. 303, resolución 23.104 de 15 de noviembre de 2000, y se implementa en el curso académico 2003-2004 (anexo 1).

Objetivos teóricos de la asignatura

El alumno ha de ser capaz de:

- conocer la complejidad de la interacción de factores biológicos, familiares, psicológicos y socioculturales que inciden en el desarrollo, control y prevención de las enfermedades mentales;
- conocer las variantes, etiológicas, epidemiológicas, ambientales, culturales, transculturales, etc., que intervienen en el enfermo mental;
- identificar los criterios de valoración de enfermería para cada una de las psicopatologías más frecuentes;
- conocer, definir y delimitar todos y cada uno de los síntomas y grandes síndromes psiquiátricos;
- especificar las medidas de educación sanitaria oportunas en cada situación psicopatológica, así como la adecuación de otros recursos en el ámbito tanto sanitario como social;
- identificar, valorar e interpretar los diversos síntomas psiquiátricos y encuadrarlos en una entidad sindrómica y nosológica;
- analizar fundamentos teóricos del proceso de cuidados en enfermería psiquiátrica en una visión comprensiva e integral;
- elaborar estrategias básicas de atención de enfermería;
- conocer la situación actual de la psiquiatría y la salud mental en el sistema sanitario y su legalización, así como los recursos preventivos, terapéuticos, asistenciales,

rehabilitación referente al padecimiento psiquiátrico y de salud mental para el paciente, familia y sociedad;

- definir, identificar las necesidades y problemas de las alteraciones de psiquiatría y salud mental;
- definir, valorar y planificar en las intervenciones de los cuidados de enfermería en los problemas y necesidades psiquiátricas y de salud mental; y
- conocer la magnitud de los problemas de salud mental más frecuentes, sus manifestaciones clínicas y los factores que influyen en su desarrollo y control.

Contenido teórico

Unidad didáctica 1. Conceptos básicos: fundamentos de la enfermería psiquiátrica y de salud mental.

La salud mental y su protección.

Salud mental comunitaria.

Conceptos básicos de psicopatología.

La exploración de salud mental psicopatológica: entrevista y examen mental.

Introducción a las enfermedades mentales.

Unidad didáctica 2. Cuidados de enfermería en los trastornos psiquiátricos y de salud mental en el niño, en el adolescente, en el adulto y en el anciano.

Trastornos del desarrollo de la infancia.

Los comportamientos agresivos.

Trastornos del estado de ánimo.

Trastornos esquizofrénicos.

Trastornos mentales orgánicos.

Trastornos por ansiedad.

Trastornos de pánico, fóbicos, obsesivo-compulsivos, reacciones y trastornos de estrés.

Trastornos disociativos.

Trastornos somatoformes.

Las conductas alcohólicas.

Las conductas drogodependientes.

Trastornos de la personalidad.

Trastornos del sueño.

Trastornos sexuales.

Trastornos de la conducta alimenticia.

Urgencias psiquiátricas: crisis e intervención de crisis, conducta suicida, conductas violentas, víctimas de duelo agudo.

Unidad didáctica 3. Atención de enfermería de salud mental al individuo niño, adulto y adolescente, familia y comunidad.

Relación enfermería-paciente. Rol de la enfermería psiquiátrica.

Los modelos actuales de asistencia psiquiátrica.

Proceso de cuidado en enfermería psiquiátrica: observación, análisis, interpretación y evaluación del cuidado.

Relación de ayuda individual como proceso: características, actitudes, habilidades, fases de relación.

El tratamiento psicoterapéutico.

Los tratamientos psicofarmacológicos.

Monitorización y cumplimiento terapéutico.

Terapia electroconvulsiónante (TEC).

Rehabilitación y readaptación social del enfermo mental.

La educación para la salud mental individual, familiar y de la comunidad.

Aspectos legales en enfermería psiquiátrica.

Metodología teórica

Se realizará por medio de clases magistrales participativas, con la exposición de los diferentes contenidos planificada con tiempo para la participación de los alumnos. Además, se realizarán seminarios para complementar los contenidos teóricos del programa.

Objetivos prácticos de la asignatura

Con las prácticas en las diferentes unidades de salud mental y psiquiatría, se pretende la socialización de los alumnos en situaciones reales concretas, donde se busca que

adquieran actitudes, aptitudes y habilidades, y comportamientos profesionales en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría.

Objetivos:

- desmitificar la salud mental y la psiquiatría;
- conocer de forma global y crítica el contexto: funcionamiento y organización de los centros y unidades donde se realicen prácticas en Lleida;
- conocer las funciones profesionales de enfermería en los diferentes centros y unidades donde se realicen las prácticas;
- conocer las características de la población objeto de intervención en las unidades de salud mental y psiquiatría;
- motivar la participación en el equipo de salud del centro y unidad para que a través del intercambio de opiniones y experiencias estas se consoliden en su aprendizaje práctico psiquiátrico;
- participar en el proceso de identificación, valoración, diagnóstico, planificación y evaluación de las actuaciones y seguimiento de salud mental y psiquiatría;
- desarrollar la capacidad de toma de decisiones para adquirir progresivamente seguridad y dominio en el ejercicio de la profesión de enfermero en salud mental y psiquiatría;
- identificar las necesidades y proporcionar atención integral de enfermería a enfermos y familias del ámbito de la salud mental y de la psiquiatría;
- utilizar las técnicas terapéuticas que favorecen la rehabilitación del paciente con problemas de salud mental;
- evaluar y reflexionar la intervención en todo el proceso del cuidar psiquiátrico; y
- desarrollar habilidades profesionales, sociales e interpersonales.

Actividades

- Prestar cuidados integrales a usuarios de los servicios de salud mental, utilizando para ello el proceso de atención de enfermería.
- Participar en las actividades de enfermero que se realicen en el servicio.
- Elaborar una miniexperiencia de alguna situación vivida durante su etapa en prácticas (modelo reflexivo).

Metodología de la práctica

La metodología de prácticas reflexivas se inspira en los modelos de formación de supervisión clínica y aprendizaje experiencial.

En el aprendizaje experiencial se parte de una situación real y a través de un proceso donde el componente esencial es la experiencia, permitiendo a los alumnos vivir la realidad desde dentro, aproximarse a los problemas reales y a los modos cómo los profesionales los resuelven, para potenciar y desarrollar sus capacidades de análisis, síntesis, inferencia y observación.

Este modelo de aprendizaje se realiza operativamente por medio de tutorías individuales y por seminarios de pequeños grupos donde al alumno se le permite narrar y opinar sobre su propia experiencia, lo que percibe y lo que siente durante su periodo de prácticas, así como evaluar su propio proceso de aprendizaje.

Actividades prácticas

- Prestar cuidados enfermeros integrales a usuarios de los servicios de salud mental.
- Participar en las tareas y actividades que se realicen en el servicio.
- Asistir a los seminarios programados.
- Elaborar un texto de una vivencia experimentada durante su periodo de prácticas.

Tutorizaciones en la práctica

El *practicum* propone dos tipos de tutorización.

- Tutor o mentor. Correspondería al profesor responsable de la materia o asignatura, que es responsable de coordinar los conocimientos teóricos y prácticos señalados en el programa de la asignatura; velar por la metodología utilizada en el aprendizaje práctico, así como participar en el seguimiento y evaluación del alumno. Será el encargado de los seminarios propuestos.
- Tutor o profesor de prácticas. Sus responsabilidades serían velar por las necesidades del alumno durante su periodo práctico, proporcionándole apoyo y orientación, velar por una buena y adecuada impartición de los contenidos

prácticos y aplicación de la metodología, así como participar en la evaluación del alumno.

Temporalización de la práctica

El alumno realizará sus prácticas en los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Sta. María de Lleida (Unidad de Agudos, Unidad de Subagudos, Unidad Infanto-juvenil, Hospital de día, CAP, CAS), del Centro Asistencial San Juan de Dios de Almacellas-Lleida (Unidad de Subagudos) y en Residencia Terraferma-Lleida (Unidad de Psicogeriatría), durante cuatro semanas, de martes a viernes, en el turno de mañana (de 8 a 15 horas) o en el turno de tarde (de 15 a 22 horas).

Modelo y criterio de evaluación

La evaluación total es sumatoria entre el bloque teórico y el práctico, en una proporción de 60% el teórico y 40% para el práctico, siempre que se aprueben los dos bloques.

El bloque teórico se evaluará por medio de una prueba escrita (examen) de los contenidos de las tres unidades didácticas y los seminarios complementarios de los mismos. Dicha prueba se realizará por medio de preguntas tipo test, de respuestas breves, e ítems de evocación. La puntuación mínima de la prueba para aprobar es de 5.

La evaluación del *practicum* es de carácter continuo y formativo. En ella intervienen todos los agentes implicados: profesor, tutor de prácticas y alumno.

La evaluación contempla fundamentalmente dos planos:

- plano instrumental, y
- plano actitudinal, donde se valora el grado de interés, disponibilidad, adaptabilidad y satisfacción, y el nivel de implicación en el conjunto de las prácticas.

Esta evaluación se realizará por el documento de situaciones vividas y por la información recogida en los seminarios, y por la valoración del tutor de prácticas por medio de documento escrito.

TERCERA PARTE

CAPÍTULO 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

A partir de la definición de los objetivos y la finalidad de la investigación y una vez delimitado, de manera general, el marco teórico que sustenta y da forma a la tesis, iniciamos el diseño del estudio empírico, con el cual intentaremos conocer e interpretar la realidad que se pretende estudiar, que son las creencias de los alumnos sobre los enfermos mentales, así como la realidad vivencial de los alumnos en su experiencia práctica en la unidad de psiquiatría.

Como más adelante se justificará, nos hemos decantado por aproximarnos al objeto de estudio desde un enfoque cualitativo, porque entendemos que es el más apropiado para explorar las actitudes y prejuicios de los estudiantes hacia la enfermedad mental y psiquiátrica, antes y después de las prácticas psiquiátricas, y para reconocer y comprender la influencia de estas actitudes y prejuicios en el aprendizaje del estudiante. Este trabajo de investigación se realizará mediante un *estudio de casos múltiples de tipo etnográfico*, orientado a identificar los prejuicios que experimentan los estudiantes de Enfermería psiquiátrica antes de su periodo práctico y, por otro lado, determinar la evolución de los mismos a lo largo de su aprendizaje práctico; en definitiva, una descripción o reconstrucción de escenarios.

Toda esta información me va a conducir a intentar desarrollar una posible propuesta formativa que proporcione un mejor aprendizaje a los alumnos en sus prácticas de Enfermería psiquiátrica y salud mental.

5.1. PRESENTACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO

Las ciencias sociales y de la educación son, desde su origen, multiparadigmáticas, (Medina, 1994, y Erickson, 1989). Esto significa que existen múltiples maneras de contemplar, conceptuar y acceder a la realidad social y educativa. Esta multiplicidad

afecta no solo a las posiciones ontológicas y epistemológicas que explican cómo se puede comprender la realidad y bajo qué condiciones podemos conocer la realidad social y educativa y los enunciados científicos, sean teóricos o aplicados, explica también cómo funcionan y cómo podemos modificar la realidad social, y cuáles son las técnicas empíricas que podemos utilizar para extraer y analizar las informaciones de la realidad.

Para poder describir y explorar los significados e interpretaciones que los propios actores atribuyen a nuestro fenómeno social y educativo, se hace imprescindible realizar un estudio de investigación cualitativa.

La elección supone partir de fundamentos epistemológicos y metodológicos diferentes de la investigación cualitativa (naturalista) versus la investigación cuantitativa (positivista), con atributos de los paradigmas diferentes:

Paradigma cualitativo	Paradigma cuantitativo
* Aboga por el empleo de los métodos cualitativos.	* Aboga por el empleo de métodos cuantitativos.
* Fenomenologismo y comprensión. Interesados en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.	* Positivismo lógico. Busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de las personas.
* Observación naturalista y sin control.	* Medición penetrante y controlada.
* Subjetivo.	* Objetivo.
* Próximo a los datos; perspectiva <i>desde dentro</i> .	* Al margen de los datos; perspectiva <i>desde fuera</i> .
* Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.	* No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencia e hipotético-deductivo.
* Orientado al proceso.	* Orientado al resultado.
* Válido: datos <i>reales, ricos y profundos</i> .	* Fiable: datos <i>sólidos y repetibles</i> .
* No generalizable: estudio de casos	* Generalizable: estudio de casos

aislados. * Holística. *Asume una realidad dinámica.	múltiples. * Particularista. * Asume una realidad estable.
--	--

Tabla I. Paradigmas de investigación, tomado de Cook y Reichardt (1986, p. 29).

La metodología cualitativa es un modo de encarar el mundo empírico, y no como lo considera la metodología cuantitativa, como un conjunto de técnicas para recoger datos (Ray Rist, 1977).

Las características de la investigación cualitativa que pretendo realizar son, tal y como definen Taylor y Bodgan (1987), las siguientes:

- la investigación cualitativa es inductiva, partiendo de datos para desarrollar conceptos y comprensiones; sigue un diseño flexible con unos objetivos iniciales formulados de una forma abierta, adaptándose a cambios o resultados;
- se enfoca el trabajo desde una perspectiva holística tanto a la persona como al contexto en el espacio y el tiempo (universidad y unidad de psiquiatría, alumnos de tercero matriculados en la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental, durante un periodo longitudinal de dos años), considerándolo como un todo;
- se debe interactuar con las personas que son objeto de estudio, de modo natural y no intrusivo, por lo que en la observación se tratará de no desentonar en la estructura (se inicia el contacto real en el escenario unos meses antes de la observación real), y en las entrevistas en profundidad se seguirá el modelo de una conversación normal, para intentar no controlar o reducir a la persona;
- se intentará comprender a las personas e interpretar la realidad del otro desde su punto de vista (entrevista biográfica, diario);
- utilizará métodos que permiten recoger lo que las personas dicen o hacen, es decir, observar directamente la vida social, sin el filtro previo de conceptos o definiciones propias creencias, perspectivas y predisposiciones; y
- teoría y realidad mantendrán una dialéctica constante durante toda la investigación.

Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico (Blumer, 1969). Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace (entrevista y observación).

Es decir, que la investigación cualitativa destaca la importancia del contexto, la función y el significado de los autores humanos, explicando el comportamiento humano por la valoración de la importancia de la realidad tal como es vivida por este (Martínez, 1999), permitiendo recoger diferentes matices y aportaciones más específicas.

La fundamentación ontoepistemológica en la que se soporta y vertebra el estudio alude a las siguientes cuestiones: a) los aspectos del ser y la naturaleza de la realidad que se desea interpretar y comprender (Guba & Lincoln, 1989); b) la indagación fenomenológica hermenéutica de los significados: aportaciones epistemológicas desde la hermenéutica gadameriana; c) las relaciones entre conocedor y conocido (o cognoscible) (Guba & Lincoln, 1989); d) las características del conocimiento que obtendremos en un estudio (Sandín, 2003); y e) algunos supuestos metodológicos que se refieren a la mejor forma de acceder a esa realidad (Medina, 1996, 2005).

El paradigma que dirige esta investigación es el paradigma interpretativo, en tanto que se busca comprender la conducta humana desde los significados e intenciones de los sujetos que forman parte de la realidad estudiada. Como señala Van Manen (2003), el ser humano es una persona que «significa», es decir, que da significado a las cosas del mundo y deriva significado de ellas. Y considera esta investigación como un proceso activo, sistemático de indagación. En el caso de nuestro estudio, se penetra en el mundo personal de los sujetos y se busca la objetividad en el contexto educativo (Latorre, Del Rincón y Amal, 1996).

Con este enfoque se trata de conocer, describir, analizar, interpretar y comprender el significado de los prejuicios en el aprendizaje de los alumnos, incorporando lo que los participantes dicen (reflexiones, experiencias, creencias y los pensamientos que tienen tal como los expresan ellos mismos), así como sus conductas reales frente al paciente psiquiátrico.

Desde este enfoque epistémico se entiende que la realidad se constituye no solo de hechos observables y externos sino también de significados, símbolos e interpretaciones contruidos por el propio sujeto en interacción con el entorno. Las prácticas humanas solo pueden hacerse inteligibles a través de la comprensión de los significados que sus actores manejan para darles sentido (Wright, 1980).

Se parte de un marco metodológico que orienta la investigación, pero el desarrollo de la misma ha tenido un carácter flexible, queriendo decir que en todo momento estuvo abierto a modificaciones, reformulaciones a medida que avanzábamos en la obtención de los datos, por lo que no se plantea como un producto fijo y acabado.

En consonancia con todas estas pinceladas del enfoque metodológico se pretende conocer y comprender cómo los estudiantes noveles de Enfermería psiquiátrica y salud mental viven su aprendizaje en su periodo práctico y cómo interpretan los cambios que experimentan a lo largo de este.

5.2. ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES DE CORTE ETNOGRÁFICO

Los objetivos de la tesis y la finalidad del estudio me condujeron a optar por el estudio de casos como estrategia de investigación. Y tras descartar otras opciones metodológicas que no lograban dar respuesta a mis supuestos epistemológicos y a los interrogantes planteados de manera inicial, se optó por el enfoque tipo de estudio de casos múltiples de corte etnográfico insertados en el marco de la investigación cualitativa y la indagación naturalista (Pérez Serrano, 1994).

5.2.1. Estudio de casos múltiples

«El estudio de casos es uno de los métodos más característicos del enfoque cualitativo. Es un tipo de investigación particularmente apropiado para estudiar un caso o situación con cierta intensidad en un periodo de tiempo corto. El potencial del estudio de casos radica en que permite centrarse en un caso concreto o situación e identificar los distintos procesos interactivos que lo conforman» (Walter, 1983, en Latorre, Del Rincón, Amal 1996, p. 232).

Para Walter (1983), el estudio de casos es el examen de un ejemplo en acción. Supone la recogida selectiva de información de hechos, situaciones, intenciones y valores, y permite al que lo realiza captar y reflejar los elementos que dan significado a una situación, presentando como propiedades esenciales ser particularista, descriptivo, heurístico e inductivo (Merriam, 1988).

Propiedades que nos justifican la elección del método de investigación. La investigación propuesta responde a un estudio de carácter *particularista*, es decir, pretendemos conocer y comprender una situación o acontecimiento concreto; en este caso nos centramos en la figura de cada alumno de la asignatura de Enfermería psiquiátrica y salud mental del tercer curso de la Diplomatura de Enfermería.

Es de carácter *descriptivo* porque se busca realizar una descripción rica y densa del fenómeno objeto de estudio, proporcionando una ventaja indiscutible para la interpretación de las situaciones. En este sentido, buscamos describir cómo el alumno reacciona ante las situaciones que se encuentra en su práctica psiquiátrica y qué influencias socioculturales le afectan.

Es *heurístico* en tanto que se centra en comprender una realidad concreta y, por lo tanto, ofrecer nuevos significados acerca de esa realidad. Coincidimos con Stake (Stake, 1981, en Pérez Serrano, 1994, p. 93) al afirmar que «puede esperarse que relaciones y variables antes desconocidas emerjan de los estudios de casos, llevándonos a un replanteamiento del fenómeno estudiado», proporcionando flexibilidad y apertura, enriqueciendo la comprensión de la realidad con respecto a los prejuicios en el aprendizaje de los alumnos de esta área concreta, psiquiatría.

El objeto último del estudio es *interpretar* o teorizar acerca del fenómeno a estudiar, partiendo de toda la información recogida, ya que la investigación propuesta responde a un modelo de análisis inductivo. Los conceptos o las hipótesis acerca del objeto de estudio surgirán del análisis de los datos creados en el mismo contexto de estudio.

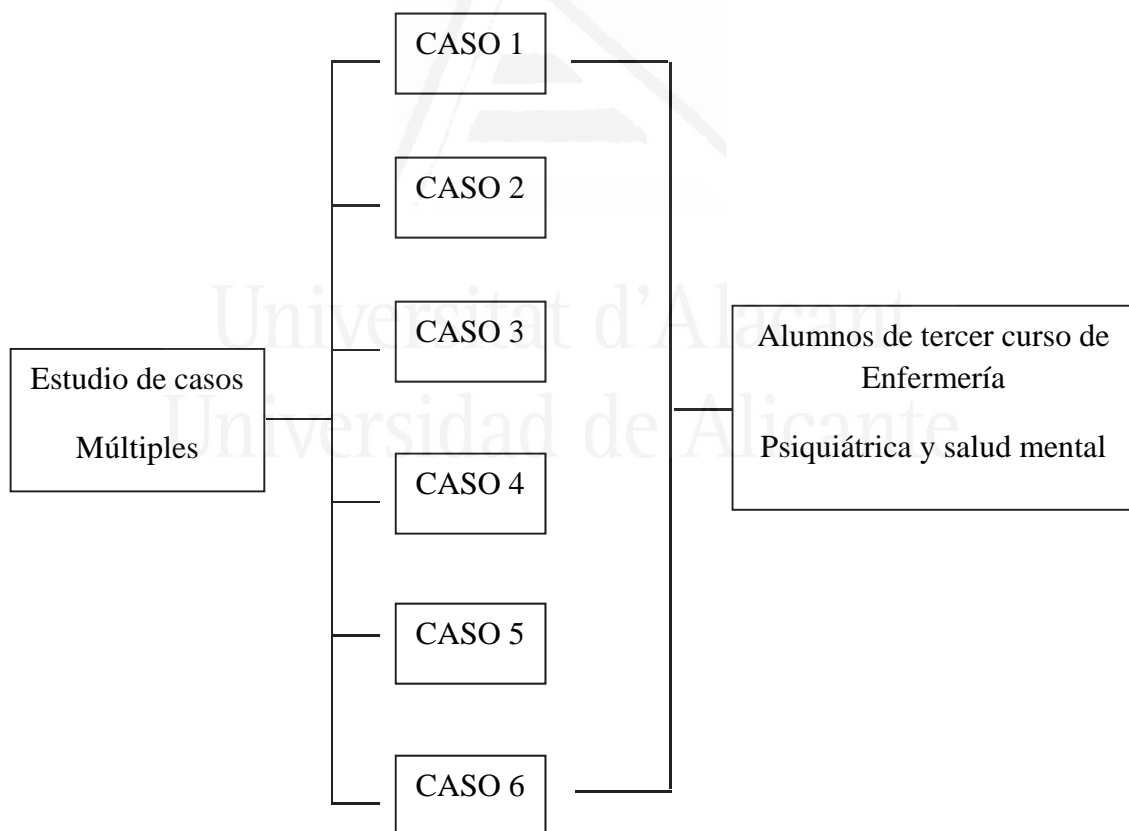
Sin embargo, no podemos obviar que nuestra forma de describir el mundo depende, al menos inicialmente, de un marco interpretativo que focaliza nuestra atención y encamina la recolección de datos. Todo investigador inicia un proceso de indagación contando *a priori* con alguna noción de aquello que busca. En cualquier caso, parte de un conocimiento construido a partir de sus expectativas, de sus métodos de análisis, de sus concepciones epistemológicas. Este marco preconfigurador nos hace asignar un significado a lo que vemos y oímos.

Si el investigador utiliza varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, evaluar o modificar, hablamos de diseño de casos múltiple (Gómez et al., 1996), argumentándose que las evidencias presentadas son más convincentes y robustas en la replicación que los diseños de caso único (Yin, 1984).

En nuestro estudio, se pretende trabajar a partir de seis casos concretos. El estudio de casos múltiple finalizará con un informe donde concluyen los seis casos que lo conforman, consiguiendo, de esta manera, una descripción y comprensión holística de la realidad que se pretende estudiar.

Los casos que conforman nuestro diseño en este estudio son los siguientes:

Esquema 3. Estudio de casos múltiples



Pero el estudio de casos también recibe críticas, como es el problema de la generalización. ¿Se puede generalizar sobre la base de un estudio de casos? Como destaca Pérez Serrano (1990), la investigación cualitativa no busca la generalización, sino que es idiográfica: se caracteriza por el estudio en profundidad de una situación concreta. En cualquier caso, la posibilidad de generalización y/o transferencia está en el lector. Éste debe encontrar aquellos aspectos del estudio de casos que son comunes a su propia experiencia, y en función de esto, extraer aquello susceptible de ser aplicado en su contexto. Es lo que se denomina «generalización naturalista», es decir, encontrar vínculos entre aquello que está escrito y la propia realidad del lector. No hemos de olvidar que el caso estudiado es el ejemplo de algo más genérico, y así debe ser transmitido, de tal manera que los lectores puedan ver lo universal en lo concreto y establecer las relaciones pertinentes.

5.2.2. De tipo etnográfico

No existen métodos universales sino problemas de investigación para los que se debe buscar la aproximación metodológica más adecuada. La decisión para concretar y seleccionar el enfoque metodológico más apropiado se basa en dos criterios fundamentales: la naturaleza del proceso de indagación y mis supuestos epistemológicos como investigadora. Como señala Medina (2005), la selección de una estrategia de investigación es una cuestión en la que intervienen valores sociales y no solo técnicos. Debe ir en relación con los supuestos éticos, epistemológicos y teóricos desde los que parto como investigadora.

Además, Eisner (1998) expone que los rasgos que hacen cualitativo a un estudio serían, entre otros, que no son manipulativos, estudian situaciones de forma naturalista, según la forma de ser de los actores, son estudios en los que aparece el yo como instrumento, haciendo audible la voz del investigador, teniendo un sentido de lo significativo, y en los que la interpretación significaría descubrir el significado que los hechos tienen para quienes los experimentan.

Después de lo expuesto, las prácticas clínicas de los estudiantes se sumergen en un mundo basado en experiencias, vivencias e incertidumbre, y tienen lugar en un contexto natural, determinado y específico; la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría. Por

ello, la metodología a utilizar será la investigación cualitativa. Se trata de describir y comprender el contexto de las prácticas de los estudiantes de Enfermería tal y como son en realidad, desde las descripciones de la experiencia o vivencia humana, desde el mundo interior de los alumnos, tal y como son vividas y experimentadas por ellos.

Se trata de alcanzar una descripción fiel de lo que sucede en el contexto natural de los actores sociales, teniendo en cuenta en primera persona el discurso de los alumnos. Se trata de mostrar la realidad de las personas desde su punto de vista, aportando una interpretación fidedigna. A esta descripción de la realidad Geertz (1995) la denomina «descripción densa».

Es necesario, por tanto, definir la vivencia como el modo en que la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndoles significados que siempre van acompañados de sentimientos. La vivencia es la que más se aproxima al propio existir y solo adquiere sentido para quien la experimenta (Forghieri, 1991). Las prácticas clínicas de los estudiantes están saturadas de vivencias, sentimientos y relaciones humanas; circunstancias todas ellas que influirán en gran medida en el aprendizaje de los futuros profesionales.

Según Taylor y Bogdan (2008), la investigación cualitativa es flexible, ya que se observa el escenario desde una perspectiva holística, como un todo, y trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. El investigador se identifica con las personas, estudia a fin de comprender cómo ven las cosas, dando validez a todas las perspectivas. No se busca la verdad, sino la comprensión detallada.

Este tipo de enfoque proporciona una mirada diferente, adaptándose a las situaciones de ambigüedad y de complejidad tan frecuentes en la práctica cotidiana de los enfermeros.

Se han de estudiar los fenómenos que ocurren en las prácticas de manera conjunta, como un todo, sin desagregarlos, ofreciendo respuestas a preguntas que se centran en experiencias sociales, inmersas en contextos sociales, en el ambiente de las prácticas clínicas, donde el trato con los pacientes y con el resto de profesionales está cargado de subjetividad, y es esa subjetividad la que no podemos ni debemos intentar ocultar,

porque implicaría renunciar a ese enfoque holístico tan propio y que tanto reivindicamos en la profesión enfermera. Implicaría no tener en cuenta los sentimientos, los valores y las percepciones presentes en toda relación humana y tan cargados de subjetividad.

Implican una interacción sujeto-sujeto y deben ser entendidos como actos humanos basados en relaciones humanísticas. La esencia de la acción profesional enfermera radica en una forma particular de relaciones entre personas: una relación subjetiva entre un ser humano y otro, donde la subjetividad del enfermero influye y se ve influida por la subjetividad de la persona a la que cuida (Medina, 1999).

Tras un proceso profundo de reflexión sobre el tema de la investigación y la búsqueda de la máxima adecuación entre la forma de investigar y la naturaleza del objeto de estudio, he optado por una aproximación cualitativa de corte etnográfico.

El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, los roles, los valores y las normas del ambiente en que se vive se van interiorizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal de una forma adecuada. Nos ayuda a tomar conciencia de la complejidad del contexto del aprendizaje práctico y de las vivencias con el enfermo psiquiátrico.

Los etnógrafos intentan describir y reconstruir de forma sistemática y lo más detalladamente posible las «características de las variables y fenómenos, con el fin de generar y perfeccionar categorías conceptuales, descubrir y validar asociaciones entre fenómenos, o comparar los constructos y postulados generados a partir de fenómenos observados en escenarios distintos» (Goetz y LeCompte, 1988, p. 41); ello nos permitirá apreciar los aspectos, tanto generales como de detalle, necesarios para dar credibilidad a nuestra descripción.

El enfoque etnográfico proporciona las estrategias de investigación que nos conducirán a la reconstrucción cultural, como señalan Goetz y LeCompte (1988, pp. 28-29).

Proporcionan datos fenomenológicos, que representan la concepción del mundo de los participantes que están siendo investigados (alumnos), de forma que sus constructos se utilizarán para estructurar la investigación.

Estas investigaciones son empíricas y naturalistas. Se recurre a la observación participante y no participante para obtener los datos empíricos de primera mano de los fenómenos (prejuicios) tal como se dan en los escenarios del mundo real, procurando evitar la manipulación intencional de las variables del estudio por parte del investigador.

Son de carácter holístico, que pretende construir descripciones de fenómenos globales en los diversos contextos y determinar las complejas conexiones de causa y consecuencias que afectan al comportamiento y las creencias en relación con dichos fenómenos. En el caso de este estudio, describir y determinar la influencia de los prejuicios en el aprendizaje de nuestros alumnos.

Pero debemos añadir su carácter multimodal o ecléctico que los propios autores le reconocen, en el sentido de que no se limitan a una sola técnica, con el fin de lograr una reconstrucción cultural.

Y debemos tener en cuenta que para que la investigación sea denominada etnográfica se requiere la estancia más o menos prolongada en el contexto donde tiene lugar el fenómeno de indagación (Taylor y Bogdan, 2008) y el intento de comprensión de los significados que los sujetos construyen para dar sentido a sus prácticas (Geertz, 1995).

Nuestro estudio asume el método y procedimiento etnográfico para llegar a encontrar lo general en lo particular, mediante la captación de lo esencial, que es lo universal. «Lo universal no es aquello que se repite muchas veces, sino lo que pertenece al ser en que se halla por esencia y necesariamente» (Martínez, 1999, p. 21).

5.3. ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS

Siendo nuestra investigación un estudio de casos de corte etnográfico, en el cual se pretende realizar una recreación de la realidad estudiada por medio de la percepción y comprensión que tienen acerca de la realidad los sujetos que intervienen en el fenómeno, nos parece conveniente utilizar estrategias etnográficas de recogida de datos, cuya distinción son la fluidez y el carácter abierto: la observación y la entrevista en profundidad (algunas de tipo biográfico).

Son estrategias interactivas de recogida de datos que implican una interacción personal entre investigadores y participantes, produciendo como resultado reacciones en estos últimos que pueden afectar a la información reunida (Pelto y Pelto, 1978), permitiendo obtener con más facilidad información más relevante para las cuestiones planteadas en el estudio.

Finalmente, se completa también con el análisis de documentos como fuente de recogida de información, como el programa de la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental, en la revisión de los planes de formación inicial y en la evaluación del aprendizaje práctico.

Como ya se ha indicado, se recurre a la complementariedad de técnicas de recogida de información. Coincidimos con Cook y Reichardt (1986) al considerar que «lo más adecuado para comprender los fenómenos con toda su complejidad y amplitud es la flexibilidad y adaptabilidad de los métodos», considerándose adecuada su utilización para atender mejor a las exigencias de la investigación.

La información obtenida, debidamente triangulada, nos permitirá comprender cómo los sujetos partícipes del estudio dan significado a su realidad y a las experiencias que tienen de ella.

5.3.1. Entrevista en profundidad

La entrevista es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona («el informante», en término prestado del vocabulario básico de la antropología cultural), que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor. Entendemos biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado.

La entrevista nos permitirá recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas, creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento, como señala Jakobson (1981), en vez de usar otras técnicas de recogida de datos que no

estarían al alcance del investigador. También permite interpretar comportamientos pasados, presentes o futuros, es decir, al orden de lo realizado o realizable, no solo lo que el informante piensa sobre el asunto que investigamos, sino cómo actúa o actuó en relación con dicho asunto y lo que son (lo que creen ser y hacer), siendo el primer paso de una etnografía (Catani, 1990), constituyendo una fuente de significado y complemento para el proceso de observación.

Las entrevistas cualitativas, también denominadas entrevistas en profundidad, son flexibles y dinámicas, descritas como no directivas, no estructuradas, no estratificadas y abiertas.

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas, lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista (Taylor y Bogdan, 1996, p. 101).

La entrevista en profundidad es una técnica mediante la cual el «entrevistador estimula a la expresión, de forma libre, conversacional y poco formal, sus sentimientos y pensamientos sobre un tema concreto» (Pérez Serrano, 1994, p. 41), donde el rol implica no solo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. Por lo que es importante establecer *rapport* con los informantes a través de repetidos contactos a lo largo de cierto tiempo, y desarrollar una comprensión detallada de sus experiencias y perspectivas.

Por lo que se ha comentado, la entrevista en profundidad nos permitirá:

- una mayor comprensión de la cultura;
- un acceso a la dimensión oculta de las relaciones sociales;
- un descubrimiento de visiones y posturas no aparentes; y
- una aproximación más real a aquello que se pretende investigar.

Pero no debemos dejar de señalar las desventajas de la entrevista en profundidad, que provienen del hecho de que los datos que se recogen en ella consisten solamente en enunciados verbales o discursos. En primer lugar, en la forma de conversación, las entrevistas pueden ser susceptibles de producir las mismas falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas. Y aunque los relatos verbales de la gente puedan aportar comprensión sobre el modo en que piensan acerca del mundo y sobre el modo en que actúan, es posible que exista una gran discrepancia entre lo que dicen y lo que realmente hacen (Deutscher, 1973). La gente ve el mundo a través de lentes distorsionadas, como señalan Becker y Geer (1957), y el investigador no debe aceptar sin sentido crítico la validez fáctica de las descripciones de acontecimientos por parte de los informantes. Circunstancia que describen perfectamente Benney y Hughes (1970, p. 137): «Toda conversación posee su propio equilibrio de revelación y ocultamiento de pensamientos e intenciones: sólo en circunstancias muy inusuales el discurso es tan completamente expositivo que cada palabra puede ser tomada como auténtica».

La entrevista no observa directamente a las personas en su vida cotidiana, no conoce el contexto necesario para comprender muchas de las perspectivas en las que estamos interesados. Las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones. Puesto que la entrevista en un tipo de situación, no debe darse por sentado que lo que una persona dice en una entrevista es lo que esa persona cree o dice en otras situaciones, como describe Irwin Deutscher (1973) en su libro *El que diem/el que fem: sentiments y actes*, donde señala la artificialidad del cuestionario y la entrevista, que ceñidamente controlada produce respuestas «irreales».

A pesar de estas limitaciones, pocos investigadores propugnarán el abandono de las entrevistas como enfoque básico para estudiar la vida social. Y nos permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quieren decir, y crean una atmósfera en la cual es probable que se expresen libremente. Según Taylor y Brogdan (1996, p. 108), mediante las entrevistas, el investigador hábil logrará por lo general aprender de qué modo los informantes se ven a sí mismos y a su mundo, obteniendo a veces una narración precisa de acontecimientos pasados y de actividades presentes, y casi nunca predice con exactitud la manera en que un informe actuará en una situación nueva.

En esta investigación se ha optado por la realización de entrevistas en profundidad por las siguientes razones:

- los intereses del entrevistador, que en la investigación cualitativa son necesariamente amplios y abiertos, y puede dirigir y encaminar la entrevista hacia aquella información relevante para la investigación;
- ofrece información acerca del entorno en el que se encuentra la persona entrevistada;
- permite captar actitudes difíciles de percibir a través de otro tipo de técnica;
- ofrece información relevante que permite planificar y dirigir la investigación;
- a través de la entrevista se puede acceder a información personal y propia de la persona entrevistada, ver el mundo a través de sus ojos, e introducirnos vicariamente en sus experiencias (Shaw, 1931), así como ayuda a comprender e interpretar mejor los sentimientos, impresiones, emociones e intenciones del informante; y
- se logra el empleo más eficiente del tiempo limitado del investigador.

Con la entrevista en profundidad se pretende conocer, analizar y comprender aquello que es significativo para los informantes, sus significados, sus interpretaciones y sus percepciones y concepciones acerca de la práctica enfermera en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental y acerca de su posible influencia en su aprendizaje y formación y desarrollo profesional.

5.3.2. Observación participante

La observación, para Ketele (1984, p. 21), «es un proceso que requiere atención voluntaria e inteligencia, orientado por un objetivo terminal y organizador y dirigido hacia un objeto con el fin de obtener información». El mirar es una cualidad innata de todos los individuos, no así el observar con un fin determinado (Sáez Carreras, 1993).

Como ya he mencionado, uno de los criterios metodológicos del estudio es la participación y a plazo en el contexto de campo, es decir, en el ambiente hospitalario, con profesionales sanitarios, enfermeros y estudiantes de Enfermería, donde estos desarrollan sus prácticas clínicas psiquiátricas. El contacto directo con los participantes y la estancia prolongada en el campo son condiciones esenciales del trabajo del

observador (Ruiz y Ispizua, 1989, p. 81), de ahí que me haya decantado por la observación como una de las principales estrategias de recogida de datos.

La observación participante es considerada como «la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el *milieu* de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo» (Taylor y Bogdan, 1987). Para Woods (1987), este tipo de observación consiste en la penetración de las experiencias de los otros en un grupo o institución desde la menor distancia posible.

Considero que la mejor forma de acercarme a la práctica clínica del estudiante es participar en la misma. Mi pretensión no es ser estudiante ni comportarme como tal, sino que me presentaré como una observadora (investigadora). Por tanto, siguiendo la clasificación de Junker (1960), el rol que adoptaré será el de *observadora como participante*. Al igual que Van Manen (2003), considero que la mejor forma de adentrarse en el mundo de la vida de una persona es participar en él. Sin embargo, prefiero decantarme por la connotación que hace Woods (1987) respecto al «observador comprometido» y a la *observación de cerca* que menciona Van Manen, como variación de la observación participante:

La observación de cerca implica la actitud de asumir una relación que se encuentra lo más cerca posible y a la vez mantiene un estado de alerta hermenéutico con respecto a situaciones que nos permiten dar constantemente un paso atrás y reflexionar sobre el significado de dichas situaciones. (Van Manen, 2003: 86)

Mantener este estado de alerta hermenéutico será esencial para indagar y reflexionar sobre el significado de lo narrado u observado en la práctica clínica del estudiante; actitud que transita entre la cercanía y la distancia con las situaciones de sus participantes. La distancia con el fenómeno de estudio evitará el *volverse nativo*, por un lado, y ayudará a la objetividad, por otro.

La observación participante nos proporciona una representación de la realidad de los fenómenos en estudio por medio de una inmersión en el contexto, al introducirnos dentro del grupo de estudio para llegar a formar parte de él y obtener sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo.

Entramos con el propósito de recoger información de primera mano en el lugar natural donde ocurre la situación, en la unidad de práctica de psiquiatría. La observación nos proporcionará las descripciones de los acontecimientos, de las personas, las interacciones entre ellas, así como vivencias de primera mano que permitirán comprender la situación o el comportamiento del grupo, y relatar la sensación del investigador, plasmándose en las notas de campo. Sin olvidar que esta técnica es reactiva o intrusista (el llamado efecto del observador, proporcionando datos falsos o desorientadores).

La técnica de observación nos permitirá acceder a la información suministrada por los participantes acerca de sus actividades y creencias y sus comportamientos observados. Como medio para determinar las percepciones y comportamientos de los individuos en su mundo, la observación participante permite al investigador verificar si los participantes hacen lo que creen (o cree el investigador) que hacen (Gotees y LeCompte, 1988).

La instrumentación de la observación será directa e indirecta. Teniendo en cuenta que la observación directa es aquella en la que es el mismo investigador quien procede a la recopilación de la información, sin dirigirse a los sujetos involucrados, a diferencia de la observación indirecta, donde el investigador se refiere al sujeto para obtener la información deseada. En nuestro estudio será el propio investigador quien realice la observación en el escenario donde el alumno realiza las prácticas, registrándolas en notas de campo, y el alumno proporcionará la información por medio de la realización del diario de las prácticas.

5.4. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La elección de los sujetos no responderá a criterios estadísticos. La muestra se obtendrá a través de un muestreo opinativo e intencional que tratara de identificar a aquellos estudiantes más adecuados. Interesa elegir determinados estudiantes con un perfil académico, experiencial, cultural y de sexo representativo del grupo. En concreto, se seleccionará seis estudiantes matriculados en la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental de tercer curso de la diplomatura, teniendo en cuenta el perfil, criterios de accesibilidad y aceptación.

Estudiantes que realizaran las prácticas en el Hospital Sta. María, en el servicio de psiquiatría en la unidad de agudos.

5.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El método analítico a utilizar será el de las comparaciones constantes (Glaser y Strauss, 1967). Con él conseguiremos comprender la realidad de esta investigación. Los estudiantes son quienes viven las experiencias con la enfermedad y el enfermo mental, ellos tienen su propia visión y perspectivas de lo vivido y de acuerdo a como ellos conciben la realidad analizada van proporcionando las categorías de esta investigación. Permitiendo que emerja lo que nos permitirá explicar relaciones que existen entre las categorías de la realidad que observamos.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se le entregará a cada estudiante el documento del consentimiento informado para que lo lea y tenga plena libertad de autonomía para participar. Además se les informa del total anonimato ya que sus nombres serán ficticios

Se solicitará permiso de realización del estudio a la dirección de enfermería del Hospital. También se solicitará la colaboración de la unidad, por medio de entrevista con el jefe de servicio.

En todo momento se garantizará el anonimato y la confidencialidad de los datos

CUARTA PARTE

CAPÍTULO 6. EL TRABAJO DE CAMPO

6.1. CONTACTO CON EL ESCENARIO DE CAMPO

Considero necesario mencionar que en todo este proceso de contacto, negociación y presentación fue muy importante como investigadora cuidar estos comienzos y las relaciones que establecía con el centro, la unidad, los estudiantes y los enfermeros. Implicaba *saber estar*, cuidar las relaciones, cuidar los tiempos y espacios, y tener la sensibilidad y la prudencia necesarias para moverme allí de manera adecuada, donde fue importante la implicación personal y profesional de la investigadora con el tema elegido, la formación en enfermería en el ámbito práctico de la salud mental y psiquiátrica; mi pertenencia a la enfermería e incluso a la educación en enfermería psiquiátrica y salud mental ha influido en el desarrollo y en la flexibilidad de la tesis.

Una vez decididos qué alumnos, en qué unidad y el periodo en que harían sus prácticas de enfermería psiquiátrica y salud mental para la investigación, se realizó el primer contacto de forma individual con ellos, donde se les explicaron los objetivos de la tesis y los procedimientos, y en qué consistía su participación (dos entrevistas, antes y después de las prácticas, y además serían observados por la investigadora durante su periodo de prácticas).

Los estudiantes manifestaron inicialmente perplejidad y extrañeza ante mi solicitud de participación. En todo momento mantuve una actitud de escucha ante sus inquietudes respecto al qué y al cómo realizaría el estudio. Recuerdo el primer contacto con los alumnos cuando les planteé su colaboración. Flor se mostró dispuesta y además lo vio como una oportunidad de poder explicar sus opiniones. Carmen y Gustavo estuvieron atentos y receptivos. Maite permaneció en silencio. Y Rocío y Ana manifestaron su interés y disposición a participar. En este primer contacto manifestaron, además, sus miedos a equivocarse en su colaboración y sentí que tal como ellos experimentaban aquel miedo ante lo desconocido, yo experimentaba lo mismo como investigadora

novel. Esto implicaba ser aún más cuidadosa con las relaciones que establecería con ellos y ellas, estar presente plenamente y responsabilizarme de la investigación.

En este primer encuentro, entregué a cada estudiante el documento del consentimiento informado para que tuviese la libertad de leerlo y la autonomía de participar, y para que me lo devolviese cuando lo considerase. No obstante, conviene explicar que en ningún momento se les forzó y desde el principio les aclaré que no aceptar participar en el estudio no tendría repercusión alguna en la relación con su profesora o en su expediente académico.

Se iniciaron las negociaciones de acceso a campo con el hospital Santa María, que colaboraba con la formación pregrado de los estudiantes de Enfermería. La elección del centro vino determinada porque es donde está ubicada la sección de psiquiatría, y, además, por las facilidades de colaboración que me ofrecía la dirección del mismo, debido a mi vinculación colaborativa previa en una de las unidades del hospital, la Unidad de Agudos de Psiquiatría, unidad en la que solicité realizar la investigación. El acceso se solicitó mediante una entrevista con la dirección de enfermería del centro, en la que se entregó un resumen del proyecto, detallando los objetivos y el grado de colaboración que era necesario.

Debido a estas circunstancias, tanto la negociación como el acceso al campo resultó muy fácil y muy ágil. Mi conocimiento de la unidad, del personal y de los responsables me proporcionó ventajas a la hora de desarrollar el proyecto.

Taylor y Bogdan (2008) afirman que es preferible no estar ligado a un campo, porque cuanto más próximo se está, más difícil resulta desarrollar la perspectiva crítica necesaria para desarrollar una investigación consistente, pero también es cierto que mis circunstancias particulares me facilitaron el acceso al campo y a los participantes.

Solicité también la colaboración de la Unidad de Agudos de Psiquiatría por medio de una entrevista con el jefe de servicio. El resultado de dicha entrevista fue la invitación a una sesión clínica, donde todo el personal sanitario estaba invitado, y donde tuve la posibilidad de exponer mi proyecto. Allí se explicó la finalidad del mismo y el tipo de

colaboración que necesitaba. Todos ellos se mostraron de acuerdo en colaborar en la investigación.

Considero necesario resaltar la disponibilidad y la colaboración de los profesionales sanitarios de la unidad.

6.2. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

En la investigación cualitativa, la selección de informantes también requiere un diseño flexible, comenzando con una idea general sobre las personas por las cuales se recogerá información, así como el modo de encontrarlas.

Con la lista de alumnos matriculados en la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental en mis manos inicié un proceso de selección. Era necesario elegir aquellos casos a través de los cuales pudiera realizar la relación entre el marco epistemológico de las prácticas de enfermería y la conformación del estigma hacia el enfermo mental (fenómeno) (Stake, 1997).

La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar a las personas (Glaser y Strauss, 1967), aunque carece relativamente de importancia, ya que lo importante es el potencial de cada *caso* para ayudar al investigador en el desarrollo de la comprensión teórica sobre el área estudiada de la vida social. Coincidiendo con la afirmación de Stake (1997), a la hora de elegir el caso es importante elegir aquel con el cual sintamos que más podamos aprender del fenómeno, la oportunidad de aprender es primordial. Se diversifica deliberadamente el tipo de personas, hasta descubrir toda la gama de perspectivas.

La muestra seleccionada responde a varios perfiles, de manera prevista en la entrada al escenario. Se utilizará, por lo tanto, el procedimiento llamado por Goetz y Le Compte (1988) «selección basada en criterios», y por Patton (1987), «muestreo intencionado». Exige determinar por adelantado el conjunto de atributos que deben poseer los participantes y las situaciones o fenómenos a estudiar. Debido a que el lugar idóneo para observar las prácticas clínicas del estudiante de Enfermería es el propio contexto hospitalario, es en dicho lugar donde se realizará la investigación. Por lo que consiste en

determinar las características de los sujetos que van a participar en la investigación con el fin de obtener la información necesaria para la finalidad del estudio.

La elección de los sujetos no responde a criterios estadísticos. Esta muestra se obtuvo a través de un muestreo opinativo e intencional que trató de identificar a aquellos estudiantes más adecuados. Este proceso se realizó de una forma rigurosa en toda su fase. Interesa elegir determinados estudiantes con un perfil académico, experiencial, cultural y de sexo representativo del grupo. En concreto, se seleccionan seis estudiantes matriculados en la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental de tercer curso de la diplomatura, teniendo en cuenta el perfil, criterios de accesibilidad y aceptación.

Finalmente, seleccionamos a los siguientes estudiantes:

- dos estudiantes de diferente sexo, Gustavo (A-3 Maite (A-2);
- dos estudiantes de procedencia académica de acceso COU y FP, Flor (A-1) y Ana (A-5); y
- dos estudiantes con y sin experiencia en el mundo laboral enfermero, Rocío (A-4) y Carmen (A-6).

Para asegurar la relevancia y pertinencia de la información que pudiese extraerse, los seis casos fueron extraídos de una muestra de 68 alumnos matriculados en la asignatura del curso 2005-2006.

La calidad y rigurosidad del proceso de configuración de la muestra obtenida en la investigación antes citada brindan credibilidad y solidez, indispensables para la investigación cualitativa, que busca resguardar estos principios.

6.3. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

La recogida de la información, como mencioné anteriormente, se realizó por entrevista antes de empezar su periodo de prácticas (febrero y marzo de 2006), posteriormente con la observación en prácticas (marzo, abril y mayo de 2006), y finalmente con una entrevista después del periodo práctico (junio, julio y agosto de 2006). Asimismo, los alumnos durante las prácticas realizaban un diario reflexivo, que se desarrollará seguidamente.

6.3.1. Entrevistas

La entrevista en profundidad es otra de las herramientas seleccionadas. Este tipo de instrumento permite ir un poco más allá, sumergirse en aquellas capas a las que con la observación no se llegaría.

Pero aunque se elabore un guion con los posibles temas a tratar durante la entrevista, se adopta una actitud flexible, no directiva, abierta y dialogada, donde la actitud del entrevistador se dirige a reforzar la comunicación y libre expresión por parte de la persona entrevistada.

Su diseño responde a las características de las entrevistas semiestructuradas, por su capacidad para indagar a partir de preguntas abiertas que proporcionan la flexibilidad necesaria para poder generar otros interrogantes que vayan surgiendo y que en un primer momento no se hayan planteado.

Se programan dos modelos de entrevista en profundidad con cada uno de los protagonistas, los alumnos. La primera, antes de realizar las prácticas, busca indagar en aspectos relacionados con la biografía personal y académica del alumno, así como en los motivos por los que eligió Enfermería, qué pensaba de la enfermedad mental y temas relacionados, y expectativas ante el inicio de las prácticas en la unidad. El contenido de esta entrevista se nutrió de mi experiencia como docente de la asignatura y de las vivencias compartidas con el alumnado.

En la segunda entrevista, posterior a su paso por la unidad, se profundiza en los significados de las acciones desarrolladas en las prácticas. Fue confeccionada desde varios factores: recordar sus vivencias durante la formación práctica, relaciones con los profesionales de la unidad y con los enfermos, aprendizaje, relacionar la teoría y la práctica, el trabajo de enfermería en la unidad, así como volver a plantear su visión del enfermo mental y temas relacionados. Fue también el momento para solicitar aclaraciones y matizaciones sobre sus opiniones e interpretaciones manifestadas antes de ir a la unidad de agudos.

Todas las entrevistas fueron registradas en un aparato de grabación, con el previo consentimiento de la persona entrevistada, y después, transcritas literalmente. La primera entrevista se realizó en varias sesiones, y la segunda, en una sesión. La duración media estaba prevista para una hora, aunque no todas fueron así, ya que surgieron diferentes problemas (ajuste de horarios, saturación del entrevistado...).

Además de la grabadora, se utilizó un cuaderno de notas donde se iban anotando las vivencias y sensaciones del investigador y las reacciones de los entrevistados (alumnos).

Para facilitar la comunicación y establecer un clima de confianza ante una fría relación del investigador y entrevistador con el participante, o en este caso profesor-alumno, se les permitió y se les animó a expresarse de manera auténtica.

Aunque ya estaban informados sobre todos los aspectos de la investigación, al inicio de la primera entrevista se volvieron a precisar motivos, propósitos e intenciones. Además, se explicó que se garantizaba el anonimato de la persona y la confidencialidad de los datos, dando la posibilidad de vetar cualquier aspecto del material escrito en las revisiones de las transcripciones.

Las conversaciones, que fue en lo que devinieron las entrevistas en su mayoría, se iniciaban con preguntas no directivas y abiertas. Se trataba de generar un clima de tranquilidad y confianza. En ese sentido, inicié las entrevistas con cuestiones no relevantes para la persona entrevistada y que no suscitasen inquietud, o bien con alguna pregunta de la entrevista anterior. A medida que avanzaba la conversación, iba introduciendo las cuestiones más relevantes para la investigación, algunas de las cuales implicaban que las personas entrevistadas tomaran partido en algunas cuestiones más personales. Algunos entrevistados tenían mucho que decir y rápidamente entraban en materia, y otros lo hacían de un modo más gradual, a los cuales se les tuvo que dirigir algo más. Mis intervenciones estaban orientadas a clarificar en lo posible el discurso de las personas entrevistadas.

Las transcripciones literales de todas las entrevistas fueron devueltas para su revisión y validación. La mayoría de los alumnos no quisieron revisarlas, ya que consideraban que

su postura en las entrevistas había sido sincera, y por lo tanto era lo que pensaban. Los comentarios realizados por los otros entrevistados fueron incorporados a la nueva transcripción.

6.3.1.1. Contexto de la entrevista

Para decidir el lugar de realización de las entrevistas hice una consulta a los estudiantes. Ante las respuestas de que les daba igual, sugerí mi despacho de profesora en el Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería.

Pensé en el despacho ya que era un lugar que ellos conocían, y además porque está muy bien acondicionado. Tiene abundante luz y aire acondicionado, es amplio y permite realizar las entrevistas en posición de igualdad, ya que tiene una mesa de despacho y otra de reunión.

Esquema 4. Lugar de la entrevista



Se pensó que las entrevistas fueran lo más privadas posibles y en un clima adecuado, sin ruidos y sin interrupciones, para lo cual antes de iniciarlas se desconectaba el teléfono y se apagaba el ordenador, así como se cerraba la puerta con llave. Además, se avisaba al bedel del centro de que oficialmente no estaba, para que no nos interrumpieran.

En la mesa se ponían unas galletas y agua, que se ofrecían al entrevistado, así como un cenicero por si le apetecía fumar. Además, se colocó en un buen sitio la grabadora, para posteriormente no tener problemas de escucha para transcribir las entrevistas.

En ninguna entrevista se me sugirió otro lugar, dando a entender que venía bien el despacho. Las entrevistas se hicieron aquí, excepto dos realizadas en junio, hechas en un aula seminario, ya que era final de curso y tenía muchas demandas por parte de los alumnos.

Antes de que los alumnos de tercer curso, comenzaran su periodo de prácticas, se iniciaron las entrevistas formales, dialogadas y en profundidad que fueron once, y seis después de su periodo de prácticas.

6.3.2. Observación

La observación es una de las herramientas clave de recogida de información en el marco de algunas investigaciones de carácter cualitativo. Permite percibir de manera directa la acción social compleja en un contexto particular. Nos permite percibir cualidades no solo de aquello que podemos ver, sino también de lo percibido por nuestros sentidos.

Como señala Eisner (1998), una mirada aguda, la de un ojo ilustrado, es aquella que percibe las cualidades que impregnan las relaciones sociales. Donde la observación va más allá de lo simplemente visible, trata de captar lo complejo en lo particular.

En función de los objetivos de la investigación, se propone una observación participante de las sesiones de prácticas, ya que está presente en el escenario y los participantes del escenario tienen conocimiento de su existencia y del sentido de la misma, comparten el mismo espacio y están habituados a su presencia.

La primera actitud fue la de *arremangarme los pantalones* (Taylor y Bogdan, 1987) y entrar en el campo, en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría. No sabía muy bien cómo me recibirían y cómo situarme en el rol de investigadora. Fue un momento que implicó diligencia, paciencia y humildad (para poder desplazarme hacia la experiencia del otro). El rol de investigadora que adopté fue el de *acompañar* en la vivencia del estudiante y también el de *aprendiz* como investigadora cualitativa. Cabe

decir que fue un momento en el que percibí esa negatividad de la experiencia, tal como la expone Gadamer (2007).

Con la observación, mi intención fue mostrar interés por todos los acontecimientos que se producían durante su desarrollo y, sobre todo, por las interpretaciones que los actores otorgaron al contexto social de las prácticas en la Unidad de Agudos del Servicio Psiquiátrico, mediante la convivencia con enfermeros asistenciales que desempeñan la labor de tutores de prácticas clínicas.

Por medio de la observación de las prácticas clínicas se pretende conocer las expectativas, los valores y las creencias de profesionales, tutores y estudiantes en el periodo práctico, así como las estrategias de aprendizaje utilizadas por los actores participantes.

Se plantea observar el mayor número de momentos del turno de prácticas, para poder tener una visión más completa, por lo que se realizaron 288 horas. La decisión de suspender las observaciones o distanciarlas está fundamentada en lo que se denomina como saturación de la información. Esto significa que cuando el observador considera que lo que observa y registra ha alcanzado un nivel en donde no hay nada nuevo, donde no hay nada más que lo sorprenda, es cuando se ha llegado a un nivel de saturación (Morse, 2003).

Mi labor como investigadora, durante esos periodos, fue acompañar al estudiante en el desempeño de sus funciones sin participar en ningún momento en las acciones de la práctica con mis opiniones ni con ninguna actuación con pacientes. Se trataba, simplemente, de observar el tipo de relación pedagógica que establecían tutor y estudiante, así como las relaciones que se establecían con los enfermos y, sobre todo, qué repercusiones tenían en el estudiante.

Se inició el trabajo de campo con observaciones descriptivas y generales, y según se avanzó en el tiempo, las observaciones se fueron focalizando en los aspectos más relevantes para dar respuesta a los interrogantes de la investigación.

El registro de la información se realizó mediante la transcripción de las notas de campo, durante y al final de cada día de observación, a través de las denominadas «notas condensadas» (Spradley, 1981, citado por Vallés, 1998). Las anotaciones suponían ya un primer nivel de análisis de datos. Reflejaban no solo una descripción de las situaciones, sino mis propias reflexiones personales sobre lo observado.

Una de las limitaciones de la investigación podrían ser las reticencias de los profesionales a ser observados, que manifiestan en el desarrollo de su actividad, aunque podría minimizarse debido a mi conocimiento previo del contexto y de algunos profesionales de enfermería, y a la sesión clínica realizada antes de las observaciones en prácticas, donde se les informaba del motivo de mi presencia.

6.3.2.1. Contexto de la observación

Las observaciones se realizan durante el periodo de prácticas de la asignatura Enfermería psiquiátrica y salud mental en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Santa María-Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), siendo este hospital empresa pública adscrita al Servei Català de la Salut (<http://www.gss.cat/>).

El hospital está situado en un extremo de la ciudad de Lleida, con muy buena comunicación con la urbe en autobuses públicos y coche. Es un recinto con varios edificios de 1444 (con un espacio ajardinado en el medio del recinto), cuyas instalaciones se han ido modernizando y modificando en relación a las necesidades de salud de la sociedad.

El recinto tiene edificios donde se encuentran las unidades de hospitalización y consultas externas de medicina general. También se encuentra dentro el campus de Ciencias de la Salud de la Universidad de Lleida (la Facultad de Medicina y la Facultad de Enfermería) y, además, el edificio donde están las diferentes unidades del Servicio de Psiquiatría.



Esquema 5. Mapa del Hospital Sta. María de Lleida

Los servicios de Salud Mental y Drogodependencias del Hospital de Santa María de Lleida son el conjunto de dispositivos asistenciales de referencia para la región sanitaria de Lleida, destinados a la atención de la patología mental y de las adicciones.

El objetivo primero de estos servicios es ofrecer a la población de referencia la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de las personas que sufren enfermedades mentales y conductas adictivas.

La organización de los servicios de Salud Mental y Drogodependencias cuenta con un alto nivel de competencia técnica, profesional y humana de características multidisciplinares, y con una utilización de recursos específicos tanto sanitarios como sociosanitarios.

El marco de actuación de los profesionales sanitarios integrados en el servicio abarca de forma equitativa la asistencia y la docencia.

La perspectiva desde la que se realizan las tareas específicamente asistenciales es integral, lo que incluye el abordaje diagnóstico y terapéutico de la patología mental: en cualquier edad de afectación del individuo (infantil, juvenil, época adulta y edad geriátrica), en todos los niveles de actuación (hospitalización completa, hospitalización parcial, atención ambulatoria y comunitaria, rehabilitación, urgencias psiquiátricas), en todas las fases evolutivas de las enfermedades mentales (aguda, subaguda y crónica), y en todas las personas involucradas en la enfermedad (usuario, familia, cuidadores, etc.).

La perspectiva docente es igualmente completa, al contemplar la docencia en sí misma, la formación continuada y la investigación como aspectos inexcusablemente ligados a una disciplina técnica.

En el año 1995 estos servicios fueron acreditados para constituirse en unidad docente de Salud Mental para la formación de médicos internos residentes (MIR) en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Desde entonces, se realiza de forma continuada la docencia teórica y práctica de doce residentes de familia al año.

El 1997 supuso la conformidad de la acreditación de los servicios de Salud Mental y Drogodependencia como unidad docente para la formación de médicos internos residentes (MIR) en la especialidad de Psiquiatría, con una plaza de residente por año desde ese mismo momento.

Y fue en el año 2000 cuando se acreditó a los servicios de Salud Mental y Drogodependencia como unidad docente para la formación de enfermeros en la especialidad de Salud Mental, con tres plazas de residentes por año.

Otros programas docentes establecidos a través de convenios específicos en los que participa el centro son los programas de prácticas en los siguientes estudios:

- Diplomatura en Enfermería/Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida;
- Postgrado de Salud Mental, para Enfermería, Hospital San Juan de Dios de Barcelona;
- Diplomatura/Grado en Trabajo Social de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Lleida;
- Diplomatura/Grado de Terapia Ocupacional de la Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional de la Universidad de Vic;
- Diplomatura/Grado de Terapia Ocupacional de la Escuela Universitaria de Tarrassa de la Universidad Autónoma de Barcelona;
- Licenciatura/Grado en Medicina de la Universidad de Lleida, en las asignaturas de Psiquiatría y Psicología de segundo y quinto curso;
- Licenciatura/Grado en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona; y

- Máster en Terapia Cognitivo-Social y Máster en Drogodependencias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Objetivos Docentes

El objetivo del programa docente es ofrecer al profesional enfermero una formación completa, integral y actualizada en la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental que capacite competencialmente para la práctica asistencial en las diversas áreas de actuación que le son propias.

La formación ofertada por los servicios de Salud Mental y Drogodependencia del hospital se fundamenta en una base conceptual biopsicosocial, entendiendo los trastornos mentales y las alteraciones comportamentales dentro de un marco en el que influyen factores endógenos, psicológicos y sociales, y por tanto realizando un trabajo coordinado de tipo interdisciplinar que implique un abordaje de todos estos aspectos.

Recursos humanos

Los recursos humanos de los que dispone se componen de un conjunto de profesionales con reconocida experiencia en el campo de la psiquiatría y la salud mental, que desempeñan su trabajo en las unidades asistenciales.

6.3.2.1.1. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos

Características asistenciales

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos es un dispositivo integrado dentro del hospital general que dispone de los medios materiales, técnicos y humanos para realizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos mentales con indicación de ingreso en régimen cerrado. A diferencia de otros servicios de internamiento psiquiátrico, la unidad se caracteriza por cuatro aspectos íntimamente relacionados:

- periodo de ingreso breve o ingreso de corta estancia;
- modelo asistencial predominantemente médico-biológico;

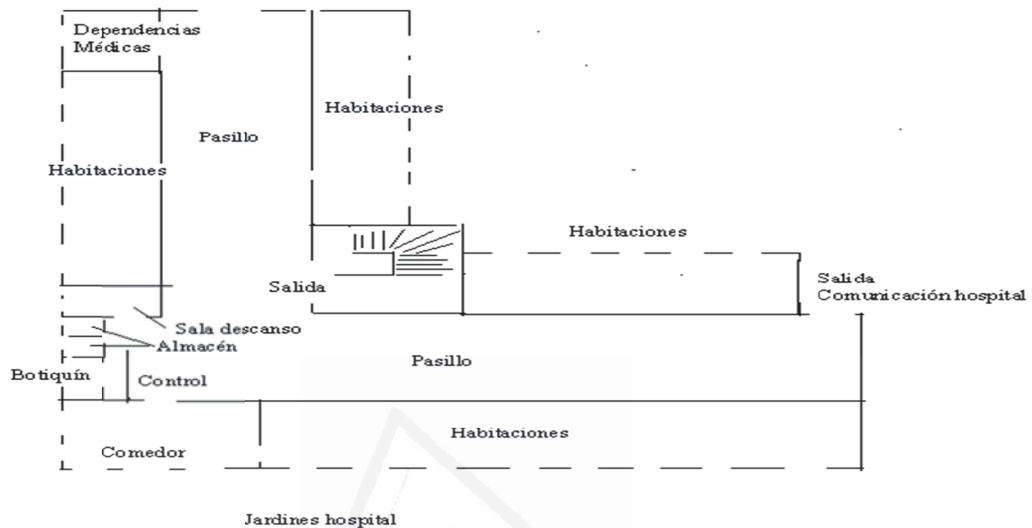
- patología mental grave, ya que en general los enfermos ingresados en esta unidad pertenecen a dos grupos bien diferenciados, pacientes con patología grave y de carácter crónico (trastornos esquizofrénicos, bipolares, depresivos recurrentes...) y pacientes que precisan de una intervención hospitalaria puntual para resolver una problemática psiquiátrica o psicosocial de carácter agudo;
- función docente e investigadora.

Estructura física y de recursos humanos

El espacio de la unidad tiene una forma de U, queda delimitado de la siguiente manera.

- Puertas de acceso. Se puede acceder a la unidad por el interior del hospital y desde el exterior. El primer acceso está reservado al personal y al traslado de pacientes (camas, sillas de ruedas); dispone de ascensor. El acceso exterior, mediante la escalera principal, tiene una puerta con abertura controlada selectivamente desde el Control de Enfermería.
- Control de Enfermería. Está situado en el cruce de las dos alas del edificio. Tiene visión directa sobre los dos pasillos, así como sobre la sala de estar-comedor. Dispone de un área de atención y trabajo, un área de relax con *office*, un servicio para el personal y almacén.
- Sala de estar-comedor. Es un espacio divisible en dos áreas independientes (estar-televisor y comedor) a través de una puerta intermedia. Fuera de las horas de la comida, este espacio se utiliza para hacer otras actividades de grupo.
- Despachos de visitas. Tres son los espacios acondicionados para la realización de las entrevistas individuales y familiares.
- Sala de trabajo y reuniones del personal. Es la sede de las reuniones del equipo y otros.
- Habitaciones dobles e individuales. Existe un total de 15 habitaciones dobles con servicio, y las condiciones de seguridad propias de una unidad de psiquiatría para evitar el riesgo de autolesiones o fugas, y dos individuales, con una capacidad total de 32 camas.
- Dormitorios individuales. La unidad cuenta con una habitación de una cama que permite la observación directa del paciente desde una dependencia contigua, a través de una ventana con vidrio opaco.

- Aula. El hospital cuenta con dos salas polivalentes, una de ellas propia de los servicios de Salud Mental y Drogodependencias, con los medios audiovisuales necesarios para las sesiones de formación, revisión bibliográfica, sesiones clínicas, etc.



Esquema 6. Distribución de la unidad de agudos

La estructura del personal de enfermería en la unidad es la siguiente:

- turno de mañana: tres enfermeras y tres auxiliares;
- turno de tarde: dos enfermeras y dos auxiliares; y
- turno de noche: una enfermera y dos auxiliares.

Actividad diaria de la unidad

Al ingresar en la unidad se informa al paciente de la normativa de la misma, a la que debe adaptarse y cumplir.

- En el momento del ingreso los objetos de valor (dinero, bolsos, cinturones, tabaco...) serán requisados en el Control de Enfermería y los pacientes, cuando los necesiten, pueden pedirlos mientras se comprometan a devolverlos otra vez. Cada vez que la familia lleva ropa limpia u otros objetos personales, el personal sanitario debe revisarlos antes de devolverlos al paciente. Tendrán que observar

cuidadosamente los objetos de vidrio, máquinas de afeitar, colonias u objetos punzantes.

- Se puede fumar en el espacio habilitado para ello, y tienen un encendedor común que se encuentra en el Control de Enfermería.
- Por norma se debe ir a comer al comedor, aunque a veces se han de hacer excepciones. Se debe respetar el horario de comidas: desayuno a las 8:00, almuerzo a las 13:00, merienda a las 16:00, cena a las 20:00 y el reposo a las 23:00.
- Se pueden recibir visitas de familiares o amigos de 16 a 20 horas, siempre que exista autorización del médico que lleve al paciente. Pero nunca pueden entrar en la unidad. Las visitas se realizan en sala habilitada para ello, y con previo control del personal sanitario que lleva un control sobre las mismas.
- Siempre que exista autorización, los pacientes pueden salir de la unidad, pero no pueden abandonar el recinto del hospital. Podrán salir siempre que tengan permiso, normalmente durante el fin de semana. Algunos pueden salir a casa y volver el lunes.
- Los pacientes pueden hacer y recibir llamadas telefónicas de sus familiares de 16 hasta 20 horas si está autorizadas por el médico a cargo. Las llamadas deben realizarse desde el teléfono que está en el Control de Enfermería, con el consentimiento del profesional de la salud que se encuentre. El teléfono móvil personal no puede utilizarse, ya que los artículos personales quedan requisados en el momento del ingreso.

En el Control de Enfermería se encuentra una pequeña sala, el botiquín, donde se prepara la medicación y se vigilan los pasillos donde deambulan los pacientes y se encuentran las habitaciones. Al lado hay dos pequeñas salas, los almacenes, donde se depositan los accesorios personales de cada paciente y se guardan las ropas y los utensilios de uso cotidiano para la unidad y los pacientes (ropa de cama, material de aseo...).

Delante del Control de Enfermería hay una línea en el suelo de color roja para que los pacientes diferencien hasta dónde pueden llegar y no sobrepasar el Control de Enfermería. La mayoría lo respeta.

Las tareas durante la mañana constan de diferentes partes. Durante la primera hora, las enfermeras se dividen en tres actividades a seguir. Una toma y registra las constantes (presión, temperatura pulso y tensión) de los pacientes que lo tienen prescrito. Otra enfermera asiste a las reuniones diarias con los psiquiatras, donde se asignan los nuevos ingresos, se habla sobre la evolución de algunos pacientes y otros datos interesantes de la unidad. Y la tercera enfermera realiza las tareas de supervisión de la higiene de los pacientes más dependientes junto con los auxiliares de enfermería. Después de la realización de estas actividades es el momento para repartir los desayunos y la medicación correspondiente a los pacientes. Y cuando han terminado su desayuno, empieza el pase de visitas de cada psiquiatra junto con su enfermera. Pasan a la consulta todos aquellos pacientes a los que se les ha asignado. Es cuando se registran los cambios de medicación y el progreso de cada paciente. Se preparan para la comida, con la medicación preparada individualmente en vasitos y sin envoltorios. Una vez terminadas las visitas, comienza el almuerzo y las prisas de la medicación. Cuando esto ya se ha completado y los pacientes se encuentran en los diversos lugares de ocio y relax que se encuentran en la planta, las enfermeras tienen tiempo para realizar el registro correspondiente en cuanto a su trabajo (curso de enfermería clínica, actividades, cambio de la medicación de la pauta, etc.).

Por la tarde se toman las constantes a todos los enfermos, se prepara la medicación para la cena y la de las 24 horas. Se les da la merienda y se controlan las visitas y salidas al recinto del hospital, así como las llamadas telefónicas, y se le reparte la cena. Este turno es el más adecuado para realizar actividades con los enfermos: talleres, juegos de mesa...

Con respecto al tema de la seguridad, ya hemos dicho que las instalaciones están pensadas para ello. Solo hay dos puertas de entrada a la unidad, siempre cerradas, y ambas están controladas por el personal sanitario. Con respecto a la seguridad del personal sanitario, todos llevan un dispositivo de alarma que lo activan en los momentos donde es necesario por motivos de seguridad: agitación, violencia, fuga, etc., de los pacientes. Una vez activado acuden a la unidad otros sanitarios de otras unidades próximas.

6.4. ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS

Woods (1987) señala que los materiales escritos son considerados como instrumentos cuasi observacionales debido a que constituyen un apoyo útil a la observación y reemplazan al investigador en los sitios y momentos en los que le es difícil o imposible estar presente en persona.

Siguiendo a Woods, los materiales escritos que consideraré para la presente investigación serán los documentos oficiales (como planes curriculares, guía docente de la asignatura, estructura institucional hospitalaria y en concreto del Servicio de Psiquiatría, entre otros) y los documentos personales (como diarios reflexivos de prácticas de los estudiantes, diario de notas de campo y diario metodológico).

Los documentos oficiales permitirán conocer la estructura institucional, tanto universitaria como hospitalaria, instituciones en las cuales se desarrolla la investigación. Los documentos escritos personales permiten indagar a través del discurso escrito los significados de los protagonistas, los estudiantes, como en el caso de los diarios reflexivos (anexo 2) de estos, debido a que permiten reflexiones, desvelando significados que ellos mismos han elaborado alrededor de su vivencia clínica en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, lo que les concede un valor fenomenológico.

La observación en prácticas de los estudiantes nos acerca a situaciones, vivencias, experiencias e interacciones, específicas y concretas, insertas en un contexto, un escenario natural. Las entrevistas en profundidad nos permiten acercarnos con mayor detalle a los significados de los protagonistas.

En síntesis, es posible afirmar que estos instrumentos seleccionados nos permiten acceder a información cualitativa de gran valor para esta investigación.

6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Taylor y Bodgan (2008) afirman que el ingreso en un escenario implica una especie de pacto, la seguridad implícita o explícita de que no se desea violar la privacidad o

confidencialidad de los informantes, ni exponerlos a perjuicios, ni interferir en sus actividades.

En la investigación, en todo momento y previamente a la recogida de la información, se garantizó la confidencialidad de los datos a los estudiantes que participaron, mediante los principios éticos (Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 1999):

- autonomía: los participantes del estudio podrán decidir participar o no, incluso después de iniciado el proceso de recolección de datos;
- beneficencia: los resultados de la investigación contribuirán a la construcción del conocimiento en educación de Enfermería Psiquiátrica, para favorecer los cambios de actitudes a través de las observaciones, expresiones de opinión y experiencias (entrevistas y diario de prácticas) de los estudiantes en la práctica de enfermería psiquiátrica;
- privacidad: los nombres de las personas participantes del estudio (estudiantes, enfermeras, profesionales sanitarios, personas hospitalizadas) serán sustituidos por nombres ficticios; los datos y registros obtenidos serán consignados de tal forma que proteja la confidencialidad de las personas participantes; además, respetaré aquellas solicitudes de los participantes de no presentar o revelar alguna información;
- veracidad: los participantes del estudio conocerán la información consolidada para su aprobación; como investigadora tengo el compromiso de no alterar la información recolectada y de presentar los resultados de manera fidedigna, garantizando la privacidad de los participantes y la veracidad de las informaciones.

Se negoció el acceso a los centros por medio de una entrevista con la directora de Enfermería del centro sanitario, donde se solicitaba oralmente el permiso necesario para llevar a cabo la recogida de información por medio de las observaciones en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría. A la vez también se realiza una entrevista con el jefe del Servicio de Psiquiatría, el cual no pone ningún impedimento, pero solicita que se informe al personal del servicio, sugiriendo e invitándome a que lo realice por sesión clínica, ya que es una actividad donde está invitado todo el personal.

De igual manera, se contará con el consentimiento informado y por escrito (anexo 3) de los estudiantes, quienes conocerán los objetivos, la justificación, los beneficios y

alcances, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, así como con la autorización para realizar las grabaciones de las entrevistas individuales.

En el informe de resultados presentaré el rol desempeñado por los participantes —por ejemplo, estudiante, enfermero, personal sanitario—, con el objeto de dar claridad al lector y nunca desde una intención codificadora o reduccionista.

6.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Primeramente, están las limitaciones de los idiomas, ya que realizar el estudio en una población de la comunidad autónoma de Cataluña significa la utilización de dos idiomas, el castellano y el catalán. Es evidente que, al trabajar con técnicas como la entrevista, cada caso utilizaba el idioma que para cada uno le era más cómodo para expresar lo que quería decir, ya que el entendimiento de los dos era conocido por todos los participantes. Aunque en las primeras entrevistas algunos casos intentaron adaptarse al castellano, ya que la investigadora es con el que se maneja, aunque entiende el catalán, en las últimas se expresaron en catalán y se ha respetado. Un hecho que para comprender las bromas, los giros lingüísticos o ciertas expresiones y refranes no ha supuesto un problema para el investigador. Pero en la transcripción se utilizó el castellano.

Otra limitación, sobre todo en los primeros contactos y entrevistas, podría ser el hecho de que la investigadora es profesora de la asignatura de Enfermería psiquiátrica y de salud mental dentro del currículum de la Diplomatura de Enfermería. La influencia que este hecho ha podido suponer en las diferentes respuestas que los casos (alumnos) han podido verbalizar, dando opiniones en algún caso *socialmente correctas*, se puede contrarrestar en el momento en que se realizan las observaciones en el campo contextualizado (prácticas en la unidad).

Por la misma razón, está la sobreactuación de los casos en las observaciones, ya que el hecho de sentirse observados de alguna manera les obligaba a mostrarse activos y motivados, como si se sometieran a una evaluación que después se vería reflejada en la nota.

6.7. CRITERIOS DE RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado intentaremos detallar aquellas estrategias que se utilizarán para asegurar el rigor científico de la investigación propuesta.

Desde una mirada positivista, racionalista del conocimiento científico, la rigurosidad del proceso de investigación es clave. Se delinearán ciertos criterios de rigor fijos, como la validez interna, la validez externa, fiabilidad y objetividad (Guba y Lincoln, 1994). Responde a la visión y concepción ontológica de la realidad y de la concepción epistemológica del conocimiento científica que sustenta y define las características de los criterios de calidad de la investigación.

La propuesta de Guba y Lincoln (1985) sobre la calidad de la investigación ha sido la más utilizada dentro del ámbito de la investigación cualitativa, señalando que existen cuatro criterios que deben cumplirse para asegurar la credibilidad del estudio y hacer que los resultados de la investigación sean confiables y creíbles para la comunidad científica. Desde la metodología cualitativa se asegura el valor de verdad a través de la credibilidad (paralelo a la validez interna en la investigación de corte positivista), la aplicabilidad a través de la transferibilidad (paralelo a la aplicabilidad o validez externa), la consistencia a través de la dependencia y la neutralidad a través de la confirmabilidad (paralelo a la objetividad) de los datos (Latorre et al., 2003).

Seguidamente explicaremos, brevemente, estrategias que durante el proceso de la investigación nos permitirán cumplir los criterios de rigor de la metodología constructiva/cualitativa.

Criterio de credibilidad

Con la credibilidad (valor de verdad) se trata de responder a la cuestión de si los hallazgos obtenidos en la investigación se corresponden con la realidad de los fenómenos y son reconocidos como creíbles por los participantes o personas que hayan tenido algún acercamiento al fenómeno estudiado (Medina, 1996). Consiste en determinar si lo que hemos observado, descrito o interpretado en nuestra investigación representa con exactitud la realidad de los fenómenos que se pretenden estudiar. Las

estrategias que he seguido para asegurar la credibilidad de los datos han sido: estancia prolongada en el campo, observación persistente, triangulación (de métodos, de participantes e investigador con director de tesis), corroboración estructural y adecuación referencial.

Se trata de contrastar las interpretaciones del investigador con las diferentes fuentes de las que se han obtenido los datos. Para ello, en nuestra investigación, seguimos estrategias que aseguren la credibilidad.

Estancia prolongada en el campo y observación persistente. Se mantuvo un largo periodo de permanencia en el lugar donde sucedieron los fenómenos de estudio. En este sentido la permanencia en el campo hospitalario, en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, fue de tres meses (de marzo de 2006 a mayo de 2006). En esta permanencia se buscó conseguir las mayores cotas de naturalidad y espontaneidad de los alumnos participantes y la inmersión como investigadora en la realidad de la unidad para dar cuenta de las situaciones pedagógicas y las experiencias clínicas e incluso personales del estudiante, y conocer los significados que este construye.

Observación continuada y persistente (Guba y Lincoln, 1989). Durante los tres meses de observaciones en el campo, se realizaron en distintas horas, para poder registrar las diferentes actividades y tareas que se realizaban en un turno de prácticas, lo que me ha permitido distinguir y reconocer aquellas situaciones relevantes para los intereses de la investigación.

Triangulación. «Es un recurso que se sirve de una variedad de fuentes de datos, de investigadores, de perspectivas (teorías) y de métodos, contrastando unos con otros para confirmar datos e interpretaciones» (Latorre, Del Rincón y Arnal, 1996), siendo el procedimiento o conjunto de procedimientos que asegura, en mayor medida, la credibilidad de la investigación cualitativa.

Para alcanzar los significados que las acciones y fenómenos observados tienen para los participantes, tuve en cuenta dos modalidades de triangulación: la triangulación de métodos y la triangulación de participantes e investigadora.

De las diversas modalidades de triangulación existentes (de tiempo, de espacio, de teoría, de investigadores, de métodos y múltiple), utilizamos la triangulación múltiple.

Se pretende someter los datos obtenidos a procesos de contrastación con otros investigadores, profesionales y actores del propio estudio. Las interpretaciones de la realidad serán compartidas con los participantes del estudio, es decir, los estudiantes de Enfermería psiquiátrica y salud mental, profesional y profesora tutora de prácticas, que forman parte de la muestra. También se lleva a cabo una triangulación de investigadores, ya que el trabajo realizado será analizado, desde una perspectiva crítica y constructiva, por otros expertos e investigadores.

Con la triangulación de métodos, pretendemos combinar varias estrategias metodológicas de recogida de información: cuestionario, entrevista, observación, diarios reflexivos y análisis de documentación.

La utilización de instrumentos de recogida de información variada nos permitirá comprender la realidad cambiante y multidimensional que pretendemos analizar, ya que la exclusividad de estrategias de recogida de información no permite recoger las características y matices del objeto de estudio en su totalidad. Esta triangulación plurimetodológica facilitó captar en profundidad la variabilidad de los fenómenos estudiados e identificar coincidencias y contradicciones de la información.

Comprobaciones con los participantes. Se realizó una comunicación entre el investigador y los participantes de la investigación, con el fin de conseguir una comprobación continua de los datos e interpretaciones que se vayan realizando para identificar coincidencias y contradicciones de la información.

Juicio crítico de compañeros. Se trata de compartir con otros profesionales o investigadores las interpretaciones, dudas y avances en los conocimientos que se van realizando. Al contrastar los resultados que se van obteniendo, al someterlos a un juicio crítico, permiten reorientar con sus aportaciones el trabajo de investigación. En este sentido, se han compartido, y así se seguirá haciendo en todo el proceso de la tesis, con el director del presente trabajo y con diversos compañeros y expertos que pueden complementar la tesis doctoral.

Corroboración estructural y adecuación referencial. Una vez finalizado el estudio, se aplicaran los siguientes métodos:

- establecer la corroboración o coherencia estructural; se interpretará cada dato con todos los otros, intentando conseguir una cierta consistencia e intentando articular, de manera lógica, todas las interpretaciones en un todo coherente;
- establecer adecuación referencial: contrastar el análisis y las interpretaciones realizadas con documentos y grabaciones recogidos con este propósito, mientras que el estudio aún se estará realizando.

Criterio de transferibilidad

La transferibilidad (aplicabilidad) se opone a la idea de generalización propia de la mirada positivista. Se debe matizar que las generalizaciones de tipo racionalista no son posibles en las investigaciones de carácter naturalista en tanto que los fenómenos estudiados dependen del contexto en el que se inscriben; no obstante, todo investigador busca, en mayor o menor medida, que su trabajo trascienda y se proyecte al exterior. Existe la posibilidad, en la investigación naturalista, de que se puedan realizar algunas transferencias entre dos contextos por las similitudes existentes entre ellos. «El naturalista no intenta establecer generalizaciones que se mantengan en todo tiempo y lugar, sino que forma hipótesis de trabajo que se puedan transferir de un contexto a otro, dependiendo del grado de similitud entre los dos contextos» (Guba, 1983).

La investigación positivista se apoya en la aleatorización de los muestreos y en el principio de uniformidad de la naturaleza para la generalización de los resultados (validez externa), la investigación interpretativa asegura la transferibilidad de los resultados a otros contextos a través de la recogida de abundantes datos descriptivos y del desarrollo de descripciones e interpretaciones detalladas de los fenómenos observados y del muestreo teórico.

Con el fin de asegurar la transferibilidad de los resultados, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- recoger abundantes datos descriptivos y desarrollar descripciones minuciosas del contexto de la investigación; se trata de contextualizar la investigación realizada

de tal manera que el lector pueda extrapolar los resultados del estudio a su contexto;

- un muestreo teórico (este es un muestreo que no busca ser representativo); el proceso de muestreo se determina por el conocimiento que se va construyendo sobre lo que es importante y relevante, así, por lo tanto, las personas serán seleccionadas en función de la relevancia de la información que nos puedan ceder para el objetivo de estudio.

Criterio de dependencia

El criterio de dependencia (consistencia) está más relacionado con la congruencia interna. Responde a la estabilidad de los datos sin dejar de aceptar aparentes inestabilidades y la fiabilidad de los instrumentos de medición utilizados; es decir, determina si los descubrimientos que se desprenden de una investigación se repetirían de manera consistente si se replicase la investigación con los mismos sujetos o en el mismo contexto. Obviamente, la replicación en la investigación constructivista es problemática en tanto que se trabaja sobre la naturaleza de los fenómenos en constante cambio.

Para evaluar la fiabilidad de nuestro estudio, se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- establecer una pista de revisión, que consiste en explicar minuciosamente los procesos de recogida y análisis de información conservando y mostrando todos los datos recogidos; en este sentido, se pretende facilitar información acerca de los procesos seguidos y de las decisiones tomadas por el investigador;
- revisión por parte de un observador externo; realizadas las interpretaciones en el contexto de la investigación se pretende que sean revisadas por el director de la tesis y por diferentes compañeros de departamento y otros. Si diversos investigadores llegan a las mismas conclusiones a partir de los datos descriptivos recogidos, se podrá decir que hemos conseguido una alta dependencia interna.

Criterio de confirmabilidad

El paradigma racionalista garantiza la neutralidad y la objetividad por la metodología (replicable, controlada, neutral). Sin embargo, en la investigación naturalista, la confirmabilidad reside en los datos (Guba, 1984). Esto significa que los esfuerzos se focalizan en conseguir rigor y validez de los datos a través de estrategias como la triangulación (se pretende recoger datos desde una variedad de perspectivas, a través del uso diverso de métodos, recurriendo a la vez a una variedad significativa de fuentes) y el ejercicio de reflexión (esto es mostrar a la audiencia los supuestos epistemológicos que conducen al investigador a enfocar la investigación de una determinada manera).

La confirmabilidad se consigue por la transparencia del análisis de los datos. En el presente estudio, la realización de memos metodológicos (en el Atlas.ti) —como codificación, observaciones de campo, preguntas de investigación, entrevistas en profundidad— tuvo el objetivo de recoger las reflexiones, replanteamientos e interpretaciones emergentes durante el trabajo del campo y las estrategias y decisiones adoptadas en la etapa de análisis intenso. Este registro de memos metodológicos constituye una fuente de auditoría que permite la comprobación externa de otros investigadores a modo de pistas de revisión, junto con la transcripción en su totalidad de entrevistas y observaciones.

Se debe señalar que el agente externo designado para realizar la revisión de dependencia se encargará también de la revisión de la confirmabilidad, es decir, comprobar las interpretaciones que vayan emergiendo de forma consistente de los datos disponibles.

Informe de investigación

La construcción del informe tiene que estar atravesada por la rigurosidad y el cuidado del informe. Las estrategias que utilicemos tienen que abordar todo el proceso. Como señalan Morse et al. (2002), las estrategias de verificabilidad que se utilicen en el proceso deben ser coherentes con la propuesta metodológica que adoptemos.

Para la elaboración del informe, se seguirán las orientaciones realizadas por Colás y Rebollo (1993, p. 177):

- evitar el uso de vocabulario científico muy específico del ámbito de la evaluación y la investigación;
- utilizar lenguaje directo y sencillo, asequible al destinatario;
- utilizar ejemplos, anécdotas e ilustraciones para explicar ideas y concepciones del investigador;
- comenzar el informe, en general, y cada apartado o sección del mismo, en particular, con la información más relevante que se quiera transmitir;
- utilizar las palabras sencillas para describir el trabajo realizado; y
- el uso de frases y párrafos cortos facilitará la comprensión y agilizará la lectura.

Siguiendo las orientaciones de Erlandson (1993), citado por Latorre, Arnal y Del Rincón (1996, p. 214), el informe de la investigación contendrá las siguientes partes:

- explicación del problema, que incluye el planteamiento del problema, la significación del estudio, las cuestiones de la investigación, asunciones y limitaciones;
- revisión de la literatura;
- la metodología utilizada, que incluye información sobre la población, instrumentación, procedimientos y análisis de datos, credibilidad y auditoría;
- una parte descriptiva, que incluye sentidos detectados en la situación, descripción de las transacciones y procesos observados, descripción de temas importantes, tendencias y patrones que se estudian, discusión y análisis de los objetivos de trabajo que se exploraron y comunicación de las realidades construidas por los participantes; y
- discusión de los resultados y limitaciones, conclusiones, implicaciones e ideas para otras investigaciones, credenciales del investigador, cuestiones de la entrevista, programas informáticos utilizados, etc.

6.8. PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Cuando te enfrentas al análisis de datos y revisas textos de diferentes autores, empiezas a ser consciente de las dificultades que existen en la investigación cualitativa para realizarlo, para explicar los métodos, las reglas y los pasos que se siguen desde que se inicia el proceso de análisis.

Para los investigadores noveles, entre los que me encuentro, el contar con reflexiones y relatos anteriores sobre la experiencia personal del análisis hubiera sido de gran ayuda a la hora de enfrentarme al análisis de mi investigación.

Por otro lado, el hecho de conocer el contexto hospitalario y su dinámica, el haber trabajado como profesora responsable de la asignatura y de las prácticas clínicas de estudiantes y que los principales intereses y preguntas de la investigación estuviesen en estrecho vínculo con mi experiencia personal y profesional fueron una ventaja al iniciar la investigación, debido a que podía moverme con soltura en el medio y focalizar el análisis hacia aquellos fenómenos que resultaban relevantes para el estudio.

Los estudios cualitativos difieren de las metodologías de enfoque experimental o positivista con respecto a la secuenciación de los pasos y etapas del proceso investigador. En el primer enfoque, el análisis bibliográfico, la formulación de hipótesis o temas a indagar, la recolección y el análisis de datos ocurren simultáneamente en lugar de ser fases consecutivas y separadas temporalmente a lo largo del proceso (Gil, 1994). En este estudio el análisis se ha realizado de manera simultánea con la recogida de datos. A medida que se iba disponiendo de las primeras informaciones, su análisis obligaba a focalizar en ciertos aspectos las siguientes recogidas de información, y así sucesivamente. La naturaleza infragmentable y de proceso cíclico es justificable para situar el análisis como una parte del trabajo de campo más que como su consecuencia. Esa infragmentabilidad también ha estado presente en el interior de los procesos que se han seguido para analizar, elaborar y dar un sentido a la información recogida.

En el análisis de datos que he realizado pueden distinguirse tres fases que conforman tipos de operaciones diferentes con los datos (segmentación y codificación de unidades de significado, identificación de los temas principales e interpretación de los resultados en vectores cualitativos), aunque la secuencia con que aquí se presentan (de forma ordenada y secuencial) no se corresponde al proceso circular y dialéctico que en realidad se ha llevado a cabo.

Estas tres fases no son tres momentos diferenciados del proceso analítico, sino más bien diferentes operaciones (reducción de datos, disposición de datos y obtención de conclusiones) sobre los datos que configuran un solo proceso infragmentable,

recurrente, inductivo-deductivo y circular. En este proceso se ha llevado a cabo una descomposición inicial de datos desde una perspectiva emic (concepto de primer orden) o dimensión descriptiva del análisis y una posterior reconstrucción sintética desde una perspectiva etic (concepto de segundo orden) o dimensión interpretativa. Esta interacción y diálogo constante entre inducción y deducción, entre la significatividad subjetiva (emic) que las personas participantes en el estudio han aportado y los marcos teórico-conceptuales del investigador (etic), que orientó esta indagación, ha atravesado todo el proceso de análisis contribuyendo a una doble hermenéutica (Giddens, 1976) con lo que se ha intentado reducir la distancia cognitiva entre ambos sistemas.

Pero hay que señalar que esta modalidad dialéctica de análisis, típica de las investigaciones cualitativas, solo tiene sentido, o se hace inteligible, cuando se la sitúa en el contexto al que pertenece, para la producción de redes conceptuales a partir de las cuales podamos comprender la realidad que la investigación naturalista/interpretativa tiene como objeto.

Desde la mirada cualitativa, la relación entre la obtención de la información y su análisis no es lineal ni secuencial, son procesos complementarios, continuos, simultáneos e interactivos (Latorre, 2003), donde el análisis es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. Los datos se agrupan y desagrupan, se integran y se desintegran de manera dialogada y recursiva. El análisis es un proceso complejo que se mueve entre el método y el arte (Carrillo, Leyva-Moral y Medina, 2001).

Después de asumir y aclarar que el proceso de análisis forma parte de toda la investigación, debemos introducirnos en el análisis más profundo de la información, la segmentación y codificación abierta de los datos, la construcción de categorías y subcategorías, sus relaciones y, por último, las metacategorías de análisis.

Pese a que en la investigación cualitativa se da cierta indiferenciación de las actividades analíticas (Gil, 1994), en este trabajo se ha intentado llevar a cabo un proceso analítico riguroso y replicable. Para ello se ha seguido el lineamiento del método de análisis de comparación constante propuesto por Glaser y Strauss (1967). Este es un método generativo, constructivo y mayoritariamente inductivo, en el que se combina la codificación inductiva de categorías con la comparación constante entre ellas. El

objetivo final de esta modalidad analítica es la generación inductiva de constructos teóricos, que junto con los núcleos temáticos y las categorías conforman un entramado conceptual que subsume todos los aspectos de la realidad estudiada, y les asigna un sentido y significado nuevo que va más allá de las vivencias de los participantes (Medina, 2005).

El análisis es un proceso complejo donde nada tiene sentido por separado (Monin, 2007). Por lo que, al mismo tiempo que se han ido clasificando los fenómenos en distintas categorías, estas han sido comparadas entre sí con objeto de refinarlas y hacerlas fiables. De este modo se han podido identificar similitudes y diferencias entre los distintos fenómenos estudiados, lo cual ha permitido definir las propiedades básicas de las categorías y de los dominios, así como una clasificación de los límites y relaciones entre las categorías, lo que, a su vez, ha ayudado a que emerjan metacategorías.

El análisis de los datos procedentes de las entrevistas, las observaciones, los diarios de prácticas y las miniexperiencias se dividió en los siguientes niveles progresivos de reducción y estructuración teórica de la información:

1. Segmentación e identificación de unidades de significado y agrupación de categorías descriptivas.
2. Construcción de un sistema de núcleos temáticos emergentes o metacategorías.
3. Identificación de vectores cualitativos: interpretación de datos, análisis secuencial, transversal de las metacategorías, y a la luz del marco teórico construido previamente.

6.8.1. El Atlas.ti: herramienta para el tratamiento de los datos

Se ha utilizado el programa informático Atlas.ti en su versión 6.1.2 para facilitar la sistematización y rigurosidad en la búsqueda y recuperación de los datos.

En la actualidad, se recomienda utilizar ordenadores y programas que sirven como herramientas, que facilitan la tarea del investigador, del tratamiento de los datos cualitativos (Gürtler y Huber, 2007), y también se ha planteado el reto de la investigación cualitativa y su vinculación con las nuevas tecnologías de la información y comunicación (Salgado, 2007).

La utilización de programas informáticos para el análisis cualitativo de datos textuales salva la limitada capacidad humana para el manejo de grandes cantidades de información y facilita las operaciones implicadas en esta tarea (Gil Flores et al., 2009).

La utilidad del Atlas.ti en el análisis cualitativo no es automatizar el proceso de análisis, como ocurre en los programas informáticos del enfoque cuantitativo, sino simplemente ayudar al intérprete humano, agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, como por ejemplo la segmentación del texto en pasajes o citas, la codificación o la escritura de comentarios, es decir, todas aquellas actividades que, de no disponer del programa, se realizarían con ayuda de otras herramientas como papel, lápices de colores, tijeras, fichas, fotocopias... Además permitió, entre otras cosas, integrar toda la información, ya sean los datos, las fichas, las anotaciones..., facilitando su organización, su búsqueda y recuperación.

El ordenador facilita las tareas mecánicas del análisis de datos, pero no puede sustituir al investigador en las tareas conceptuales previas y posteriores. El ordenador es una herramienta, y como tal, está al servicio de un proceso dirigido por el investigador. No se debe incurrir en la utilización rígida de un programa, con independencia de los objetivos y características de la investigación (Páramo, 2010).

Algunos autores han alertado sobre las grandes limitaciones que entraña el análisis asistido por ordenador, como por ejemplo el fraccionamiento de la información, la pérdida de la visión de conjunto y la descontextualización. También existe el riesgo de quedarse atrapado por la seducción de la herramienta, reduciendo el análisis a simples operaciones mecánicas y perdiendo de vista el verdadero objeto del análisis, que es la interpretación de los datos, una operación que difícilmente puede hacer un programa informático por sí solo (Amezcuca y Gálvez, 2002).

En el caso específico de esta investigación, la utilización del programa informático se limitó al primer nivel de análisis de los datos, la agrupación de las unidades de significado de cada uno de los documentos primarios, identificando los códigos y describiendo las categorías que agruparon los distintos códigos establecidos.

6.8.2. Codificación abierta: segmentación y categorización

El análisis de los datos comienza con la transcripción de los datos. Esta no debe verse como un traslado pasivo de signos, sino como parte decisiva de la «construcción» de los datos, o como una verdadera y compleja traducción, es decir, como un momento genuinamente interpretativo (Farías y Montero, 2005). Es por ello que se recomienda que los investigadores asuman personalmente la transcripción, cosa que asumí, pues de ese modo, además de asegurar que esta tarea se cumpliera con esmero, constaté de primera mano lo ambiguo y difícil que puede ser el paso del lenguaje oral al escrito.

Una vez recogida y organizada toda la información, se inicia la primera fase de interpretación, orientada al desarrollo de descripciones «densas» (Geertz, 1987), es decir, descripciones de los significados que el alumno novel utiliza para comprender y dar sentido a las prácticas en la Unidad de Psiquiatría.

Para conseguirlo se realizó una primera lectura de todas las transcripciones (entrevistas, observaciones, diarios de prácticas y notas de campo), lo que permitió tener una idea global del contenido de las mismas y se identificaron los temas nucleares en torno a los que se articulaba el discurso de los alumnos participantes.

La lectura y relectura nos lleva a cabo el proceso de segmentación de los datos, considerando como unidades de significado aquellos fragmentos que reflejan una misma idea. Para esa segmentación o unidades de significación se utiliza el criterio del tema abordado, identificando las unidades, y la codificación de las mismas se lleva a cabo en una sola operación, de modo simultáneo. Es decir, los temas a los que aluden las diversas unidades de significado identificadas constituyen las diversas categorías en las que aquellas se han incluido.

La segmentación también se ha realizado respecto a las unidades de significado. Una vez identificadas las unidades de significado que aludían a una misma idea, se seleccionaron aquellas que eran relevantes para los objetivos de este estudio, descartando las que no tenían ninguna relación.

Por lo que, resumiendo, categorización y segmentación son operaciones que han sido realizadas simultáneamente, ya que el criterio usado fue la pertenencia a un concepto, donde las unidades y las categorías corresponden a la misma idea.

La codificación abierta hace referencia a la designación categorial de los datos recogidos, son conceptos que representan los fenómenos observados o indagados. Para Strauss y Corbin (2002), es el proceso analítico por medio del cual se identifican a través de conceptos la interpretación y el significado que los propios participantes otorgan a los fenómenos. Este proceso implica segmentar la información en fragmentos, los cuales se constituyen en unidades de significado, es decir, tienen un sentido semántico. Esta unidad de significado se asocia a un código o categoría, que es la construcción de un concepto. El nombre escogido para una categoría parece ser, por lo general, el que mejor describe lo que sucede, debe ser lo bastante gráfico para que le evoque rápidamente al investigador el fenómeno o la situación.

Este proceso implica ir otorgando a cada fragmento o segmento de significado un código. Cada fragmento de información se constituye en una unidad de significado porque constituye un todo con sentido, el fragmento tiene un sentido semántico. Esta unidad de significado se asocia a un código, que es la construcción de un concepto, y puede aglutinar una o más unidades de significado. En este proceso el manejo de los códigos fue flexible, no se consideraron como estáticos e inamovibles, siempre estuvieron abiertos a revisiones, a ser reclasificados, a cambios y reajustes (Coffey y Atkinson, 2003).

A este proceso de segmentación y codificación también se le conoce como codificación de primer orden (Van Maanen, 1983), dado que pretende reflejar la interpretación y el significado que los propios protagonistas otorgan al fenómeno.

Este momento de análisis nos lleva a lo que Tesch (1990), citada por Coffey y Atkinson (2003), denomina como descontextualización de la información. Esta descontextualización nos permite descubrir nuevas perspectivas de la información, construir códigos que constituyen organizadores de información, permitiéndonos pensar en los datos de forma organizada y sistemática, permitiéndonos descubrir nuevas

perspectivas para dar lugar a posteriores interpretaciones, y no como una reducción de la realidad.

Para hacer más rápido y cómodo el proceso, se identificaron las unidades de significado con los fragmentos de las transcripciones de los documentos primarios (entrevistas, observaciones, diarios de prácticas), para seguir con la identificación de las categorías con códigos de dos, tres o cuatro letras que, en general, coincidían con las primeras ideas de la categoría a la que se refieren (Atlas.ti).

El proceso de construcción del sistema de categorías ha sido mayoritariamente inductivo (dificultad por la descripción pura, ya que influye el esquema interpretativo de la investigación) (Coffey y Atkinson, 2003), abierto y generativo, por lo que no se ha utilizado ningún esquema categorial previamente construido en el que encajar las unidades de significado, sino que emergen de los mismos datos (Morse, 1994, citado por Thorne, 2000). A medida que se realizaban las relecturas en profundidad, a cada unidad de significado se le asignaba un código con el que se había identificado la categoría a la que se consideraba que la unidad pertenecía y que se correspondía con el tema que aparecía en el texto.

Este proceso de codificación ha sido exhaustivo, de donde emergieron 2.109 unidades de significado, que fueron codificadas y se agruparon en 88 categorías que cubrieron las unidades de análisis para el estudio. Este fue el resultado al utilizar el método de comparación constante, el sistema emergente de categorías fue constantemente refinado, modificado, depurado y redefinido en función de las nuevas unidades que iban apareciendo.

A continuación expongo de manera sistemática las 88 categorías emergentes recogidas y definidas en la tabla siguiente:

Tabla II. Definiciones de categorías emergentes

CÓDIGO	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
HPA	Historia personal del alumno. Edad. Dónde vive, ciudad o rural. Situación y relaciones familiares y amistades. Vivencias personales. Cómo se percibe y como los otros le perciben.
HAA	Historia académica del alumno. Proceso de desarrollo académico. Vivencias e influencias.

HLA	Historia laboral del alumno. Experiencia y los diferentes contactos laborales con o sin relación con la sanidad.
CVA	Creencias y valores del alumno. Creencias religiosas, practicante o no, y valores personales.
CPA	Contactos previos con la psiquiatría del alumno. Contacto y vivencias con la salud mental y la psiquiatría a nivel personal (familiares, conocidos, en las prácticas, en el trabajo, etc.) antes de estar matriculado en la asignatura.
EAI	Eutanasia, aborto e inmigración. Opinión y sentimientos que le producen. Y experiencia vivida personal y/o en prácticas.
ELE	Elección de Enfermería. Hace alusión a la elección del alumno por estudiar Enfermería y qué influencia tuvo (vivencias, familia, profesores...).
ENF	Opinión de Enfermería: Descripción de lo que piensa el alumno sobre Enfermería.
VCC	Valoración curricular de la carrera por el alumno. Percepción del desarrollo de cómo le va la carrera, tanto la parte teórico como la práctica.
VEP	Vivencias y experiencias en las prácticas anteriores a las prácticas de psiquiatría. Narraciones del alumno relacionadas con enfermos, familiares, profesionales, compañeros y tutores.
EPP	Expectativas ante las prácticas psiquiátricas. Qué espera de las prácticas en el psiquiátrico, sentimiento y emociones que le produce. Cómo se imagina la unidad y a los enfermos.
PES	Percepción de los profesionales asistenciales sobre la salud mental y la psiquiatría. Opinión y descripción de reacciones vividas por el alumno en las prácticas entre los profesionales asistenciales y enfermos mentales.
DEP	Derechos de los enfermos psiquiátricos. Opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas de los derechos sociales y civiles de los enfermos mentales y psiquiátricos (matrimonio, votación, divorcios, trabajo del enfermo).
TFP	Tratamiento farmacológico y psicoterapia. Conocimiento, experiencias y opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas sobre dichos tratamientos.
TEC	Terapia electroconvulsiva. Conocimiento, imagen y opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas sobre este procedimiento.
MSM	Medidas de sujeción mecánica. Conocimiento, experiencia y opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas sobre este procedimiento.
MRE	Medidas de reclusión para el enfermo psiquiátrico. Opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas sobre la reclusión. ¿Es necesaria la reclusión para estos enfermos? ¿Deben existir las instituciones psiquiátricas? ¿Es adecuada su localización en el sistema de salud?
PFT	Participación de la familia como un medio terapéutico. Opinión del alumno antes de las prácticas psiquiátricas de la adecuación o no de la participación de la familia como instrumento terapéutico.
CP	Causas de la enfermedad psiquiátrica. Descripción del alumno antes de las prácticas sobre las causas o/y factores de la enfermedad psiquiátrica.
OP	Opinión de la salud mental y la psiquiatría. Percepción e influencia en la opinión de la psiquiatría después de realizar la parte teórica.

OS	Opinión del alumno sobre sociedad y psiquiatría. Percepción del alumno de la percepción de la sociedad con respecto al enfermo mental y psiquiátrico.
RFS	Reinserción familiar y social. Opinión del alumno antes de las prácticas sobre la necesidad de reinserción familiar, al trabajo y a la sociedad.
CEP	Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos. Respuestas comportamentales de <i>trato desigual o diferente</i> del alumno antes de las prácticas psiquiátricas, ya sea por experiencias vividas a nivel personal, familiar y/o social. Discriminación.
ACEP	Actitudes y creencias ante los enfermos psiquiátricos. Asignar atributos y etiquetas al enfermo psiquiátrico por parte el alumno antes de las prácticas, ya sea por experiencias vividas a nivel personal, familiar y/o social. Estigma.
PEP	Peligrosidad del enfermo psiquiátrico. Relación del enfermo psiquiátrico con agresividad, peligrosidad o violencia, por parte del alumno, antes de las prácticas psiquiátricas, ya sea por experiencias vividas a nivel personal, familiar y/o social. Estereotipo.
EEP	Emociones ante el enfermo psiquiátrico. Sentir emociones como miedo, temor o desconfianza por parte del alumno antes de las prácticas psiquiátricas, ya sea por experiencias vividas a nivel personal, familiar y/o social. Prejuicio.
PLA	Plan de acogida del alumno en la unidad. Descripción del momento de llegada a la unidad. Quién y cómo se recibe al alumno. Presentación a los diferentes profesionales y al tutor de prácticas, enseñándole las dependencias de la unidad.
PAA	Percepción del alumno del plan de acogida. Percepción del alumno de la acogida en la unidad.
CUA	Contextualización de la unidad. Descripción de la unidad, los miembros, las actividades y tareas que se realizan.
RPP	Reacciones del alumno durante el primer día de prácticas. Descripción de las reacciones ante las situaciones que se encuentra durante el primer día.
EVP	Experiencias del alumno vividas en las prácticas psiquiátricas. Narraciones de las relaciones con el enfermo psiquiátrico y familiares.
DPA	Desarrollo de las prácticas del alumno. Adaptación a las actividades y tareas profesionales de la unidad, aprendizaje (procedimientos, técnicas, cuidados básicos, familia...).
RAT	Relación del alumno con el tutor de prácticas y profesor. Descripción de la relación docente, saber cómo marcar objetivos, delegar tareas, si hay suficiente información previa, si recibe ánimos o refuerzos positivos, etc.
SP	Subordinación a otros profesionales. Descripción y resolución de las situaciones que se producen durante las prácticas con otros profesionales que puedan o no generar dilemas de autoridad y poder que le conducen a una subordinación y, en ocasiones, a la sumisión.
RPO	Reacciones de los profesionales ante la presencia de la observadora. Comentarios y comportamientos de los profesionales ante la presencia de la observadora.
SOT	Situaciones observadas con trabajadores externos a la unidad. Observaciones de reacciones conductuales ante el enfermo del personal ajeno a la unidad.

CEPP	Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos. Respuestas comportamentales de <i>trato desigual o diferente</i> del alumno durante las prácticas psiquiátricas. Discriminación.
ACPP	Actitudes y creencias ante los enfermos psiquiátricos. Atributos y etiquetas que el alumno durante las prácticas asigna al enfermo psiquiátrico. Estigma.
PEPP	Peligrosidad del enfermo psiquiátrico. Cuando el alumno durante las prácticas psiquiátricas relaciona al enfermo psiquiátrico con agresividad, peligrosidad o violencia. Estereotipo.
EPPP	Emociones ante el enfermo psiquiátrico. Cuando el alumno durante las prácticas psiquiátricas tiene emociones como miedo, temor o desconfianza. Prejuicio.
RAC	Reacciones del alumno ante las tareas en la unidad. Respuestas del alumno durante las prácticas, iniciativa y motivación ante las tareas y actividades de la unidad.
RDP	Reflexiones del alumno durante el proceso de las prácticas. Narración y reflexiones del alumno durante las prácticas en la unidad. Qué siente, cómo lo viven, qué piensa...
SOP	Situaciones del observador en las prácticas. Situaciones en las que el observador se encuentra en la unidad, ya sea con los profesionales y/o el enfermo.
RPE	Respuesta de los profesionales ante los enfermos. Las diferentes actitudes, emociones y comportamientos de los profesionales, médicos, enfermeros, auxiliares etc., de la unidad. Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación.
RCP	Relación del alumno con compañeros de prácticas. Qué tipo de relación tienen: de preocupación, de solidaridad, de compartir información y vivencias...
PP	Profesionales sobre las prácticas. Comentarios de los profesionales sobre cualquier tema de las prácticas.
EA	Reacción de los enfermos ante el alumno. Cómo viven los enfermos al alumno.
TECD	Opinión de la terapia electroconvulsionante. Opinión después de haber visto este procedimiento.
EDM	Opinión de los profesionales de la enfermería sobre las decisiones de intervención de los profesionales médicos.
PPP	Perspectivas personales y profesionales del alumno en estas prácticas. Opinión durante las prácticas.
RFE	Respuesta de las familias ante los enfermos. Las diferentes actitudes, emociones y comportamientos de los familiares ante su familiar enfermo. Estigma, prejuicio, estereotipo y discriminación.
REM	Relación de los enfermos con los profesionales médicos. Cómo viven los enfermos a los profesionales de la unidad y, más concretamente, a los médicos.
PCEP	Actitudes, creencias, emociones y comportamientos que perciben los enfermos psiquiátricos por ser enfermos. Relacionado a su diagnóstico, a su comportamiento, a la idea de ser loco... Autoestigma.
RC	Recursos destinados a los enfermos psiquiátricos. Opinión del alumno y de los profesionales sobre los recursos destinados a los enfermos psiquiátricos y familiares.

RE	Relaciones empáticas del alumno con el enfermo psiquiátrico y los familiares. La posibilidad de ser capaces de ponerse en la piel de ellos, para poder comprenderlos mejor.
OCA	Opinión del círculo personal del alumno sobre el enfermo psiquiátrico. Cómo viven su familia y amigos el hecho de que el alumno esté en el psiquiátrico realizando sus prácticas.
OCP	Opinión de los cuidados psiquiátricos y de salud mental. Descripción de lo que significa el cuidar en los enfermos psiquiátricos.
DU	Descripción de la unidad. Descripción por parte del alumno de la unidad.
VU	Valoración de la estancia en la unidad. Comentarios de su paso por la unidad.
ADE	Aportaciones después de la experiencia en la unidad. Qué puede aportar el alumno.
MSMD	Opinión del alumno de la sujeción mecánica durante y después de las prácticas. Opinión y comentarios del procedimiento.
RTP	Relación teoría y práctica. Opinión de la aplicabilidad de la teoría en la parte práctica de la formación de enfermería psiquiátrica y salud mental.
REDP	Reflexión de las expectativas después de las prácticas. Cómo ve la unidad, a los enfermos... Opinión, sentimientos y pensamientos que tiene ahora.
OF	Opinión de que los enfermos fumen en la unidad. Comentarios del humo y el sistema de encender los cigarrillos, el hecho de que se fume y los lugares donde se fuma.
REU	Relación con el espacio de la unidad. Opinión del alumno de la estructura del espacio y su distribución.
RPU	Relación del alumno con los profesionales de la unidad. Con auxiliares, enfermeros, médicos...
AP	Aprendizaje obtenido en prácticas. Qué considera el alumno que ha aprendido durante las prácticas.
MEU	Utilización de metodología enfermera en la unidad. Si se utilizan el PAE y los registros de enfermería.
DEPD	Opinión del alumno de los derechos de los enfermos psiquiátricos después de realizar las prácticas. Opinión de derechos del enfermo social y civil, sobre matrimonio, derecho a votar, divorcios y trabajo del enfermo.
PEPD	Creencia del alumno de la peligrosidad del enfermo después de realizar las prácticas. Cuando el alumno después de las prácticas psiquiátricas relaciona al enfermo psiquiátrico con agresividad, peligrosidad o violencia. Estereotipo.
TP	Trabajo de los profesionales. Opinión del alumno sobre cómo trabajan los profesionales de enfermería en la unidad
CPD	Causa de enfermedad mental. Opinión del alumno sobre la causa de la enfermedad psiquiátrica después de realizar sus prácticas.
CEPD	Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos. Respuestas comportamentales de <i>trato desigual o diferente</i> del alumno después de las prácticas psiquiátricas. Discriminación.
RVD	Reflexiones de vivencias en la unidad. Comentarios reflexivos del alumno después de las prácticas sobre las diferentes situaciones vividas en las mismas.

DDP	Dificultades durante las prácticas. Temas concretos que ha vivido con dificultad.
PFTD	Participación de la familia en las terapias. Opinión del alumno después de las prácticas sobre la participación de la familia en el proceso terapéutico.
MRED	Medidas de reclusión. Opinión del alumno sobre las medidas de reclusión después de las prácticas.
OPD	Opinión de psiquiatría y salud mental en general, después de las prácticas. Opinión sobre tratamientos, organización...
RAP	Reflexiones del alumno sobre las prácticas de la carrera en general y de las de psiquiatría.

A continuación expongo la frecuencia de categorías, en una tabla de doble entrada, permitiéndonos una visión panorámica de la distribución de categorías de todo el corpus de datos textuales. Por medio de esta tabla se realiza una aproximación visual a los temas y aspectos que fueron tratados con mayor relevancia para cada estudiante. Además, se pudo hacer una primera comparación del valor numérico de las unidades de significado y sus categorías entre los informantes, los estudiantes. Se pudieron constatar la frecuencia de las categorías abordadas y el peso relativo en cuanto al total de categorías, pudiendo establecer una aproximación cuantitativa (tabla III).

Tabla III. Frecuencias de categorías

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Total
Categorías							
ACEP	5	0	0	2	1	0	8
ACPP	6	0	1	1	0	0	8
ADE	0	1	1	0	0	1	3
AP	6	4	4	6	5	6	31
CEP	8	4	2	2	0	5	21
CEPD	0	0	1	1	0	0	2
CEPP	8	2	1	0	0	4	15
CP	3	1	0	3	1	1	9
CPA	4	5	3	5	1	7	25
CPD	0	0	1	1	0	1	3
CUA	9	26	14	8	13	5	75
CVA	11	8	3	3	8	3	36
DC	3	1	1	0	1	2	8
DDP	0	0	2	0	0	0	2
DEP	4	9	2	8	4	2	29
DEPD	1	0	3	4	4	3	15
DI	4	1	0	2	2	1	10
DPA	56	34	16	12	11	11	140
DU	0	1	0	1	1	0	3
EA	0	0	0	2	0	1	3

EAI	15	10	0	9	10	4	48
EDM	0	0	0	0	1	1	2
EEP	4	8	0	4	9	2	27
EEPP	11	10	6	2	9	20	58
ELE	5	6	4	3	7	6	31
ENF	0	0	1	0	1	0	2
EPP	6	10	6	12	9	16	59
EVP	37	21	12	9	19	10	108
HAA	15	11	4	7	7	6	50
HLA	3	5	1	8	2	1	20
HPA	59	64	57	36	69	42	327
HPE	1	3	5	2	1	1	13
IN	2	1	0	1	0	2	6
MEU	2	1	2	3	2	3	13
MRE	8	3	2	4	1	5	23
MRED	0	0	1	0	2	1	4
MSM	5	1	1	5	2	3	17
OCA	1	1	0	0	0	3	5
OCP	1	1	1	1	1	2	7
OF	1	2	2	1	0	2	8
OP	0	4	0	2	3	3	12
OPD	0	0	0	0	6	0	6
OS	0	0	2	2	1	3	8
PAA	6	5	4	1	4	4	24
PCE	2	1	0	2	1	0	6
PCEP	3	0	0	0	0	1	4
PEP	6	6	4	2	3	3	24
PEPD	2	3	6	3	2	2	17
PEPP	7	6	1	0	0	0	14
PES	0	3	1	3	1	2	10
PF	0	1	1	0	0	0	2
PFT	4	0	2	2	1	1	10
PFTD	0	0	1	2	1	3	7
PLA	8	10	9	4	3	2	36
PP	0	0	0	3	1	1	5
PPP	2	3	1	1	1	1	9
RA	1	1	0	0	1	1	4
RAC	17	9	5	1	8	10	50
RAP	14	3	0	5	12	5	39
RAT	40	1	0	7	2	3	53
RC	4	0	0	0	2	0	6
RCA	3	0	2	0	2	0	7
RCP	4	4	9	1	1	1	20
RDP	35	12	13	12	10	6	88
RE	12	7	3	2	5	2	31
REDP	3	0	4	3	4	1	15
REM	1	0	1	2	4	0	8
REU	2	4	0	0	0	4	10

RFE	13	1	0	0	0	0	14
RFS	4	0	0	0	2	0	6
RPE	6	8	4	5	1	0	24
RPO	7	1	0	1	3	3	15
RPP	7	10	4	2	8	2	33
RPU	6	5	2	0	1	2	16
RTP	3	3	1	0	2	1	10
RVD	0	0	8	0	1	5	14
SOP	1	0	0	2	3	4	10
SOT	1	1	1	1	0	0	4
SP	4	1	0	11	0	0	16
TEC	4	3	0	3	3	2	15
TECD	0	0	0	5	0	0	5
TFP	4	4	0	2	0	2	12
TP	0	2	0	6	0	3	11
VCC	11	21	11	2	3	12	60
VEP	17	7	1	0	0	0	25
VP	4	1	0	1	1	1	8
VU	0	1	1	1	5	1	9
Total	572	407	262	270	316	282	2109

Sobre las tablas de frecuencia nos podemos dar cuenta de que hay una variación muy amplia de las categorías. En una primera aproximación observamos que los temas (categorías) en los que ha aparecido una mayor frecuencia (más de 50) de unidades significativas relevantes han sido los siguientes:

Tabla IV. Categorías con mayor frecuencia (más de 50) unidades significativas

CATEGORÍAS	Unidades de significado
Historia personal del alumno (HPA)	327
Desarrollo de las prácticas del alumno (DPA)	140
Experiencias del alumno vividas en las prácticas psiquiátricas (EVP)	108
Reflexiones del alumno durante el proceso de prácticas psiquiátricas (RDP)	88
Contextualización de la unidad (CUA)	75
Valoración curricular de la carrera por el alumno (VCC)	60
Emociones ante el enfermo psiquiátrico (EEP)	59
Emociones ante el enfermo psiquiátrico durante las prácticas (EEPP)	58
Relación del alumno con el tutor de prácticas y profesor (RAT)	53

También se constató una presencia elevada (entre 20-40) de unidades significativas relevantes en las siguientes categorías:

Tabla V. Categorías con frecuencias entre 20-40 de unidades de significado

CATEGORÍAS	Unidades de significado
Historia académica del alumno (HAA)	50
Relaciones del alumno ante las tareas de la unidad (RAC)	50
Eutanasia, aborto e inmigración (EAI)	48
Reflexiones del alumno sobre las prácticas de la carrera en general y de psiquiatría (RAP)	39
Creencias y valores del alumno (CVA)	36
Plan de acogida del alumno en la unidad (PLA)	36
Reacciones del alumno durante el primer día de prácticas (RPP)	33
Aprendizaje obtenido en prácticas (AP)	31
Elección de Enfermería (ELE)	31
Relaciones empáticas del alumno con el enfermo psiquiátrico y las familias (RE)	31
Derechos de los enfermos psiquiátricos (DEP)	29
Emociones ante el enfermo psiquiátrico (EEP)	27
Contactos previos con la psiquiatría del alumno (CPA)	25
Vivencias y experiencias en las prácticas anteriores a las prácticas de psiquiatría (VEP)	25
Percepción del alumno del plan de acogida (PAA)	24
Peligrosidad del enfermo psiquiátrico (PEP)	24
Respuesta de los profesionales ante los enfermos (RPE)	24
Medidas de reclusión para el enfermo psiquiátrico (MRE)	23
Comportamiento ante los enfermos psiquiátricos (CEP)	21
Historia laboral del alumno (HLA)	20
Relación del alumno con compañeros de prácticas (RCP)	20

La elevada frecuencia con la que han aparecido estas categorías ofreció una primera aproximación a los núcleos temáticos que eran más relevantes para el estudiante. Estos primeros bloques temáticos de interés, todavía muy heterogéneos, darán lugar a la reordenación de las categorías que llevarán a señalar los temas emergentes.

Se podrían avanzar los siguientes aspectos como temas emergentes:

- historia personal del alumno (HPA);
- desarrollo de las prácticas del alumno (DPA);
- experiencias del alumno vividas en las prácticas psiquiátricas (EVP);
- reflexiones del alumno durante el proceso de prácticas psiquiátricas (RDP);
- contextualización de la unidad (CUA);
- valoración curricular de la carrera por el alumno (VCC);
- emociones ante el enfermo psiquiátrico (EEP);

- emociones ante el enfermo psiquiátrico durante las prácticas (EPP); y
- relación del alumno con el tutor de las prácticas y profesor (RAT).

En la siguiente tabla reflejamos las categorías poco frecuentes, las que tienen menos de 20 unidades de significado:

Tabla VI. Categorías con frecuencias menores a 20 de unidades significativas

CATEGORÍAS	Unidades de significado
Medidas de sujeción mecánica (MSM)	17
Creencia del alumno de la peligrosidad del enfermo después de realizar las prácticas (PEPD)	17
Relación del alumno con los profesionales de la unidad (RPU)	16
Subordinación a otros profesionales (SP)	16
Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos (CEPP)	15
Opinión del alumno de los derechos de los enfermos psiquiátricos después de realizar las prácticas (DEPD)	15
Reflexión de las expectativas después de las prácticas (REDP)	15
Reacciones de los profesionales ante la presencia de la observadora (RPO)	15
Terapia electroconvulsiva (TEC)	15
Peligrosidad del enfermo psiquiátrico (PEPP)	14
Respuesta de las familias ante los enfermos (RFE)	14
Reflexiones de vivencias en la unidad (RVD)	14
Utilización de metodología enfermera en la unidad (MEU)	13
Opinión de la salud mental y la psiquiatría (OP)	12
Tratamiento farmacológico y psicoterapia (TFP)	12
Trabajo de los profesionales (TP)	11
Percepción de los profesionales asistenciales sobre la salud mental y la psiquiatría (PES)	10
Participación de la familia como un medio terapéutico (PFT)	10
Relación con el espacio de la unidad (REU)	10
Relación teoría y práctica (RTP)	10
Situaciones del observador en las prácticas (SOP)	10
Causas de la enfermedad psiquiátrica (CP)	9
Perspectivas personales y profesionales del alumno en estas prácticas (PPP)	9
Valoración de la estancia en la unidad (VU)	9
Actitudes y creencias ante los enfermos psiquiátricos antes de las prácticas (ACEP)	8
Actitudes y creencias ante los enfermos psiquiátricos durante las prácticas (ACPP)	8
Opinión de que los enfermos fumen en la unidad (OF)	8
Opinión del alumno sobre sociedad y psiquiatría (OS)	8
Relación de los enfermos con los profesionales médicos (REM)	8
Opinión de los cuidados psiquiátricos y de salud mental (OCP)	7

Participación de la familia en las terapias (PFTD)	7
Opinión de psiquiatría y salud mental en general después de las prácticas (OPD)	6
Recursos destinados a los enfermos psiquiátricos (RC)	6
Reinserción familiar y social (RFS)	6
Opinión del círculo personal del alumno sobre el enfermo psiquiátrico (OCA)	5
Profesionales sobre las prácticas (PP)	5
Opinión de la terapia electroconvulsionante (TECD)	5
Medidas de reclusión (MRED)	4
Actitudes, creencias, emociones y comportamientos que perciben los enfermos psiquiátricos por ser enfermos (PCEP)	4
Situaciones observadas con trabajadores externos a la unidad (SOT)	4
Aportaciones después de la experiencia en la unidad (ADE)	3
Causa de enfermedad mental (CPD)	3
Descripción de la unidad (DU)	3
Reacción de los enfermos ante el alumno (EA)	3
Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos (CEPD)	2
Dificultades durante las prácticas (DDP)	2
Opinión de los profesionales de enfermería sobre las decisiones de intervención de los profesionales médicos (EDM)	2
Opinión de Enfermería (ENF)	2
Perspectiva de la familia con respecto al enfermo (PF)	2

6.8.3. Codificación axial: metacategorías

En un segundo nivel de análisis se ha llevado a cabo una agrupación y estructuración de las 88 categorías que han emergido. En esta etapa, después de un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaban similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes, han aparecido 17 núcleos temáticos en torno a los cuales se han agrupado todas las categorías.

Las metacategorías se han construido de manera simultánea e interactiva a la emergencia de las categorías en el primer nivel o codificación abierta, por medio de un continuo refinamiento y de la depuración de las categorías, utilizando para ello los esquemas conceptuales de mi marco teórico y de interpretación. Constructos que he intentado reformar para captar todas las propiedades de la realidad estudiada tal y como la describían los informantes. Por lo que estas metacategorías o núcleos temáticos que han emergido no son independientes o extraños a las categorías o perspectivas de significado que utilizan las personas que han participado en este estudio.

La afinidad temática de las 88 categorías se infiere una integración de los siguientes núcleos temáticos:

1. Perfil del alumno.
2. Enfermería.
3. Psiquiatría.
4. Opiniones previas del alumno de temas vinculados con la psiquiatría.
5. Estigma personal.
6. Contextualización de las prácticas.
7. Acogida en la unidad de prácticas.
8. Relación pedagógica con el tutor y los profesionales.
9. Aprendizaje.
10. Reacciones del alumno ante los enfermos y las familias.
11. Percepción del alumno de la unidad y los enfermos después de las prácticas.
12. Opinión del alumno de temas vinculados con la psiquiatría después de las prácticas.
13. Valoración del alumno de las prácticas psiquiátricas.
14. Reacciones de los profesionales sanitarios y no sanitarios ante los enfermos psiquiátricos.
15. Percepción de la enfermedad por parte de los enfermos y sus familias.
16. Percepción del círculo personal y social del alumno de sus prácticas.
17. El observador en la unidad.

En la tabla que aparece a continuación se presentan las unidades de significado y categorías que componen cada núcleo temático. En ellas se pueden observar las 17 metacategorías y las categorías que forman parte de ellas (tabla VII).

Tabla VII. Definiciones de metacategorías relacionadas con las categorías

META CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS
Perfil del alumno	En este núcleo temático de perfil quedan englobados todos aquellos aspectos que definen el perfil del estudiante. Queda reflejada su historia personal, familiar y social, así como su historia académica y sus experiencias laborales, desde una perspectiva de vivencias con sus	- Historia personal del alumno. - Historia académica del alumno. - Historia laboral del alumno. - Creencias y valores del alumno.

	<p>pensamientos y sentimientos. Además, también su visión de sí mismo como la que tienen de él, sus creencias y valores personales, y el carácter tolerante, por medio de pensamientos, opiniones y creencias de temas importantes en salud (eutanasia, aborto e inmigración).</p>	<p>-Eutanasia, aborto e inmigración.</p>
Enfermería	<p>Este dominio hace referencia a los motivos, influencias y dificultades (académicas u otras razones) en la elección de la carrera de Enfermería. La idea de lo que pensaba que es la enfermería y lo que piensa ahora, la correspondencia a su satisfacción de la elección, y la opinión del desarrollo curricular de la carrera, tanto de la parte teórica como práctica. Las reflexiones se realizan comparando con las diferentes prácticas; reflexiones y comentarios del alumno sobre las prácticas, relacionado con las formas de enseñar y relación con profesionales y tutores, así como las actitudes hacia los estudiantes por los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elección de Enfermería - Valoración curricular de la carrera por el alumno. - Opinión de enfermería. - Reflexiones del alumno sobre las prácticas de la carrera en general y las de psiquiatría. - Vivencias y experiencias en las prácticas anteriores a las prácticas de psiquiatría.
Psiquiatría	<p>Este núcleo temático hace referencia a la visión que da el estudiante sobre la psiquiatría después de haber recibido conocimientos teóricos. Se valora el contacto previo con enfermos psiquiátricos, ya sea personal o bien en sus periodos de prácticas anteriores, así como reflexiones de su experiencia en relación a reacciones propias y de otros profesionales, y las expectativas que tiene el estudiante ante las prácticas de psiquiatría, en relación a la unidad y al enfermo psiquiátrico, y los pensamientos y sentimientos que le crea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opinión de la salud mental y la psiquiatría. - Opinión del alumno sobre sociedad y psiquiatría. - Contactos previos con la psiquiatría del alumno. - Percepción de los profesionales asistenciales sobre la salud mental y psiquiatría. - Expectativas ante las prácticas psiquiátricas. - Perspectivas personales y profesionales del alumno en estas prácticas.
Opiniones previas del alumno de temas vinculados con la psiquiatría	<p>Hace referencia a las opiniones del estudiante de los temas psiquiátricos antes de su periodo de prácticas: causa de la enfermedad, derechos civiles y sociales del enfermo, tratamientos (psicoterapia,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Causas de la enfermedad psiquiátrica. - Derechos de los enfermos psiquiátricos. - Tratamiento farmacológico y

	<p>farmacológico, electroconvulsión, sujeción mecánica), reclusión, reinserción social y laboral, y las familias.</p>	<p>psicoterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia electroconvulsiva. - Medidas de sujeción mecánica. - Medidas de reclusión para el enfermo psiquiátrico. - Participación de la familia como un medio terapéutico. - Reinserción familiar y social.
<p>Estigma personal</p>	<p>Hace referencia al estigma, las respuestas que el estudiante tiene ante un enfermo mental ya sean a nivel de pensamiento, sentimientos o emociones y conductas. Se refiere a si piensan que son diferentes al resto de las personas, si son peligrosos (miedo, temor, desconfianza) y si se les da un trato desigual al resto de las personas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peligrosidad del enfermo psiquiátrico. - Emociones ante el enfermo psiquiátrico. - Actitudes y creencias ante el enfermo psiquiátrico. - Comportamientos ante el enfermo psiquiátrico.
<p>Contextualización de las prácticas</p>	<p>Este dominio se refiere a la distribución y adecuación terapéutica del espacio de la unidad y la organización y dinámica del trabajo de los miembros del equipo profesional, en relación a las actividades y tareas por turnos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualización de la unidad. - Relación con el espacio de la unidad.
<p>Acogida en la unidad de prácticas</p>	<p>En este núcleo temático se plantea la acogida que reciben los estudiantes por parte de los miembros de la unidad (profesionales y enfermos) al iniciar las prácticas, como parte de la adaptación y el aprendizaje. Así, cómo vive esta acogida el estudiante, teniendo en cuenta la situación en la que llega, ya que es una unidad diferente a la que conoce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acogida del alumno en la unidad. - Percepción del alumno del plan de acogida. - Reacciones del alumno durante el primer día de prácticas. - Reacción de los enfermos ante el alumno. - Experiencias del alumno vividas en las prácticas psiquiátricas. - Reflexiones del alumno durante el proceso de las prácticas.
	<p>Este dominio haría referencia a los diferentes tipos de relaciones pedagógicas que se establecen entre el tutor, los profesionales y el estudiante durante las prácticas y los</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relación del alumno con el tutor de prácticas y profesor. - Relación del alumno con los profesionales de la

<p>Relación pedagógica con el tutor y los profesionales</p>	<p>factores que las influyen, identificando los tipos más facilitadores para que el estudiante aprenda en el seno de la práctica. Se incluirían las distintas fases que surgen en la relación pedagógica, desde la relación de confianza, hasta el acompañamiento, el personalizar, el autorizar a no saber y a equivocarse, así como la percepción del estudiante de que están por él, que se le tome en consideración, donde se reflejarán el delegar, el acompañamiento, la inclusión, la autonomía, la complicidad y el respeto con un fin pedagógico de motivar a la formación. En estas relaciones existe subordinación a otros y entre profesionales.</p>	<p>unidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subordinación a otros profesionales. - Opinión de los profesionales de la enfermería sobre las decisiones de intervención de los profesionales médicos.
<p>Aprendizaje</p>	<p>Aquí se refleja la experiencia práctica como fuente de aprendizaje que incorpora elementos del saber experiencial del estudiante y que abre posibilidades para su futura praxis. Pertenecen a este núcleo temático aquellas categorías que hacen referencia al valor de la experiencia práctica del estudiante en su aprendizaje experiencial/situado y a los factores que condicionan este aprendizaje. Son reflexiones del estudiante que emergen en el interior de la acción de cuidado, tales como la conversación reflexiva que establece el estudiante con la situación de problema, la acción que el estudiante realiza y comprobar los significados que ha construido aplicándolos a la práctica de cuidado, y el prestar atención al proceso de acción, tratando de hacer, como ha visto hacer, una buena ejecución de cuidado de enfermería por parte de su enfermero (Schön, 1992).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de las prácticas del alumno. - Reacciones del alumno ante las tareas en la unidad. - Experiencias del alumno vividas en las prácticas psiquiátricas. - Aprendizaje obtenido en prácticas. - Opinión de los cuidados psiquiátricos y de salud mental. - Utilización de metodología enfermera en la unidad. - Relación teoría y práctica. - Reflexiones del alumno durante el proceso de las prácticas.
	<p>Hace referencia al estigma durante las prácticas, como las respuestas que el estudiante tiene ante el enfermo mental y familiares ya sean a nivel de pensamiento, sentimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones empáticas del alumno con el enfermo psiquiátrico y familiares. - Experiencias del alumno vividas en las prácticas

<p>Reacciones del alumno ante los enfermos y las familias</p>	<p>o emociones y conductas. Se refiere a si piensan que son diferentes al resto de las personas, si son peligrosos (miedo, temor, desconfianza) y si se les da un trato desigual al resto de las personas, así como a las reacciones empáticas con ellos como modo de sentimientos menos adecuados de lástima.</p>	<p>psiquiátricas. - Opinión de que los enfermos fumen en la unidad. - Comportamientos ante los enfermos psiquiátricos. - Actitudes y creencias ante los enfermos psiquiátricos. - Peligrosidad del enfermo psiquiátrico. - Emociones ante el enfermo psiquiátrico. - Reflexiones de vivencias en la unidad.</p>
<p>Percepción del alumno del enfermo y de la unidad después de las prácticas</p>	<p>Hace referencia al estigma después de las prácticas, como las respuestas que el estudiante tiene ante el enfermo mental y la unidad, ya sean a nivel de pensamiento, sentimientos o emociones y conductas. Se plantea si piensan que los enfermos son diferentes al resto de las personas, si son peligrosos (miedo, temor, desconfianza) y si se les da un trato desigual al resto de las personas. Se plantea si sus expectativas han cambiado con respecto a la unidad, al enfermo y a los sentimientos que tenían antes de empezar las prácticas, si se da una evolución con respecto a las emociones, influida por la experiencia vivida en la unidad.</p>	<p>- Reflexión de las expectativas después de las prácticas. - Opinión del alumno de los derechos de los enfermos psiquiátricos después de realizar las prácticas. - Descripción de la unidad. - Reflexiones de vivencias en la unidad.</p>
<p>Opiniones del alumno de temas vinculados con la psiquiatría después de las prácticas</p>	<p>Hace referencia a las opiniones del estudiante de los temas psiquiátricos después de su periodo de prácticas: causa de la enfermedad, derechos civiles y sociales del enfermo, tratamientos (psicoterapia, farmacológico), electroconvulsión, sujeción mecánica), reclusión, reinserción social y laboral y en las familias, y recursos destinados. Se plantea si sus opiniones han cambiado con respecto a estos temas, si se da una evolución con respecto a las experiencias vividas en la unidad.</p>	<p>- Recursos destinados a los enfermos psiquiátricos. - Opinión del alumno de los derechos de los enfermos psiquiátricos después de realizar las prácticas. - Opinión de la terapia electroconvulsión. - Opinión del alumno de la sujeción mecánica durante y después de las prácticas. - Causa de la enfermedad mental. - Participación de la familia en las terapias. - Medidas de reclusión.</p>

<p>Valoración del alumno de las prácticas psiquiátricas</p>	<p>Este dominio hace referencia a la valoración del estudiante de su estancia práctica en la unidad, con reflexiones de sus vivencias, dificultades, el trabajo de los profesionales, consideraciones hacia ellos... Casi siempre lo valora en comparación con el paso por otros periodos prácticos, consiguiendo una visión más realista de la comunidad terapéutica en psiquiatría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexiones del alumno sobre las prácticas de la carrera en general y de las de psiquiatría. - Opinión de psiquiatría y salud mental en general después de las prácticas. - Dificultades durante las prácticas. - Valoración de la estancia en la unidad. - Reflexiones de vivencias en la unidad. - Aportaciones después de la experiencia en la unidad. - Trabajo de los profesionales. - Profesionales sobre las prácticas.
<p>Reacciones de los profesionales sanitarios y no sanitarios ante el enfermo psiquiátrico</p>	<p>Hace referencia a las reacciones actitudinales y comportamentales de médicos, enfermeras y auxiliares ante situaciones con el enfermo psiquiátrico, donde se palpan las relaciones terapéuticas o de recelo con ellos, así como a las reacciones del personal no sanitario, como personal del juzgado y de hostelería, donde se plantean temas éticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de los profesionales ante los enfermos. - Situaciones observadas con trabajadores externos a la unidad. - Relación de los enfermos con los profesionales médicos.
<p>Percepción de la enfermedad por parte de los enfermos y sus familiares</p>	<p>Se plantea el concepto de autoestigma que tiene el enfermo con relación a lo que piensan los demás en relación a su diagnóstico, comportamiento y a la imagen de loco que puede mostrar, así como el sentimiento y el comportamiento de las familias en relación a la percepción de sus propios familiares enfermos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes, creencias, emociones y comportamientos que perciben los enfermos psiquiátricos por ser enfermos. - Respuesta de las familias ante los enfermos. - Perspectiva de la familia con respecto al enfermo.
<p>Percepción del círculo personal y social del alumno de sus prácticas</p>	<p>Se plantea la pregunta acerca de cómo viven los familiares y amigos del estudiantes el hecho de que esté realizando las prácticas en un psiquiátrico, apareciendo comentarios e ideas de la imagen que tienen del psiquiátrico y del enfermo psiquiátrico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opinión del círculo personal del alumno sobre el enfermo psiquiátrico.

Observador en la unidad	Hace referencia a la posición del observador en la unidad. Evidencia que afecta a los alumnos, al enfermo y al personal sanitario, produciendo curiosidad, indiferencia, respeto, algo de fiscalidad profesional e inquietud.	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones del observador en las prácticas. - Reacciones de los profesionales ante la presencia del observador.
--------------------------------	---	---

6.8.4. Codificación selectiva: identificación de ejes cualitativos

A medida que se iba realizando el análisis de datos, identificando unidades de significación relevantes y asignándolas a las categorías que iban emergiendo (codificación axial), y estas, a su vez, a los núcleos temáticos que emergieron (codificación selectiva), empezaron a emerger unos patrones, primero de manera nebulosa pero más nítidamente después.

Previamente fue necesario realizar la descontextualización de los datos, porque el análisis previo (codificación abierta y axial) fue lo que permitió la emergencia de los significados e interpretaciones para captar el sentido global del texto, para posteriormente realizar la recontextualización de lo narrado y observado, y proceder de acuerdo con el esfuerzo hermenéutico (Gadamer, 2007) para captar del texto de una forma global y transitar entre el todo y las partes en un diálogo hermenéutico entre los datos, y posteriormente construir el relato de lo sucedido en un discurso polifónico.

Debido a la naturaleza evolutiva, dinámica y contextual de la práctica clínica, consideré el patrón de análisis entre el proceso y la estructura que proponen Corbin y Strauss (2002). El proceso hace referencia a las acciones e interacciones en tiempo y espacio entre personas en respuesta a las situaciones en las cuales se encuentran inmersas y su capacidad de conducir a otras acciones (o consecuencias). Y la estructura se corresponde a las condiciones y circunstancias que influyen en la situación o fenómeno social.

De este modo, analicé de forma progresiva, antes, entre y después de su periodo práctico, las experiencias e interacciones en tiempo y espacio entre el estudiante, las personas enfermas y los profesionales en situaciones pedagógicas, advirtiendo sus sentimientos, pensamientos, movimientos, cambios y evolución en respuesta al contexto

o a las condiciones del mismo. Es decir, cómo la acción/interacción cambia en el tiempo y en el espacio, respondiendo a las contingencias del contexto (Strauss y Corbin, 2002).

Lo que implicó tener en cuenta como dimensiones de análisis el espacio (unidad de hospitalización), los tiempos de la práctica (el tiempo del parte; la ronda de visita; la administración de medicación; la realización de procedimientos clínicos), las acciones e interacciones entre el estudiante y el enfermero, entre el estudiante y la persona hospitalizada, y entre los estudiantes, entre otras, y las características del contexto hospitalario (organización del personal de enfermería, reparto de tareas, horarios y jornadas laborales, tipo de pacientes de la unidad, entre otras).

En esa exploración transversal y analítica comparativa de los núcleos temáticos o dominios cualitativos se pudieron identificar unos patrones conceptuales subyacentes a los datos que Medina (2005) denomina vectores cualitativos.

Los vectores cualitativos que se han identificado atraviesan los núcleos temáticos, actuando a modo de ejes estructurales y estructurantes del discurso formativo de las enfermeras, y se han denominado estigma y aprendizaje práctico.

Este análisis selectivo del estigma, como ya he señalado anteriormente, se realiza en tres tiempos: antes, durante y después del periodo de prácticas. El análisis se ha realizado con las unidades de significado de los estudiantes, pero ha sido inevitable mostrar a otros miembros de la comunidad psiquiátrica (profesionales sanitarios y no sanitarios, sociedad, enfermos y familias).

Con respecto al aprendizaje práctico, se analizará desde la entrada a la salida del alumno de su periodo de prácticas, donde incluyo elementos que influyen en ese aprendizaje (plan de acogida, proceso de aprendizaje, relaciones pedagógicas con el tutor, los profesionales y la valoración de las prácticas).

Y todo para finalmente llegar a relación de los dos ejes, estigma y aprendizaje.

Para poder presentar los resultado del análisis se ha utoilizado un sistema de notaciones, donde identificamos el instrumento de recogida de información, al estudiante, al numero de documento primario y unidad de significado. Por ejemplo:

- EAA, 5:6, donde «EA» significa entrevista anterior a las prácticas, «A» significa Ana (nombre ficticio del alumno) y «5:6» corresponde a la Quotation [número de documento primario: unidad de significado].
- OBA, 5:33, donde «OB» significa observación en las prácticas, «A» significa Ana (nombre ficticio del alumno) y «15:33» corresponde a la Quotation [número de documento primario: unidad de significado].
- EDA, 5:57, donde «ED» significa entrevista después de las prácticas, «A» significa Ana (nombre ficticio del alumno) y «5:57» corresponde a la Quotation [número de documento primario: unidad de significado].
- DPA, 5:112, donde «DP» significa diario de prácticas, «A» significa Ana (nombre ficticio del alumno) y «5:112» corresponde a la Quotation [número de documento primario: unidad de significado].

QUINTA PARTE

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

En este capítulo, además de describir el estigma y el aprendizaje desde el punto de vista de los estudiantes como protagonistas, he intentado reconstruir una teoría del estigma relacionada con la enseñanza práctica de la enfermería desde la perspectiva de sus protagonistas, y he intentado, a través de las descripciones narrativas seleccionadas, reconstruir los significados de los eventos, cuyo discurso estará entrelazado además con las voces de los distintos autores (o comunidad de intérpretes) y mis propias interpretaciones como investigadora.

Es preciso aclarar que los nombres de participantes (estudiantes, enfermeras, personal auxiliar y personas hospitalizadas) han sido sustituidos por nombres ficticios para garantizar la confidencialidad.

Iniciaremos esta presentación realizando una descripción del perfil (personal, académico) de los estudiantes participantes en la investigación, seguida de los dos dominios temáticos. Los dos vectores cualitativos, como se ha indicado con anterioridad, recorren el discurso de forma transversal y no pueden analizarse de forma independiente sino interrelacionados.

Siguiendo los objetivos de la tesis:

- . Explorar actitudes y prejuicios culturales, sociales e intelectuales de los alumnos de enfermería psiquiátrica y salud mental en su formación inicial de la Diplomatura de Enfermería.
- . Describir y analizar la evolución de actitudes y prejuicios de los alumnos durante y después el periodo práctico.
- . Describir el significado que tiene para los alumnos la relación con los/las enfermeras asistenciales y con el tutor/a en sus prácticas.
- . Explorar la repercusión pedagógica de las prácticas reflexivas en los alumnos en su periodo práctico.

- . Analizar la influencia de las actitudes y prejuicios en la eficacia del aprendizaje de los alumnos.
- . Explorar las repercusiones que tiene para los alumnos su experiencia práctica.
- . Proponer estrategias de mejora en la formación y ayudar al aprendizaje para conseguir combatir la influencia del estigma de los alumnos.

Las reflexiones posteriores a la identificación de los vectores cualitativos tuvieron que ver con la revisión de puntos relevantes del marco teórico presentado previamente, además de dar respuesta a los interrogantes que fueron planteados al inicio de la investigación.

Además, dada la naturaleza compleja del fenómeno de estudio, de su complejidad, de su contexto, y de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales, enfermos, tutores y los estudiantes, parecía necesario hacer el esfuerzo de ofrecer una visión totalizadora, integral y realista de todo lo que acontece. Es por ello que los resultados se presentarán de seis informes desde el interior de cada caso y con una mirada transversal, para lo cual se seguirá el siguiente índice:

- 7.1. Estigma personal del alumno hacia el enfermo mental antes de las prácticas psiquiátricas.
 - 7.1.1. Opiniones previas del alumno a las prácticas psiquiátricas, de salud mental y psiquiatría, contactos y experiencia con el enfermo mental, expectativas previas a las prácticas.
 - 7.1.2. Opinión del alumno sobre temas esenciales en psiquiatría: causa/s de la enfermedad psiquiátrica, derechos civiles y sociales de los enfermos mentales, reinserción familiar y social, tratamientos psiquiátricos (fármacos, psicoterapia, contención mecánica y terapia electroconvulsionante), aislamiento terapéutico y/o reclusión.
- 7.2. Prácticas académicas en la unidad de agudos.
 - 7.2.1. Contexto, organización del trabajo de la unidad.
 - 7.2.2. Acogida del alumno en la unidad.
 - 7.2.3. Reacciones del alumno en el inicio de las prácticas.
 - 7.2.4. Relación del alumno con el tutor.
 - 7.2.5. Relación de enfermería-médicos.

7.3. Aprendizaje en las prácticas de la unidad.

7.3.1. Cuidados de enfermería.

7.3.2. Aprendizaje práctico.

7.3.3. Diario reflexivo: integración del alumno al equipo asistencial de la unidad, expresión de sentimientos que le ayuda a una madurez personal, relación del alumno con el enfermo mental, relación del alumno con la familia del enfermo mental, relación teórico-práctica, desarrollo de la capacidad crítica, autoevaluación de lo aprendido.

7.4. Estigma del alumno durante y después las prácticas en la unidad psiquiátrica.

7.4.1. Opinión del alumno sobre temas esenciales en psiquiatría: causa/s de la enfermedad psiquiátrica, derechos civiles y sociales de los enfermos mentales, participación de la familia en el proceso terapéutico, contención mecánica y terapia electroconvulsionante, reclusión y recursos disponibles.

7.4.2. Estigma: estereotipo, prejuicio y discriminación del alumno después de las prácticas.

7.5. Estigma de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

7.6. Valoración por parte del alumno de sus prácticas en la unidad de agudos.

7.1. ESTIGMA PERSONAL DEL ALUMNO HACIA EL ENFERMO MENTAL ANTES DE LAS PRÁCTICAS PSIQUIÁTRICAS

Antes de señalar los resultados de este apartado, señalaré qué se entiende por estigma. Hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos (Corrigan y Penn, 1999, y Haghghat, 2001), se refiere a un «atributo profundamente desacreditador».

La predisposición de la actitud puede ser positiva o negativa, pues nos acerca o aparta de ciertos objetos; no conlleva a una acción inmediata pero sí una posible potencialidad que posee una carga emocional que la hace más poderosa que la opinión.

La estigmatización de las personas con problemas de salud mental, como concepto, implica tres problemas principales: el estereotipo (por el poco o incorrecto conocimiento sobre la enfermedad mental), el prejuicio (miedo, ansiedad y rechazo ante estas personas) y la discriminación (en muchos aspectos de la vida familiar, personal y laboral) (Link, 2001; Garcia-Silberman, 2002; y Muñoz et al. 2009).

En este apartado se analiza el estigma personal del estudiante hacia la enfermedad mental antes de realizar su periodo de prácticas en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría. Para ello se explora:

- la opinión sobre la salud mental del alumno y de la sociedad; contactos previos con el enfermo mental; opinión de la percepción de los profesionales de enfermería del enfermo mental y las expectativas que tiene ante el inicio de las prácticas en psiquiatría;
- la opinión sobre temas esenciales de la psiquiatría: las causas de la enfermedad mental, derechos de los enfermos, intervenciones sobre el enfermo (tratamientos, terapia electroconvulsionante, medidas de sujeción mecánica), medidas de reclusión y reinserción.

7.1.1. Las opiniones previas del alumno a las prácticas psiquiátricas

Opinión del alumno sobre la salud mental y la psiquiatría y el enfermo mental

Cuando se pregunta al alumno sobre su opinión de la psiquiatría y la salud mental, no es muy clara la respuesta, ya que se centra en el enfermo psiquiátrico.

Históricamente, las personas que sufren trastornos mentales son transformadas en objeto depositario de una serie de fantasías colectivas de la sociedad, y el resultado, en la mayoría de las veces, es el rechazo y su estigmatización (Bertolote, 1995).

El enfermo mental en muchas ocasiones va unido a una imagen de peligrosidad, ya sea por su agresividad o su violencia, como ocurre en la imagen que muestran Flor, Gustavo, Ana y Carmen en sus opiniones. Pero cada uno intenta explicarlo de diferentes maneras. Flor lo une al diagnóstico de esquizofrenia. Gustavo y Carmen lo matizan con el hecho de que están enfermos. En cambio, Ana lo justifica con la falta de voluntad por

parte de los enfermos para curarse. Es evidente que tanto él como ellas dan unas respuestas estereotipadas de la imagen del enfermo mental.

Tenemos la imagen de una persona agresiva o de un esquizofrénico. (AAF, 1:293)

Pueden ser peligrosos si no se están tratando o si ellos ya de por sí no quieren tratarse. Los puedo considerar como peligrosos porque ellos no quieren atenderse, es decir, no quieren respetar a las demás personas por lo que ellos pueden tener, o la manera en que pueden reaccionar: eso lo consideraría peligroso, pero no tengo por qué considerar peligrosos a todos los enfermos de por sí. Más que nada los que tienen comportamientos agresivos, a esos quizá les tienes que tener un cierto margen de distancia. (EAG, 3:101)

Pero aun así a veces te planteas que quizá no ponen suficiente de su parte para salir adelante, que a veces es muy difícil, y a veces sientes impotencia, te sientes mal, a veces piensas que es culpa suya. Yo a veces lo he pensado, que es culpa suya. (EAA, 5:109)

Puedo ir por la calle y que haya un paciente psiquiátrico al que en ese momento le dé una crisis y me... ¿Sabes? No creo que tengan culpa de lo que hacen, simplemente pues que no lo pueden controlar. Si lo pudieran controlar yo creo que no lo harían. (EAC, 1:94)

Esa imagen que tienen los alumnos del enfermo mental crea unos sentimientos de miedo, temor o desconfianza. Maite es la que más claro lo verbaliza, mostrando el prejuicio hacia el enfermo mental.

A mí personalmente me da miedo. (EAM, 2:115)

En cambio, Gustavo señala que por ese motivo se les tiene que marcar cierta distancia, posiblemente por el hecho de ser diferente, como señala Flor. Ambos muestran la discriminación hacia el enfermo mental.

Es que no entiendo la diferencia entre (...) Parece que los enfermos psiquiátricos sean diferentes. (EAF, 1:286)

Más que nada los que tienen comportamientos agresivos, a esos quizá les tienes que tener un cierto margen de distancia. No tengo por qué temerles, pero sí un cierto margen de distancia. (EAG, 3:102)

Como resultado de los estereotipos, prejuicios y la discriminación, es la estigmatización del enfermo mental. Las actitudes hacia una etiqueta las muestran Maite, Flor y Rocío.

Seguramente que yo tan poco no lo acabo de entender, o sea, entender las enfermedades, pero muchas veces asociamos psiquiatra con otras cosas, con (...) locos. (EAM, 2:168)

Es que no entiendo la diferencia entre (...), parece que los enfermos psiquiátricos sean diferentes. (EAF, 1:286)

No, a primer golpe de vista no. Luego a lo mejor cuando hablas con él igual puedes observar algún tic o algo que te lo hace ver diferente, pero a simple golpe de vista, no. (EAR, 4:104)

Los diferentes estudiosos del tema vienen mostrando que las personas en general tienen información limitada acerca de la enfermedad mental y de los tratamientos mentales, y esto se plantea como una barrera importante que incide en el cambio de actitud del ciudadano común y corriente frente a los mismos (Micklin,1978).

Este conocimiento insuficiente depende de varios factores: estigmatización; información inadecuada dada por los medios de comunicación populares, especialmente por las revistas del corazón; ausencia de contacto con enfermos mentales; falta de educación al respecto en las escuelas, etc. Esta desinformación tiene consecuencias graves, dado que (Hillert et al., 1999) un rechazo de los enfermos mentales por parte de la población es un impedimento clave para la rehabilitación de estas personas.

Tanto Maite como Carmen marcan la psiquiatría como la gran desconocida para ellas, aunque Maite reconoce que en este momento su idea va cambiando, posiblemente por la formación teórica que ha recibido. En cambio, Carmen muestra un aspecto que no tiene que ver con el conocimiento, reflejando las dificultades de estudio de tema. Ambas muestran prejuicios hacia la enfermedad mental.

No sé, yo la veo como desconocida, que la gente no piensa en esto. Es como si la gente dijese: « ¡Huy! Este tiene una enfermedad muy rara (...)». Yo personalmente también lo veía así, no lo veía como lo veo ahora. Pero aun así me da respeto. (EAM, 2:129)

Pues la psiquiatría la veo como un misterio, porque me parece todo como muy (...) Es que me costó mucho estudiarlo y entenderlo, me costaba mucho. (EAC, 6:69)

Ana se centra o se protege en que tiene conocimiento escaso, solo el que ha recibido en la parte teórica, ya que no conoce enfermos mentales graves, aquellos enfermos con diagnóstico como la esquizofrenia.

No sé, poca cosa; por lo que hemos dado en la asignatura, no es que lo conozca, sino que lo he visto en teoría, no conozco a nadie que tenga esquizofrenia ni nada. (EAA, 5:107)

El contacto relacional con los pacientes es muy importante en las profesiones de la salud, pero en psiquiatría es esencial, ya que es una de las herramientas más importantes. Es por ello que Rocío señala la importancia de la parte de salud mental para la profesión de enfermería, y que los profesionales de este ámbito deben ser especiales. Ana y Rocío plantean su incapacidad de respuesta ante las situaciones prejuiciosas que ellas se imaginan del enfermo mental (cambios anímicos, desajuste...), pero la conducta puede ser discriminatoria, como señala Ana cuando comenta las acciones a realizar, como la sujeción mecánica, marcando los temas que les crea preocupación, el trato con el enfermo, reivindicando las necesidades de esa parcela de la formación.

Yo pienso que en la parte de la enfermería es muy importante. (EAR, 4:56)

Sí, porque pienso que es importante (...), tener como cuatro trucos así, entre comillas, para como poder entrar a una persona cuando imagina, la manera cómo te puedes dirigir o la manera en que le has de entrar para poder simpatizar con ella y saber más cosas. (EAR, 4:58)

Sí, que es un poco el día a día, a ver cómo va, no tienes nada estipulado, no sabes cómo van a reaccionar, ni sabes si mañana van a estar mejor, si van a estar peor o van a estar igual, es llegar y preguntar a ver cómo está la situación, y ver a uno que está llorando,

otro que está riendo a lo loco, que se intercambien los papeles (...) y esas cosas; un desbarajuste, pero a la vez buen ambiente, buen rollo, porque los enfermeros y las enfermeras de allí deben ser fuertes y alegres para llevar eso. (EAA, 5:112)

No sé si castigarlos, pero hay que hacerles entender que eso no es lo que se tiene que seguir, hay que intentar hacerlos recapacitar, no sé cómo, pero por supuesto no se puede permitir; si hace falta en esos casos sujeción mecánica, para que se den cuenta de que han hecho algo malo, pues sí; un poco como a los niños, no porque ellos te peguen les tienes que devolver la bofetada, sino intentar educarlos en que eso no se hace. (EAA, 5:130)

Es de señalar que nuestros alumnos estudiados tenían un nivel bajo de familiaridad con la enfermedad mental. Cuando se identifica a otra persona como enfermo mental sin entender lo que es la enfermedad mental o teniendo una concepción errónea de esta, resulta frecuente que se produzca una impresión negativa hacia ese enfermo (Corrigan y Waltson, 2007); el contacto formal con personas con enfermedad mental se relaciona directamente con un aumento de la empatía hacia estos enfermos y una disminución del estigma (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak y Penn, 2001).

En las opiniones y actitudes de la población hay un cierto consenso sobre la negatividad de las actitudes de la población, tanto en términos cognitivos como afectivos y conductuales, como concluyeron Rabkin (1972) y Kresman y Joy (1974).

Guimón (2001) señala que la crítica del «etiquetar» en psiquiatría ha tenido indudable efectos beneficiosos para los pacientes mentales, contribuyendo a su desestigmatización, pero por otra parte un excesivo celo por evitar y desacreditar los diagnósticos y las clasificaciones por parte de algunos grupos ha tenido consecuencias negativas.

Ana plantea el prejuicio social y el estigma del diagnóstico, aunque la población en general no conoce los síntomas que caracterizan a las enfermedades mentales, solo ven que están tristes y necesitan ayuda (Hillert et al., 1999), o bien, como señalan Angermeyer y Matschinger (1999), a los esquizofrénicos los ven como que tienen una personalidad dividida.

Tampoco hay muchos prejuicios, mucha gente se cambia de acera si saben que has sido (...) Incluso gente que ha estado por depresión, que no tiene nada que ver, es otro problema que no es una esquizofrenia ni nada, también. «Huy, este está loco porque está aquí ingresado». No entienden que es un problema, creen que están locos, no entienden qué es una enfermedad como la esquizofrenia, pero hay muchos prejuicios. (EAA, 5:106)

La influencia del grupo para establecer los prejuicios es clave, como señala Morales (1999), dando paso al estigma y a la discriminación.

Rocío señala la influencia del grupo en los prejuicios sociales al enfermo mental, así como la influencia de la clase social, como indica Gustavo. Carmen directamente señala que son ellos los que se discriminan, ya que están en su mundo. En cambio, Rocío plantea que el motivo es porque no se les conoce.

Yo creo que no. Supongo que te dejas llevar más por los prejuicios por lo que acostumbra a decir la gente, que no por como es el enfermo en concreto. (EAR, 4:80)

No todos, yo creo que no todos, más que nada las clases más bajas, más incultas diría yo. Porque a la mínima que ven a uno que (...). (EAG, 3:104)

No. No creo, porque hasta a mí me cuesta, que en teoría tendría que... Es que, no sé, yo creo que están un poco apartados del mundo, apartados de la sociedad. Ellos están ahí en su mundo y venga (...). (EAC, 6:72)

Hombre, yo creo que en general al principio habría un poco de rechazo, pero yo creo que todo es acostumbrarse. (EAR, 4:110)

Con relación al estigma, viene marcado por la experiencia personal, como le ocurre a Flor, y plantea la poca tolerancia. O como Ana, en la experiencia de la depresión de su madre.

Te hablo de mi caso, cuando estuve enferma no me entendían, me miraban así como a ver esta que puede estar pensando ahora, se le habrá ido la olla y ya está; imagínate una enfermedad crónica, yo creo que tiene que sentir una discriminación y una falta de comprensión. (EAF, 1:204)

Yo creo que es muy difícil, creo que estamos muy cerrados, hay muy poca tolerancia y se conoce muy poco; el loco es loco, se han abierto los manicomios, pero sigue siendo un loco, y es la imagen que tenemos. (EAF, 1:292)

Sí, bueno, y antes en cierta manera pues también; porque mi madre ha sido depresiva, y ha estado ingresada aquí y me daba mucha rabia cuando decían «el centro de los locos», porque (...). (EAA, 5:254)

Contactos y experiencias previas con el enfermo mental

Es importante haber tenido contactos anteriores con los enfermos mentales, ya que las prácticas psiquiátricas serán menos estresantes y agobiantes para los alumnos, sobre todo con respecto a relaciones con enfermos mentales.

La mayoría de las investigaciones que se han realizado sobre el estigma se han focalizado en la actitud que hacia la enfermedad mental tiene la sociedad, con estudios realizados en población general (Wolff et al., 1996, y Crisp, Gelder, Goddard y Meltzer, 2005). Estos trabajos muestran que aquellas personas que tienen más familiaridad con la enfermedad mental o han tenido algún contacto con un paciente con un trastorno psiquiátrico cambian hacia una actitud menos estigmatizadora (Crisp et al., 2005).

Ese contacto se puede tener desde a nivel personal, como Flor, que sufrió hace unos años una depresión, hasta a nivel familiar, como Ana, que ha tenido que vivir la enfermedad mental en su madre (depresión) duramente, y también por familiares, conocidos o amigos (ansiedad, esquizofrenia...). Aunque ciertos diagnósticos como la ansiedad y la depresión son interpretados como más leves, y otros incluso como algo difícil de entender, como señala Carmen.

Sí, sabía que estaba mal, pero estaba muy bloqueada, dormía todo el día, casi no comía... y no hablaba. Entonces empecé con el psiquiatra y estuve un año o dos con pastillas, hasta que me di cuenta de que no me solucionaba, solo la fase más aguda (...), y me fui a un psicólogo y estuve como unos tres años; me ayudó muchísimo; toda la vida lo he guardado todo o no he sabido seleccionar las cosas, y al poner en orden todo, fue cuando sentí las fuerzas para hacerlo; y ahora me conozco mucho, estoy muy contenta porque conozco mis puntos débiles muy bien. (EAF, 1:69)

Yo sé que una tía de mi padre estuvo con un psiquiatra aquí, en el Hospital Santa María. (EAM, 2:123)

Alguna amiga con crisis de ansiedad (...), amigas que toman pastillas para la ansiedad, eso sí. Lo que muchas veces no acabas de entender es por qué aquella persona tiene ese problema, porque la ves a ella y ves que familiarmente está bien. (EAM, 2:124)

Tengo un amigo con trastorno bipolar, que sé que lo ha pasado muy mal, pero ahora está bien, tiene que venir aquí a hacerse visitas y tal; y sobre todo por lo de mi madre, las depresiones, es lo que conozco, y es muy duro. (EAA, 5:108)

Una amiga mía (...), su madre se suicidó, bueno, ella tenía esquizofrenia (...) Empezó a ver cosas, pero ella no... Es que es algo que no sé; no lo puedes entender, con la familia que tenía, a ver, su matrimonio pues si no era muy bueno, estaba bien, pero tenía cinco hijos guapísimos y sanos y dices, «¿cómo puede llegar alguien a hacer esto?». No sé, es lo primero que te viene. Y luego dices: «Bueno, es la enfermedad que tendría». (EAC, 6:113)

Las personas que han conocido a un paciente psiquiátrico, han hablado o han trabajado con él muestran una actitud más positiva. Diferentes estudios (Angermeyer, Matschinger, 1996; Link y Callen, 1986; y Penn et al. 1994) destacaron que consideraban peligroso a un paciente psiquiátrico las personas que no habían conocido a ninguno, y que estimaban importante mantenerlo alejado del trato social.

Siendo alumnos de tercer curso, ya tienen experiencia en la práctica clínica, y en algún momento de estas han tenido contacto con algún enfermo mental, aunque lo argumentan con la descripción de la situación y no con conocimientos del ámbito. Flor plantea una situación estereotipada, con comportamiento agresivo, con respuesta de huida. Maite lo describe pero narra que se decidió trasladar al enfermo al psiquiátrico, y Gustavo plantea cierta extrañeza, pero sin más.

Cuando estuve en urgencias, un día había un paciente, y no estaban ni la auxiliar ni la enfermera. El médico me dijo que le sacaré la ropa, que lo quería explorar. Iba en silla de ruedas. Entonces llamé al celador para que me ayudara, le fui a sacar la chaqueta y me pegó un tortazo increíble, y el segundo porque lo esquivé. Se puso muy agresivo, yo cogí y me fui, me quedé pasmada. (EAF, 1:248)

En urgencias nos vino uno que se había intentado suicidar y no sé lo que tenía porque lo trajeron para aquí. En la UVI había uno que negaba su enfermedad y también lo trasladaron aquí, al psiquiátrico. (EAM, 2:148)

Nos llegó uno a UCI que se intoxicó con las pastillas que se tomaba, pero a este a lo mejor pudo haberle pillado una crisis (...). Me dijeron que tenía una depresión o trastornos maníaco depresivos, porque también le vi un comportamiento muy extraño cuando la conocí; me extrañó, pero a veces dices la gente es así porque les gusta ser así, ¿no? (EAG, 3:96)

En urgencias, cuando estuve en Barbastro, vino una mujer que se había caído en la calle, se mareó y se cayó y llegó al hospital diciendo que la íbamos a quemar, bastante alterada, se pensaba que los focos eran llamas y que estaba en el infierno y que la íbamos a quemar, y ese es el más cercano que he visto así. (EAC, 6:114)

El estudio de Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi y Pioli (2002) confirma estos datos. En otros estudios (Perris y Kemali, 1985), las actitudes públicas hacia los pacientes psiquiátricos eran negativas, incluso después de que antiguos pacientes hubieran vivido durante seis meses en el vecindario objeto de estudio. En este caso, el contacto casual entre los residentes locales y los pacientes parecía tener poco efecto sobre la otra parte, que es lo que ha sucedido en algunos de nuestros alumnos.

Expectativas ante el inicio del periodo práctico en la unidad de psiquiatría

Los alumnos de Enfermería, cuando tienen que iniciar los periodos de prácticas, piensan sobre la unidad, el tipo de enfermo que se encuentra en ella y los profesionales de la misma, así como sobre el tipo de técnicas y procedimientos que realizarán y las relaciones con los enfermos y profesionales, viviendo con mucha ilusión y expectativas ese comienzo, pero también es cierto que lo viven con cierto temor (Zupiria, 1999). Aunque tras las expectativas y temores, como señala Zupiria (2000), se encuentran el deseo y motor para realizarlas.

Ana plantea lo señalado por Zupiria, aunque además señala su carácter y enfrentarse a los retos que supone ir a la unidad de psiquiatría.

¿Si estoy preparada? Tengo muchas ganas, yo creo que me va a gustar, pero por otra parte no sé lo que me voy a encontrar realmente. Voy a Agudos, vale, yo de las personas que conozco han ido todas a subagudos. Me han dicho que es un poco peor, pero bueno, no sé, creo que lo haré bien, creo que lo sabré llevar, espero que sí, y miedo no tengo, al contrario, tengo muchas ganas. Así como hay gente que dice «Yo no quiero ir, si me las pudiera saltar, si me pudiera cambiar (...)», yo quiero ir a Agudos antes que a Subagudos y tengo ganas de a ver lo que pasa, de ver cómo reaccionaré, si lo sabré llevar... y esas cosas. Tengo ganas, muchas. (EAA, 5:131)

A esas expectativas debemos añadir que la unidad donde tienen que hacer las prácticas es la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, considerada como generadora de tensiones, conjuntamente con Oncología, Urgencias, Coronarias, UCI (López, Orbañanos y Cibanal, 2013).

Por ello tenemos que tener en cuenta lo que señala Bertolote (1995), que las personas que sufren de trastornos mentales son transformadas en objeto depositario de una serie de fantasías colectivas de la sociedad, y el resultado, en la mayoría de las veces, es el rechazo y su estigmatización. Y que afecta a todo lo que tiene que ver con ellos.

Flor y Rocío señalan que estas prácticas son diferentes en técnicas, dinámica de trabajo, tratamientos, y en el tipo de enfermo. Plantean el estigma y los prejuicios antes de conocerlos.

A ver qué va a pasar, porque es diferente, las percibo como unas prácticas totalmente diferentes a las otras; pienso que todas las prácticas que he hecho hasta ahora se parecen, las técnicas y el tipo de pacientes, la dinámica que se sigue trabajando y las medicaciones; estoy a la expectativa de a ver qué... Pues que es un mundo aparte, que no tiene que ver con las prácticas que has hecho. (EAF, 1:155)

Pues yo creo que un cambio radical; creo que un cambio radical porque no es ni trabajar con bebés ni trabajar con un adulto con una patología concreta (...). Yo creo que tiene que ser totalmente diferente; emocionalmente tiene que ser (...). A lo mejor me hace cambiar algún punto de vista sobre ese tipo de enfermos. (EAR, 4:115)

Los aspectos hallados más estresantes para los estudiantes de Enfermería son para Pades y Homar (2006) el «desconocimiento ante la situación clínica» y la «impotencia e incertidumbre ante situaciones desconocidas» (Lázarus y Folkman, 1986).

Se puede considerar que estas situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representa el enfrentarse a situaciones nuevas y al miedo a no saber responder, más que a un rasgo de su personalidad. Al hecho de tratarse de una población en formación y no tener aún la habilidad y seguridad suficientes para la prestación de cuidados, como concluyen Moya, Larrosa, López, López, Ruiz y Simón (2013) en su estudio.

Esa situación nueva en una unidad y enfermos desconocidos para los alumnos crean una serie de sentimientos que es coincidente en Rocío, Ana y Carmen, que lo señalan como miedo, a lo que Carmen añade nerviosismo ante el inicio de las prácticas. Debemos añadir al miedo a lo desconocido el prejuicio hacia el enfermo mental.

Pues no sé, porque todavía tengo bastantes dudas porque nunca he estado en un psiquiátrico, no sé cómo es el funcionamiento ni tampoco el perfil concreto del enfermo que hay dentro. Es un poco entre comillas miedo a lo desconocido porque no sé cómo es el ambiente. (EAR, 4:113)

Sí, como un poco de miedo a lo desconocido. (EAR, 4:125)

Igual, me da miedo y no me gusta. (EAA, 5:88)

Pensaba que lo llevaría peor, más nerviosa, pero no estoy tampoco (...). No tengo tanto miedo como antes. Al principio dije: «Bufff». (EAC, 6:104)

¿Cuando llegue? Pues no sé, supongo que estaré nerviosa y con las personas mirándome, a ver todo lo que hago. (EAC, 6:106)

Cuando se les pregunta a Ana, Rocío y Carmen cómo se imaginan la unidad, señalan como un desorden «a lo loco», con habitaciones oscuras o iluminadas, aisladas y con ventana con rejas, un sistema de seguridad por la peligrosidad del enfermo.

No es una planta normal desde luego, me lo imagino un poco desbarajuste, ¿no? Que cada uno va un poco como puede, unos chillando, otros tirados por el suelo (...) Es que no lo sé, me lo imagino así, un poco raro, un poco, pues eso, a lo loco, que cada uno va a lo suya. (EAA, 5:111)

Hombre, pues con módulos, supongo (...). Como habitaciones aisladas, podría ser. Habitaciones individuales. Y después supongo que alguna sala para hacer algún tipo de actividad o algo con el enfermo. Bueno, entre... Digamos que tiene que ser algo un poco oscuro, tampoco mucha luz. Las ventanas, pues de estas con cristal, pero como si hubiera algo para no poder acceder al exterior. (EAR, 4:119)

Muy luminoso, me imagino. Que brilla mucho el suelo, no sé por qué. Sí, que la luz entra y que no sé, como muy iluminado. Refleja en el suelo de verde, un color así verde clarito. (EAC, 6:70)

Carmen se atreve a describirlos físicamente, viene dada su descripción con influencia de los medios de comunicación y del cine, hecho que refieren diferentes autores.

No sé, me los imagino con el pelo rapado, no sé por qué, igual tengo alguna imagen de alguna película o algo; el pelo rapado y de blanco. Me imagino más hombres que mujeres, no sé por qué. (EAC, 6:109)

Para López et al. (2013), el alumno se estresa por la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para él mismo. No controlar la relación con el enfermo es un factor que no solo está presente en los alumnos de Enfermería, coincidiendo con otros estudios (López-Medina y Sánchez, 2005, y Zupiría et al., 2006), sino que también es una fuente de estrés importante en profesionales de enfermería. «Meter la pata» y «Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer» son las dos situaciones que, en valoración absoluta, preocupan bastante a los alumnos.

En cuanto a los factores de estrés, podemos considerar que las situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representan el enfrentarse a situaciones nuevas y el miedo a no saber responder.

Maite plantea el trato con el enfermo, además del no controlar las situaciones que obligan a tomar decisiones. A Carmen lo que más le preocupa es la relación con los enfermos. Esas respuestas van unidas al desconocimiento del enfermo mental y a la falta de habilidades sociales. Dejan evidente el estigma hacia el enfermo mental.

No sé, supongo que los pacientes no nos den demasiado tema de conversación o que el tema que nos den no sea muy coherente, no sé (...). Tipo película. Que no los puedas controlar, a la hora de darles la medicación que te la nieguen, que te la tiren. Tener que recurrir a fuerzas mayores (...), electroshock, intramusculares (...). En las películas se ve que normalmente el paciente se revela contra las enfermeras o contra quien sea y acaban atándolo (...). (EAM, 2:142)

Es el funcionamiento de una planta, los pacientes que me voy a encontrar, pero claro, en psiquiatría es que no sé lo que me voy a encontrar. Y no sé tampoco cómo tratarlos, ni la relación, me cuesta (...). (EAC, 6:67)

Sí, no sé, la forma de acercarme a ellos. No sé cómo. Bueno, en el momento que esté allí no sé si sabré cómo hacerlo. La relación con ellos me preocupa, que no sé si me retraeré o no, es que no sé. (EAC, 6:118)

7.1.2. Opinión del alumno sobre temas esenciales en la psiquiatría

La psiquiatría va acompañada de una gran controversia científica, ética y, por supuesto, social, liderada por los detractores de la psiquiatría oficial, que han criticado ideas y procedimientos que realizan.

En este apartado se abordará la opinión que el alumno tiene antes de realizar su periodo práctico de los temas psiquiátricos que son controvertidos y que son: causa de la enfermedad mental, derechos sociales y civiles del enfermo mental, medidas de reclusión y las diferentes medidas de tratamiento que se utilizan (tratamiento farmacológico y psicoterapias, terapia electroconvulsionante, sujeciones mecánicas), así como la participación de la familia en el proceso terapéutico y la reinserción familiar y social.

Opinión sobre la/s causa/s de la enfermedad psiquiátrica

La opinión es muy variada, va desde la personalidad individual a la falta de recursos psicológicos personales o el estilo de vida que tenemos actualmente, aunque no creen en una causa hereditaria, pero sí en influencias familiares de enfermedad. Flor y Ana añaden la influencia del núcleo familiar, experiencias vividas en la niñez.

La causa de la enfermedad mental ha ido evolucionando con los siglos y los años progresivamente. Guimón (2001) señala que las causas que apuntan los estudios de opinión son biológicas, psicológicas y sociales. En la encuesta de Angermeyer (1999) los factores biológicos aparecen en segundo lugar y una de cada dos personas entrevistadas identificaron dolencias cerebrales o debilidad constitucional.

Rocío es la que define la causa de la enfermedad mental de una forma más completa, teniendo en cuenta más factores, desde lo hereditario hasta lo familiar y social.

Yo creo que el ritmo de vida que llevamos ahora, el estrés, influye bastante. Después también supongo que el campo social o familiar que pueda tener esa persona, también algún problema degenerativo que se pueda tener o hereditario que también le pueda llevar... (EAR, 4:102)

Creo que no, pero a lo mejor en tu familia hay algún porcentaje elevado de que lo hayan tenido y algún gen que pueda influir o alguna degeneración que pueda influir. (EAR, 4:103)

El estudio realizado a norteamericanos señala que las génesis provienen de los problemas psíquicos causados por dificultades vitales (Hillert, 1999). Un porcentaje importante de los suizos destaca los factores psicológicos personales, como falta de voluntad, ser autoexigente consigo mismos, etc. (Goerg et al., 1999).

Algunos autores como Herzlich (1969) refieren la idea sobrevalorada de la importancia del estrés considerado como estilo de vida insano en las ciudades como la causa de enfermar. La opinión de Flor y Rocío va en esta línea.

De pronto, de la vida, o sea, de tu historia de vida. De tu personalidad. De entrada por el estrés de vida, y la personalidad que tú tengas para vivirlo de una forma o de otra, tus recursos. (EAF, 1:19)

En la sociedad que estamos (...), a que hay mucho caos, que todo el mundo lleva un ritmo de vida muy acelerado y mucho estrés, eso, pues, repercute bastante, no solo en la parte física de la persona, sino también en la psíquica. (EAR, 4:57)

Otras influencias en la causa de enfermar relacionadas serían las derivadas de la socialización del niño (hogares rotos, ausencia de padres, hiperprotección) o el impacto en el adulto del cambio social, consideradas menos importante que el estrés (Angermeyer, 1999). La infancia y relaciones familiares son importantes para justificar la aparición de enfermedades mentales, pero no son las únicas, como apuntan Flor y Ana, y las ven cruciales en la aparición de los problemas mentales.

Por supuesto que de las vivencias del niño y de la educación y del ejemplo que recibe dependerá mucho su salud mental (no es lo mismo crecer entre una familia desestructurada que en una que está muy unida, o crecer en una familia que no da cariño a sus hijos y en otra que basan su núcleo familiar en el amor), pero también tienen que ver muchos otros factores, como la capacidad del niño para afrontar frustraciones o la capacidad de superación o de pedir ayuda. Y ya no digamos lo importante que es el factor genético. Por eso sigue habiendo personas que han tenido una vida horrible, que gozan de buena salud mental y, por el contrario, personas que han tenido una buena educación y mucho apoyo de su familia que acaban teniendo enfermedades mentales. (OF: 1:649)

Pero muchas quizá sean por una mala infancia, por unos malos padres, por malas experiencias amorosas, o, en fin, por cosas que han llegado ahora, como la drogadicción, y a partir de ahí se les ha desencadenado la enfermedad. Creo que sí; por lo que he oído algunos casos son a partir de ahí. (EAA, 5:129)

Los derechos civiles y sociales de los enfermos

En palabras de Weber (1985) y Goffman (1990), los estudios cualitativos «constituyen una aproximación metodológica en la búsqueda del sentido de las acciones sociales». Tales estudios privilegian la interpretación de la subjetividad de los actores sociales y

del resultado de la interacción social que se establece entre ellos, y atienden al significado que la realidad tiene para los actores sociales, así como la forma en que estos significados se vinculan con sus actitudes y conductas.

Y por otro lado, resulta forzoso resaltar el llamado «intercambio simbólico» (Horton Cooley, 1922), que atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas otorgan al mundo que les rodea. Cada persona parte de diferentes experiencias de las que forma y aprende diferentes significados sociales, por lo que, dicho esto, se trata de entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor para comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente (Weber, 1985).

Una forma de mejorar la vida de las personas en general y de las personas con trastorno mental en particular es a través de buenas legislaciones (leyes que sitúan en el contexto de los estándares de derechos humanos). A partir de la Declaración de los Derechos Humanos, en todos los países se ha legislado para que se cumplan.

Pero es cierto que una cosa es la legislación y otra la opinión y las creencias de la población sobre la enfermedad mental, con respecto al derecho del matrimonio, divorcio, participación en unas elecciones, trabajo...

Según un estudio del Eurobarómetro, en los 15 países miembros de la Unión Europea en 2003, las personas con problemas de salud mental eran percibidas más frecuentemente como que no tienen «las mismas oportunidades de encontrar trabajo, mejorar su formación o su puesto de trabajo» que el resto de la población.

La percepción que tienen Rocío y Ana sobre el derecho al voto por parte del enfermo es contradictoria. En cambio, Maite desplaza esa decisión a profesionales de la salud mental.

No, no les prohibiría votar porque son personas como todo el mundo y creo que también, como yo, tienen derecho a votar. (EAR, 4:98)

No sé, es que creo que son como muy instintivos, actúan a raíz de lo que sienten sin pensárselo y buscando solucionar su necesidad, entonces no sé hasta qué punto votan realmente con racionalidad y pensando lo que hacen (...). (EAA, 5:122)

Yo creo que deben visitar a un psicólogo o a un médico especialista y decir si está capacitado o no está capacitado (...), si es capaz de decidir lo que quiere y lo que no quiere. (EAM, 2:165)

Ante el planteamiento, de forma general, de debería haber una ley para que una persona que pudiera conseguir el divorcio automáticamente por la enfermedad mental de su pareja, Gustavo y Rocío dan una respuesta solidaria, en cambio Maite muestra una percepción prejuiciosa ante la enfermedad mental, relacionándola con el diagnóstico. Con respecto a tener hijos, Gustavo vuelve a tener una respuesta solidaria e incluso romántica.

Una ley que permitiera que no se casaran. No porque si hay amor entre ellos y se reconoce este amor entre ellos (...), es que lo veo como una enfermedad más, es como el paralítico. Pienso que mientras ellos, sobre todo el enfermo, mantengan conciencia de que viven una relación, de una unidad en que hay una mujer, unos hijos y otras personas, mientras mantengan esta unidad, no creo que la ley tenga que existir, yo creo que son un poco pues el afecto y compañía de la pareja, no creo que tenga que existir esa ley. (EAG, 3:100)

No. Hombre, si tú quieres a esa persona tal y como es, ¿por qué te tienes que divorciar de ella? Si tu realmente sientes algo por esa persona, aunque tenga un problema, hay veces que el amor va antes, se superpone al problema mental que pueda tener. (EAR, 4:100)

Depende de la personalidad que él adoptara. Si fuera agresivo, si no fuera agresivo, si solo estuviera deprimido, si (...) depende. Porque si fuera agresivo y así no creo, porque con las agresiones acabas mal. Si te arremete físicamente sabes que acabarás en divorcio o así. Con depresión, pues no sé, porque entonces sería que estarías todo el día encerrado en casa, no te daría tema de conversación (...). No sé, es difícil. Supongo que hasta que no estuviera más equilibrado o así no daría el paso. (EAM, 2:134)

¿Los enfermos mentales? No. Mientras (...). Si es por amor y esto, creo que pueden tenerlos. A ver, tampoco no se transmite la enfermedad mental, creo yo. Si se tienen por amor, pues bien, ahora si es un tema de violación y esto, evidentemente ya es otro tema, es agresión, es cualquier cosa menos el deseo de tener un hijo; es decir, que yo creo que sí. (EAG, 3:103)

Cuando se plantea de forma personal el matrimonio con enfermos mentales, la respuesta de Flor depende de si se lo conoce antes del diagnóstico. Rocío sigue la misma línea.

Sí, yo creo que sí, si estuviera ya con esa persona y le diagnostican luego, sí; al conocerle, estar diagnosticado al conocerlo y saber que tiene una enfermedad mental, creo que no. (EAF, 1:169)

Aquí ya no lo sé, pero yo de seguir con él sí que seguiría con él. ¿Por qué no? Es lo mismo que si estuviera con otra persona que tuviera un accidente y se quedara inválido. No veo por qué no puedo seguir con esta persona. (EAR, 4:65)

El estudio de opinión de Ruiz, Montes, Correas Lauffer, Álvarez, Mauriño y de Dios Perrino (2012) valora que estas enfermedades interfieren bastante en la vida cotidiana o incluso impiden la vida normal, y que no permiten desarrollar con normalidad las relaciones con la familia, las tareas cotidianas y las relaciones con los amigos.

La reinserción familiar y social del enfermo mental

«Con palabra y acto nos insertamos en el mundo humano, y esta inserción es como un segundo nacimiento, en el que confirmamos y asumimos el hecho desnudo de nuestra original apariencia física. A dicha inserción no nos obliga la necesidad, como lo hace la labor, ni nos impulsa la utilidad, como es el caso del trabajo» (Arendt, 1958).

Aunque la inserción es un derecho y lo adecuado para los enfermos mentales, no es la idea que tiene la población en general. Como nos señalan Hawke, Parikh y Michalak (2013), los encuestados piensan que los enfermos mentales tienen incapacidad para desarrollar algunas actividades y un difícil desarrollo social y laboral.

Dándose un fenómeno conocido como «distancia social» o rechazo, no los aceptaríamos como amigos o amigas, vecinos o vecinas, empleados o empleadas, maridos, esposas, nueras o yernos, no nos gustaría que fueran a la escuela con nuestros hijos e hijas, etc., lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitarán (Corrigan et al., 2003; Andermeyer, 2005; y Gofman, 1993).

Como hemos indicado, se han realizado acciones para que esa distancia social sea la mínima, pero se sigue dando, como señala Flor en sus narraciones. Y Ana opina que aun así no se consigue por el estigma hacia los enfermos mentales.

Es que es mucho más profundo el problema. Ya es de la sociedad, qué hacemos. Se crean empresas para que se reinserten, tipo guetos. No es normalizar. Es que no lo sé. Si la gente sigue sin contratar, ¿cómo convences para que la gente contrate? (EAF, 1:208)

Hay que integrarlos y ayudarlos, pues en trabajos, en talleres o en sitios pues en que haya gente que los pueda ayudar, pero que trabajen y salgan adelante y que sigan en familia y sean personas como los demás, que no tengan enfermedades, una persona normal (...). (EAA, 5:117)

Según un estudio del Eurobarómetro, en los 15 países miembros de la Unión Europea en 2003, el 87% creía que las personas con enfermedad mental tenían menos posibilidades que cualquier otra persona. Un índice mucho más alto que para las personas con una discapacidad física (77%). Esta valoración es consecuencia de la ignorancia, por el poco o incorrecto conocimiento sobre la enfermedad mental, el prejuicio (miedo, ansiedad y rechazo ante estas personas) y la discriminación en muchos aspectos de la vida familiar, personal y laboral (Link, 2001; y Muñoz, 2009).

Cuando se les pregunta si darían empleo a los enfermos con problemas mentales, las opiniones son muchísimo más cautas que cuando se habla a nivel general.

No lo sé, depende de la enfermedad, depende del grado en que esté la enfermedad... (EAM, 2:164)

Si está bien ahora, y ella se ve bien y el niño está bien, yo creo que le daría un máximo de confianza (...). Sí, claro. Y a la más mínima, poner un tope o (...). (EAM, 2:163)

Ya. Hombre, aquí me lo pensaría. (EAR, 4:66)

Tratamientos psiquiátricos

En la actualidad los tratamientos y procedimientos en las intervenciones ante la enfermedad mental son los que pertenecen al modelo clínico tradicional, fundamentados en la teoría biologista. Entre otras, nos encontramos con la psicofarmacología, la psicoterapia, la contención mecánica y la terapia electroconvulsionante.

En los últimos años y en el contexto de la crisis del sistema sanitario público, se ha dado la priorización de los tratamientos farmacológicos para el alivio rápido de los síntomas, en lugar de la inversión del tiempo que requiere la psicoterapia, justificado por los riesgos que supone para el propio enfermo y para los demás, relacionado con la peligrosidad del enfermo mental. Además, la sobrecarga asistencial conlleva a no beneficiarse de la intervención psicológica (Ferrerres, Pena-Garijo, Ballester, Edo, Danjurjo y Ysem, 2012).

El contexto social del tratamiento psiquiátrico y, en particular, las opciones del público sobre los beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico apenas han sido puestos en relación con la observación. Angermeyer y Matschinger (1999) estudiaron la actitud del público alemán hacia el tratamiento de la esquizofrenia y vieron que la psicoterapia e incluso tratamientos alternativos eran recomendados antes que los fármacos psicotrópicos, la adicción venía en primer lugar, aun cuando es sabido que no es un riesgo de los neurolépticos.

Los resultados de Fischer (Fischer, Goerg, Zbinden y Guimón, 1999) muestran que la no observación está relacionada con la actitud del paciente, de la familia y de su entorno hacia los fármacos psicotrópicos, pero también hacia la medicación en general, lo que abunda en la impresión de que estas actitudes están aclaradas en ideologías más generales sobre la salud.

Las narraciones de Rocío señalan la tendencia de los fármacos e incluso los propósitos de su uso, aunque hace cierta crítica a esa intervención. En cambio, Maite, aunque no está de acuerdo con los fármacos, los acepta por los efectos que se consiguen. Ante la pregunta de si son muchos los fármacos que se les administran, Carmen está de acuerdo por la necesidad.

Pues no lo sé, a ver (...). Hombre, yo creo que sí. O siempre se recurre a la solución fácil. A darle la medicación y ya está, que sabes que se va a quedar tranquilo y no te va a dar ningún problema. (EAR, 4:67)

Yo creo que sí, si no, no se les daría. Yo creo que sí (...). No sé, igual no la veo tan agresivo. Igual porque estamos más acostumbrados a la medicación. No sé, supongo que también tienen sus efectos y te dejan deprimido, o te dejan tranquilo (...). (EAM, 2:139)

Si es lo mejor para ellos no creo que sea demasiada. (EAC, 6:89)

Una de las conclusiones que señala el estudio realizado por Ruiz, Montes, Correas, Álvarez, Mauriñono y De Dios Perrino (2012) en la población española fue que se percibe la utilidad tanto de los tratamientos psicológicos como de los farmacológicos, y la mayoría opina que estos son eficaces o totalmente eficaces. La mayoría opina que el tratamiento es para toda la vida y que abandonar el tratamiento puede ser perjudicial. Sin embargo, un subgrupo de encuestados piensa que solo se debe tratar cuando hay síntomas, que un tratamiento muy prolongado puede ser perjudicial y que el tratamiento es sencillo y cómodo. Pero preferentemente se percibe como más eficaz el tratamiento psicológico en conjunción con el farmacológico.

Tanto Maite como Rocío plantean la eficacia de la psicoterapia para desarrollar otros aspectos del proceso de tratamiento de las enfermedades mentales.

Sí, sí que es importante, para hacerles ver un poco la realidad, para hacerles cambiar un poco de opinión sobre su enfermedad. (EAM, 2:144)

Hombre, no sé, yo creo que está bien para poder conocer mejor al enfermo y realmente como poder enfocar su patología pero, no sé (...). (EAR, 4:87)

Sin embargo, en la práctica clínica el tratamiento combinado resulta ser el más habitual, ya que los estudios realizados hasta el momento plantean esta intervención como más efectiva que la farmacoterapia o la psicoterapia sola, especialmente en los casos de depresión más severa o crónica (Pettit, Voelz y Joiner, 2001, y Oestergaard y Moldrup, 2011).

Flor, desde su experiencia personal, sufrió una depresión, narra la necesidad de los fármacos y de la psicoterapia. Considera que se necesita el fármaco para poder iniciar la psicoterapia, de la que está muy contenta de su eficacia, pero plantea la colaboración de la persona enferma.

Si hubiese empezado con psicoterapia hubiese perdido el tiempo porque no pensaba; la medicación me ayudó, pero la psicoterapia, genial, no me arrepiento, es muy duro porque esperas que te solucionen los problemas y resulta que te tienes que meter más en el ajo, pasarlo peor y ponerte en contacto con todo para después poder solucionarlo (...). Pueden ser complementarias. (EAF, 1:290)

En cada etapa se necesita algo; la psicoterapia no es efectiva si la persona no está receptiva, si no es capaz de pensar (...). (EAF, 1:171)

Terapia electroconvulsiva

En contraste con otros profesionales de salud mental que usan la psicoterapia para problemas emocionales y desórdenes mentales, los psiquiatras pueden usar psicofármacos o intervenciones más controvertidas como el electroshock.

El electroshock, como popularmente se conoce, o terapia electroconvulsiva (TEC), en términos científicos, es el tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad. A pesar de que se inició en 1938, sigue siendo «una técnica moderna» y «con una suficiente base científica».

Pocas prácticas médicas han sido tan cuestionadas como la TEC. Sin embargo, la bibliografía científica nos dice que la misma es un tratamiento altamente eficaz y de escaso riesgo, que posee indicaciones precisas, interacciones, contraindicaciones y

efectos adversos como cualquier otra terapéutica empleada a diario. Tiene, en cambio, una particularidad, como la de colocar al psiquiatra en una situación conflictiva entre sus prejuicios y sus conocimientos, así como el prejuicio de movimientos sociales (Norma Técnica Terapia Electroconvulsivante, 2000).

Ante conversaciones con una amiga que estudia Medicina, Flor plantea la imagen más positiva del TEC, y confirma su efectividad para los enfermos mentales.

Tengo una amiga que hace Medicina que quiere hacer Psiquiatría. Me lo ha explicado, y la gente que ha ido también; dice que ya no es agresivo, que no es la imagen que tenemos, que está muy controlado y encima la gente lo pide. (EAF, 1:178)

En un estudio realizado en la India por Andrade y Thyagarajan (2007), el tema se hace más agudo cuando se analiza solamente el impacto del vocablo. Al evaluar el grado de aceptación de la terapia electroconvulsivante se realizó un pequeño cuestionario oral donde la expresión *terapia electroestimulativa* fue aceptada en un 53% y la palabra *electroshock* en un 38%, lo cual sugiere cómo una palabra puede influenciar y medir el resultado de una actitud determinada en un tratamiento.

Hasta ahora tenía una imagen diferente. Imagen de tortura o de castigo... (EAF, 1:178)

Porque lo veo como muy agresivo y que a lo mejor, no sé, pero da la sensación como si pudiera dar un efecto secundario, alguna lesión interna que también le pueda afectar al enfermo. (EAR, 4:70)

Se ataca el empleo del electroshock desde las ideas poéticas de los antipsiquiatras de la década de los sesenta, partiendo de la inexistencia de la enfermedad mental, la locura sería un modo diferente de ver la vida, que hoy día están totalmente superadas. Pero novelas y películas de la época como *Alguien voló sobre el nido del cuco* expandieron amplias ideas erróneas sobre la psiquiatría y sobre el electroshock. Y crearon unos mitos que se mantuvieron muchos años, como que el electroshock es un tratamiento inútil, para borrar la mente, para cambiar la forma de ser y de pensar, que acaba con el cerebro, un tratamiento caduco, un tratamiento de alto riesgo y que se les da a los «locos» (Finalé y Zarragoitía, 2008).

Durante el desarrollo de la asignatura, los alumnos tienen la posibilidad de ver la película *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Maite muestra la impresión que le ha producido, así como la TEC. En cambio, Rocío duda de su efectividad.

Lo encuentro un poco fuerte. Vi la película y lo encontré un poco, no sé, se quedan un poco tocados. (EAM, 2:138)

No la analicé porque era muy difícil; la acaban matando, lo ahogan o (...) queda tocado por el electroshock. (EAM, 2:172)

Hombre, no sé si será efectivo o no será efectivo, pero lo encuentro una medida demasiado drástica. (EAR, 4:69)

Coleman es uno entre un número creciente de críticos que creen que la TEC es «una desgracia en psiquiatría y para la profesión médica en general». Max Fink (1979), psiquiatra, declaró que «las principales complicaciones de la TEC son la muerte, el daño cerebral y de memoria y las convulsiones temporales», aunque también cree que «ha salvado muchas vidas». También el doctor Sidney Samant declaró: «La terapia electroconvulsiva puede, en efecto, ser definida como una manera controlada de daño cerebral producido por medios eléctricos». Sin embargo, en 2003 una revisión sistemática concluyó que, a pesar de sus riesgos, la TEC «es efectiva a corto plazo en el tratamiento de la depresión», aunque esta interpretación no siempre es compartida.

En el momento actual no se puede plantear que su uso se encuentre generalizado. Cincuenta y nueve unidades de psiquiatría (25,3%) no prescribían ni aplicaban la TEC, mientras que 108 (46,4%) la prescribían y aplicaban, y 66 (28,3 %) solo la prescribían, y el número estimado de aplicaciones de la TEC en los doce meses anteriores totalizó 2.435 aplicaciones, con una tasa anual por 10.000 habitantes (Bertolín-Guillén, Peiró-Moreno, y Hernández de Pablo, 2006).

En otro estudio realizado en Canadá (Oldewening, Lange, Willan, Strangway, Kang, e Iverson, 2007) acerca de las actitudes negativas y positivas hacia la TEC en el que participaron 73 estudiantes de Enfermería rotando por espacio de seis semanas en

el hospital, se comprobó que las actitudes hacia la TEC se incrementaron favorablemente cuando los estudiantes poseían un mayor entrenamiento y experiencia. La información y formación sobre la TEC debería cambiar la percepción sobre el tema, como también lo considera Ana con sus palabras.

Los duermen. Me parece un poco fuerte, ¿no? Y les ayuda (...), es que no sé si les ayuda o si eso los cambia, no lo sé. (EAA, 5:120)

A lo mejor luego estoy de acuerdo, pero ahora mismo me parece un poco fuerte (...). (EAA, 5:121)

Medidas de contención mecánica

La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos (Joint Commission, 2009), con el propósito de prevenir lesiones en el propio paciente o a otras personas.

Tanto Carmen y Rocío, ante el propósito de la sujeción mecánica, plantean el beneficio para los pacientes y la confianza en los profesionales. Pero sí que dejan entender como que siempre no es así.

Yo creo que en el fondo es para el bien del paciente. Para que no se autolesione o por lo que sea y también por el bien de los sanitarios. (EAC, 6:91)

No sé, yo creo que siempre que se hace, por parte de los sanitarios, es por el bien, no creo que sea tampoco para (...). (EAC, 6:90)

A veces es necesario. A veces es necesario, pero (...). (EAR, 4:71)

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, como la contención verbal o la contención química, o bien como coadyuvante de ambas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente,

suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales (Sastre y Campaña 2014).

Ante la necesidad de la sujeción mecánica, Ana y Carmen plantean que antes se intenten otras alternativas como contención verbal y farmacológica. Y Carmen añade sus prejuicios ante el enfermo.

Hombre, pues en el caso de que no puedas controlarlo, no queda más remedio, pero si se puede calmar a una persona hablando, sin llegar a atarla, pues mejor. (EAA, 5:118)

Si se pudiera controlar con medicación creo que lo veo menos fuerte, ¿sabes? Sí. Me impresionaría más ver a alguien completamente atado a la cama y desvariando que a uno que esté adormilado y ya está. (EAC, 6:92)

Decidir la utilización de una contención no se basa en el tratamiento, en la actualidad se está utilizando para afrontar las diferentes situaciones que no se pueden controlar de otra forma, tanto en unidades de salud mental como en otros servicios.

Hay casos en los que existen medidas alternativas válidas y seguras, y en su lugar, se hace uso de medidas de restricción. En estos casos se hace un uso indebido de sujeciones. También, a veces, se da un uso inadecuado cuando se aplican, sin una indicación correcta, y no se realizan los cuidados estandarizados, o también cuando la persona está «atada» (Burgueño, 2007).

La decisión muchas veces está guiada por otras premisas, como ya hemos planteado, y las que Flor y Rocío, que son las alumnas con experiencia sanitaria, señalan como abuso en algunos casos que están guiadas por la comodidad de los profesionales.

Se abusa mucho, muchísimo, para ahorrar tiempo, ahorra problemas, para no tener que estar pendiente, como ese ya está controlado. (EAF, 1:181)

A veces se abusa, sí. Sí, porque es la solución más fácil. Lo tienes ahí atado, lo tienes ahí con la medicación, lo tienes ahí tranquilo, es decir, que no te va a dar ningún problema. (EAR, 4:73)

En el ámbito de la salud mental, la literatura alerta de la variabilidad en el uso de las contenciones, tanto en tipos como en frecuencia. La revisión realizada por Joanna Briggs, registraba en 2002 que un 10% de las personas ingresadas en unidades de agudos precisaban algún tipo de contención mecánica durante su periodo de hospitalización (de 2,7 a 4,5 días).

El concepto contención mecánica lleva implícitas muchas emociones en su utilización, como señaló Carr (2012). Para poder entender sus conclusiones tenemos que tener en cuenta que ese procedimiento se aplica en contra de la voluntad de la persona, y además genera miedo y rechazo, tanto a nivel individual como en su contexto social. Y a menudo la sociedad lo percibe como un procedimiento de castigo o sanción a alguna conducta. Relacionar la contención mecánica con el hecho de atar a la persona en contra de su deseo es muy común en cualquier conversación con gente ajena al mundo sanitario.

Es por lo que algunos autores señalan que está contraindicada la contención física como castigo o pena, o en situación peligrosa (Seoane, Álava, Blanco y Díaz, 2005). Pero otros, como Ramos (1999), defienden que las sujeciones en psiquiatría pueden ser ejemplarizantes para modelar la conducta: respetar los derechos de los otros, acatar límites, tolerar frustración. Flor en su narración señaló lo que creía antes de tener contacto con el ámbito sanitario.

Imagen de tortura o de castigo. (EAF, 1:177)

Antes de llegar estaba segura de que los pacientes con contención mecánica eran un tipo de pacientes muy agresivos, a los que ni siquiera te podías acercar (EAF, 1:411).

Para Gastmans y Milisen (2006) la contención mecánica viola la dignidad del paciente y su autoestima. Así lo recogen en sus estudios, donde aparecen opiniones de muchos pacientes que expresan sus sentimientos de privación de libertad.

Según Sastre y Campaña (2014), la angustia y el sufrimiento descritos por los pacientes que han pasado por una contención mecánica, y el miedo a pasar por ella de nuevo, deberían hacer reflexionar a los profesionales de la salud acerca de que alguna cosa no

estamos haciendo bien o de la manera más adecuada. Haría falta destacar la importancia de realizar siempre y de forma correcta una contención mecánica (protocolos). No es válido ni ético tener a un paciente en contención mecánica en un estado de vigilia o angustiado por su situación.

De igual manera se han descrito efectos negativos sobre el entorno del paciente, también sobre el personal que la aplica (lesiones traumáticas durante la contención, sentimientos de malestar, insatisfacción) y en la misma relación profesional-paciente (desconfianza, resentimiento) (Sastre y Campaña, 2014).

Además, hay implicación emocional en el personal, como Flor nos señala en sus comentarios.

Me ha dado mucha pena la imagen de una persona atada, aunque la finalidad sea su propia seguridad. Me imagino que poco a poco me iré habituando a esta imagen, pero creo que me costará un poco. (EAF, 1:442)

De ahí la importancia de realizar un abordaje del equipo multidisciplinar para una buena praxis en la utilización de las medidas de contención (Rodríguez, 2011), y en cualquier caso, el procedimiento ha de respetar los derechos de la persona y estar dentro del marco legal y ético actual (Código deontológico del CIE, 2002).

Vázquez, Nava y García (2013) obtuvieron cifras importantes sobre la opinión de los familiares, de quienes consideraron necesaria su colaboración en la contención mecánica. Cabe destacar que ellos conviven con los enfermos todo el tiempo, no solo durante su estancia hospitalaria.

Sí que es cierto que son necesarios los familiares, ya que pueden ayudar a la aceptación por parte del enfermo. Como nos señala Rocío, en ocasiones reaccionan con comportamientos cómodos.

Incluso hay muchos acompañantes que lo primero que te dicen es que los ates, y a ver (...), es que es una persona, que no puede estar atada, que vale que se puede arrancar el suero, o se puede arrancar la sonda o lo que sea, pero que no se puede recurrir primero

a esto, porque, a ver, es que es inhumano, es como dejar a una persona enjaulada. (EAR, 4:72)

Aislamiento terapéutico y/o reclusión

El aislamiento es visto por algunas personas como una violación de los derechos humanos básicos. Algunos, como Legris y Walters (1999) y Brown y Tookeb (1992) lo asocian históricamente a conceptos de castigo, poder y control, mientras otros lo ven como una necesidad para el trato adecuado de la violencia. Los médicos, en cambio, lo consideran una modalidad terapéutica útil en casos indicados.

Flor, Gustavo y Maite consideran que si es necesario, aunque algunas razones que lo justifican son en algunos casos discriminatorias e impregnadas de prejuicios positivos hacia las acciones de las instituciones. Gustavo y Maite, además, añaden lo injusto de las equivocaciones en la decisión de aislarles, señalando lo perjudicial e inseguro que puede ser para el paciente.

Pero sí; no sé si recluirlos, no en el sentido de apartarlos sino como prevención; no eso de apartarlos, recluirlos (...). (EAF, 1:186)

Tipo castigo, no; pero está claro que una persona no puede estar suelta haciendo (...), o sea, machacando a todo el mundo; pero no como castigo sino como prevención para evitar a los demás; pero sí, sí que algo se tiene que hacer. (EAF, 1:188)

Es decir, si es una persona que tiene un problema muy fuerte que creemos que tiene que estar aislada, pues sí, pero si no, pues tiene que seguir una terapia. Yo es que a veces pienso que si lo metes en un centro psiquiátrico con un problema leve, que lo has cogido a tiempo, o a mejor si lo pones, lo empeoras porque ve que está junto a gente que, aunque sepa que están mal y que él también puede estar mal, a lo mejor lo trastornas más y no creo que sea lo adecuado, pienso yo. (EAG, 3:97)

Supongo que también es por la seguridad de los pacientes, de los otros pacientes. (EAM, 2:146)

Las instituciones, hasta hace algunos años, se conocían como manicomios, una institución nacida a principios del siglo XIX que se constituyó en el paradigma asistencial en psiquiatría desde entonces y hasta la Segunda Guerra Mundial.

En la historiografía actual sigue teniendo un gran peso la interpretación sobre la institución, encabezada principalmente por Foucault (1961), quien considera el manicomio como un instrumento del Estado establecido para silenciar a quienes, con su manera de pensar, sentir o comportarse, cuestionaban o amenazaban los valores de las clases dominantes. Lejos de constituirse en una institución terapéutica, el manicomio desgarró las vidas de quienes tuvieron la mala fortuna de ser encerrados tras sus impenetrables muros, donde solo reinaba el poder de la psiquiatría. Aunque tenemos evidencias probatorias de esta manera de percibir la institución, que por ciento cincuenta años constituyó el eje del paradigma asistencial en psiquiatría, investigaciones recientes dan cuenta de las muchas experiencias que cabían en el manicomio, lugar de reclusión y refugio, espacio terapéutico y de producción del saber (Sacristán, 2009). Estas grandes estructuras asilares solían construirse en la periferia de los centros urbanos (Comelles, 1992).

Carmen coincide con Comelles en la localización alejada de las instituciones, que muestra una discriminación hacia el enfermo mental, pero a la vez es reivindicativa.

Son enfermos también. Sí, en parte creo que están un poco apartados. (EAC, 6:75)

Yo creo que tienen que estar donde mejor sepan tratarlos, ¿no? Es que a mí el psiquiátrico me parece un lugar apartado, marginado y, venga, lo veo ahí todo aislado de los demás; esa es mi imagen de psiquiátrico y entonces... No tendría por qué, la verdad. Es un enfermo más. (EAC, 6:73)

La sola mención de la palabra *manicomio* nos trae a la memoria imágenes de un mundo desolado donde el enfermo mental yace en la más absoluta inactividad, expuesto a toda suerte de abusos, encerrado contra su voluntad y sometido al poder de un saber médico que se ha dado en llamar psiquiatría. Solá (2006) y Ferrer, García, Lerma y Polo (2006) señalan que los medios de comunicación, como el cine, la prensa, la televisión y ahora el internet, han construido una «leyenda negra» de los manicomios, sus tratamientos y

prácticas que ha terminado por convertirse en una «verdad» muy extendida y por momentos incuestionable, acaso por la fuerza de las imágenes (Martínez, 2005).

Desde la pantalla grande, en el papel de las rotativas o a través de los testimonios dejados por los propios internos, los manicomios emergen como «depósitos» donde los pacientes se muestran hacinados, en condiciones insalubres de alojamiento, sin recibir ningún tipo de atención médica ni de rehabilitación, incomunicados en celdas de aislamiento y con la mirada perdida en el horizonte, sin rastro alguno de humanidad (Penney y Stastny, 2009).

No solo los medios de comunicación han hecho del manicomio un objeto de la exclusión. La historia comenzó a documentar, desde la década de los sesenta del siglo pasado, este territorio que margina al enfermo mental de manera institucional, con el aval de la ciencia y de los poderes públicos (Fuentenebro y Huertas, 2004).

La cronicidad de los pacientes psiquiátricos ha sido generalmente definida por la duración de la hospitalización. Durante los años cincuenta, con las reformas francesas de la *Psychiatrie de secteur*, y en los años sesenta, con el movimiento norteamericano hacia la psiquiatría comunitaria, se ganó una mayor concienciación del público sobre los problemas a los que se enfrentaban los enfermos mentales crónicos, iniciando una tendencia a tratar a estas personas preferentemente en la comunidad, intentando evitar hospitalizaciones demasiado largas y dando impulso al muy controvertido movimiento de desinstitutionalización. Pronto se reconoció que las redes de apoyo social de los pacientes, en especial las naturales o informales (familia), son la alternativa principal al apoyo institucional, reduciendo así la cronicidad y la incompetencia (Guimón, 2001).

Las unidades de hospitalización deben existir, como señalan Flor y Gustavo. Pero como dice este último, con unas buenas infraestructuras, necesarias para este tipo de pacientes.

Rocío y Ana señalan cómo influye la familia (redes sociales) en el estado anímico del enfermo y su recuperación.

Es que casi no las conozco. Pero como cualquier enfermo, yo creo que tiene que haber instituciones, claro que el psiquiátrico tiene que existir. (EAF, 1:116)

Creo que han de existir porque el tratamiento que se tiene que seguir a nivel mental es diferente. Es decir, que tienen que tener una cierta infraestructura que tiene que dar tranquilidad o lo que se necesite para el enfermo; el mental en este caso. (EAG, 3:92)

Sí, porque aparte puede influir en que esa persona pueda, entre comillas, rehabilitarse antes, porque es llevar el entorno familiar que tenía en casa a la habitación del hospital. Es como que está apartado y no sé, como que está allí dejado en un sitio, pero que si le dejan tener este contacto social, pues es un beneficio para la recuperación. (EAR, 4:106).

Creo que es bueno, muy bueno; tienen que sentir que por ellos a lo mejor vale la pena estar allí, porque si no estar allí solos y no ver a nadie conocido (...), pues a lo mejor tampoco se empeñan en querer salir adelante y están peor, y se empeora su situación. No sé, creo que es bueno. (EAA, 5:126)

Si se plantea la sustitución de las redes sociales informales por una atención institucional, se ha de considerar que los profesionales juegan un rol central en esa estructura. La estrategia de desinstitucionalización ha de tener en cuenta la necesidad de crear una nueva red para los pacientes. Esto resulta difícil, ya que según los estudios de Link (Link et al., 1887, Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; y Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997), el estigma de la enfermedad mental seguirá complicando las vidas de los pacientes, incluso después de que desaparezcan los síntomas.

La desinstitucionalización psiquiátrica, que empezó en los años cincuenta, multiplicó los contactos entre enfermos mentales y las personas consideradas normales, con lo que, en ocasiones, contra lo previsto inicialmente, aumentaron los prejuicios. Como hemos comentado antes, la estigmación que en un primer momento se centró en un concepto, «la locura» y el hospital psiquiátrico, se extendió a las actitudes y conductas del público hacia los enfermos mentales en la comunidad, condicionando la aparición de estereotipos negativos respecto a diferentes conductas sintomáticas de algunos trastornos (Guimón, 2001).

Siguiendo el discurso del párrafo anterior, Rocío señala la discriminación que existe ante los enfermos y las instituciones, reivindicando la condición de persona. Carmen y Flor señalan el estigma de los enfermos que vuelven a la comunidad con razones terapéuticas y con las aperturas de las instituciones.

Creo que es como una patología más que no tiene por qué estar apartada, porque es como hacer una marginación social, es como dejarlos apartados (...) Los estamos excluyendo, como que son bichos raros. Y son personas como otras, con una patología en concreto, pero que también son personas. (EAR, 4:63)

Si ellos son conscientes de que tienen que seguir unas pautas de medicación y todo..., ellos mismos pueden estar bien con medicación (...), y hacer una vida normal dentro de lo que cabe no creo que tengan que estar ingresados. (EAC, 6:110)

Creo que más abiertos en cuanto cómo se ve desde fuera, por ejemplo yo lo veo como un sitio muy cerrado, a los hospitales puedes acceder, sabes cómo son (...).A los psiquiátricos, no. (EAF, 1:195)

La población reaccionó negativamente a la presencia de los pacientes que llegaban a la comunidad con síntomas de la llamada «neurosis institucional» (estereotipos motores, deterioro de las costumbres sociales, violencia imprevisible), producida por la medicación, las restricciones de movimientos, y el vacío de la vida previa en el hospital. En los años subsiguientes esta neurosis institucional fue reemplazada por la llamada «neurosis existencial» (Maddi, 1967), que consiste en una patología ligeramente diferente, de aspecto depresivo. Por lo que se deben crear previamente acciones encaminadas a que el público acepte mejor a los enfermos mentales. Pero resulta ilusorio pretender obtener rápidamente un nivel adecuado de actitudes positivas (Eker y Oner, 1999).

Maite se atreve incluso a dar ideas de organización y de localización de los psiquiátricos para acercar a los enfermos a la sociedad e influir sobre la discriminación.

Creo que sí agrupas enfermedades; es lo mismo que en el hospital, que cada planta tiene lo suyo... Si en un hospital normal y corriente hubiera una planta de esto, que tomaran las mismas medidas, entonces los pacientes no se revelarían tanto, lo verían de otra

manera, no lo verían como un psiquiátrico, psiquiátrico. Si no que estarían en un psiquiátrico en una planta especializada y entonces no se revelarían tanto o los aceptarían de otra manera. (EAM, 2:145).

7.2. PRACTICAS ACADÉMICAS EN LA UNIDAD DE AGUDOS

El objetivo final de la formación profesional de enfermería es una sólida preparación en las áreas biológicas y sociales, y un fuerte compromiso con los principios éticos, para ello la formación del profesional es amplia y diversa. Las Escuelas/Facultades de Enfermería estructuran sus mallas curriculares basadas en fundamentos científicos y en el abordaje más extenso de la disciplina de Enfermería (Nelson, 2007).

Los estudiantes, al iniciar los estudios, comienzan su viaje a través del conocimiento científico teórico, que se califica en ocasiones, como una verdad absoluta; pero las grandes interrogantes comienzan cuando aparece otro tipo de conocimiento, el que se denomina saber práctico. Heidegger (citado por Molina y Jara, 2010) lo define como el saber que se obtiene de una situación, donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales, mientras que el saber teórico sirve para que el individuo asimile un determinado conocimiento y establezca relaciones que le permitan comprender diferentes sucesos (Marriner y Raile, 2007, y Rivera y Herrera, 2006). De este modo se inicia la alianza entre ambos conocimientos, el teórico y el práctico.

Las prácticas profesionales no tienen un solo sentido; establecen un diálogo continuo entre la formación recibida en la universidad y la realidad. Se espera que la realidad en la que se insertan los estudiantes sea un espacio que nutra los procesos de aprendizaje y contribuya a una comprensión más compleja y global de las problemáticas y situaciones en las que esté involucrado. Propone un vínculo bidireccional en el que teoría y práctica se asimilan mutuamente, concretándose, dando lugar a un nuevo sentido y significado de la realidad profesional; abarca una experiencia multidimensional centrada en el «conocer en la práctica», entendida como aprendizaje en función de una interacción entre la experiencia y la competencia (UPN, 2002).

Las prácticas profesionales constituyen un ejercicio guiado y supervisado, que «incluye el lenguaje, los instrumentos, los documentos, las imágenes, los símbolos, los roles definidos, los criterios especificados, los procedimientos codificados, las regulaciones y los contratos que las diversas prácticas determinan para una variedad de propósitos. Pero también incluye todas las relaciones implícitas, las convenciones tácitas, las señales sutiles, las normas no escritas, las instituciones reconocibles, las percepciones específicas, las sensibilidades afinadas, las comprensiones encarnadas, los supuestos subyacentes y las nociones compartidas de la realidad» (Wenger, 2001).

7.2.1. Contexto, organización del trabajo en la unidad

En la ficha técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Nogareda y Nogareda, 2003) se distinguen tres sistemas de organización del trabajo a turnos: el sistema discontinuo (el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana), el sistema semicontinuo (la interrupción es semanal y supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los domingos) y el sistema continuo (el trabajo se realiza de forma interrumpida y supone más de tres turnos, incluyendo el horario nocturno).

Según el Estatuto de los Trabajadores (RD 1/1995), el concepto de trabajo mediante turnos se define como toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas.

En la Unidad de Agudos, los trabajadores sanitarios se organizan según el puesto de trabajo. Los médicos tienen turno fijo de mañanas, excepto cuando tienen guardia, que es tarde y noche seguida. El personal de enfermería se organiza con un sistema semicontinuo. Realizan mañana (de 8 a 14 horas), tarde (de 15 a 22 horas) o noche (de 22 a 6 horas). Pero no se respeta para todo el personal, ya que hay ocasiones en que no se respetan los tiempos de descanso, como lo observamos cuando se realizan las reflexiones de Maite, Flor y Ana.

Acudo a la Unidad de Agudos a las 14:50 horas, por la hora me encuentro en la sala de descanso a Luisa, la enfermera, José, el auxiliar, y Marcos, el celador, habituales del turno de tarde, y a Rosa, la alumna de la especialidad de Enfermería psiquiátrica que está comiendo, ya que hoy dobla turno. (OBM, 2:182)

En el botiquín se encuentran Luisa y Sebastián, que sustituye a Carlota, la enfermera habitual, que hoy tiene fiesta; también están con ellos Gustavo y Maite, que están preparando la medicación de la cena y de la noche. (OBM, 2:204).

Le comunica que ella irá con Sebastián, que es el que sustituye a la enfermera habitual, que es Dolores. (OBF, 1:301)

Las presenta a las enfermeras del turno de tarde, que hoy son Yolanda y Raquel, ya que están sustituyendo a las enfermeras habituales, que están de permiso. (OBA, 5:138)

En algunos colectivos profesionales, y debido a las necesidades económicas, de producción o sociales, es necesario establecer unos turnos de trabajo que permitan ofrecer una continuidad en los servicios prestados. Estos turnos de trabajo forman parte de las condiciones laborales. La población sanitaria, y en concreto los profesionales enfermeros, es uno de los colectivos afectados por el trabajo a turnos, aspecto que puede tener repercusión en la calidad asistencial.

Los estudiantes que realizan las prácticas y los profesionales de la unidad comparten turno. Por la mañana realizan las prácticas Flor y Rocío, y por la tarde, Maite, Gustavo, Ana y Carmen, coincidiendo ambos turnos en lo que se conoce como *pase del parte*, donde se comunican las novedades, lo pendiente o algún tema que consideren.

Llego a la unidad a las 7:45 horas, como es habitual se encuentran los profesionales del turno de mañanas recibiendo el parte del turno de noche, y tomando el café. (OBR, 4:126)

Acudo a la unidad de agudos a las 14:50 horas. Por la hora me encuentro en la sala de descanso a Luisa, la enfermera, José, el auxiliar, y Marcos, el celador, habituales del turno de tarde, pero además se encontraban María, la supervisora, Teresa y Sebastián, enfermeros de la mañana. Los encuentro sentados y pasándose el parte, pero además

están opinando sobre cierta decisión terapéutica, en concreto, la sujeción mecánica de un paciente. (OBG, 3:108)

La atención sanitaria es una tarea compleja que no puede recaer en un único profesional. Pero la organización de los profesionales en los centros hospitalarios sigue sin responder a un modelo que esté centrado en el paciente y en su cuidado, cada uno de los profesionales tiene una tarea distinta que realizar dependiendo de la profesión a la que se dedique, pero todos tienen el mismo objetivo y responsabilidad, que es la curación o la muerte digna del paciente (Bautista, Devesa, Guitart, Palma y Pérez, 2008).

Con la observación de Maite, Gustavo y Rocío por medio del diario de prácticas se describen las tareas. Los cuidados básicos son tareas que les corresponde a los enfermeros y auxiliares. Son las comidas diarias, las higienes personales o la administración de la medicación. También enfermería realiza funciones delegadas, como es la preparación de medicación de los enfermos, controlar que se realicen las pruebas diagnósticas, realizar los trámites de ingreso y el pase de visitas.

Después de repartir la merienda, Luisa les indica que observen cómo se prepara la medicación de la cena y de la noche. La preparan Yolanda y Rosa, la residente, comentándoles que al final de semana ya las tendrán que preparar ellos. (OBM, 2:197)

En aquel momento Luisa les avisa de que ha habido un reingreso, pero que en ese momento el enfermo está en urgencias con el psiquiatra. Les pide que se acerquen al control, que les explicaría el procedimiento de ingreso. Allí les explica las partes del reingreso actual, así como la documentación que se debe cumplimentar (consentimiento de ingreso voluntario y el significado legal que tiene, el guion de la entrevista y las hojas de enfermería y prescripciones médicas), y les dice que lo vayan cumplimentando ellos. (OBM, 2:199).

Cuando le van hacer la eco (prueba diagnóstica) al paciente que habían dejado sin merendar... Añadiendo que llamará al servicio de rayos, donde le informan de que pronto les iban a llamar. (OBM, 2:226)

A las 16:30 horas, en el comedor se reparten las meriendas y las medicaciones, también a los enfermos encamados. Se les explica el funcionamiento y se incorporan a la actividad. (OBG, 3:122)

Hoy no he tenido ninguna cosa especial con ningún paciente. Conozco algunos ingresos y algunos los conozco más profundamente. Ha sido un día pesado porque hemos tenido que reubicar como a seis personas de las habitaciones para que ingresaran dos pacientes, es como jugar al tetrís en versión hospitalaria. Aun así me lo paso muy bien con el personal. (DPG, 3:185).

Inicio la observación a las 12 horas. Después de saludar y dar un poco de conversación al celador y auxiliar. Veo aparecer a Rocío por el pasillo, me comenta que están pasando visita y que solo viene a buscar un papel. (OBR, 4:146).

Cuando entro en la sala de descanso me encuentro con el auxiliar y la auxiliar que salen para preparar todos los utensilios para asear a un paciente. (OBR, 4:161)

Son muchos los estudios que afirman que una atención personalizada e integral es lo que los usuarios buscan cuando acceden a un centro hospitalario (Bauman y O'Brien-Pallas, 2001), que se consigue cuando los profesionales sanitarios trabajan juntos y en equipo (Bauman y O'Brien-Pallas, 2001, y Gómez y Acosta, 2003). El trabajo en equipo permite que se administren un cuidado y una atención mucho más globales, porque todos los profesionales conocen el estado de salud del paciente. Pero entre los factores que afectan al trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios está la estructura organizativa de la institución sanitaria.

Las observaciones realizadas a Flor y su diario de prácticas nos señalan el intento de los profesionales de trabajar en grupo.

En el despacho, como todos los miércoles, se reúne todo el personal: psiquiatras, psicólogos y enfermería, junto con el jefe de servicio. Se pasa el parte de la guardia, y se realiza la asignación de los pacientes para cada médico y se repasan los ingresos y altas. (OBF, 1:365)

Cuando se decide dar a un paciente de alta, se piensa mucho antes. Se trabaja mucho con la psicóloga y con las asistentes sociales. (DPF, 1:483)

Si bien es verdad que no hay ningún tipo de modelo organizacional que sea perfecto, ya que tienen ventajas e inconvenientes (Gómez y Acosta, 2003) y cada uno es perfecto en la unidad en la que se aplique y al tipo de cuidados que se necesiten, algunos modelos permiten que la comunicación y la coordinación entre los distintos profesionales que conforman el equipo mejoren significativamente. Existen cuatro tipos de organización del personal de enfermería dependiendo de varios factores: organización por equipos, organización por tareas, organización por pacientes y organización por *primary nursing* (López, 1998; Fernández, Flores, Rey, Samper y Sánchez, 2009). Habitualmente, de los cuatro tipos de organización solo nos encontramos tres: organización por tareas, organización por pacientes y organización por equipo.

Los profesionales médicos de la unidad se organizan por pacientes y el turno de mañanas sigue esa organización, menos en las tareas cotidianas, que participan todos los enfermeros y los auxiliares, como detectamos en la observación de las alumnas que realizan las prácticas de mañanas, Flor y Rocío. Pero por la tarde no siguen la misma organización.

Además les explica cómo se organizan por la tarde, que ellas, las enfermeras, no se distribuyen por médicos, como ocurre por la mañana, sino que lo llevan todo entre las dos enfermeras. (OBM, 2: 194)

Cuando regresamos al botiquín, José les muestra las planchetas de los enfermos, y Gustavo pregunta por qué tienen pegadas unas pegatinas de diferentes colores (azul, rojo, amarillo). A lo que José le contesta que es una identificación del psiquiatra que les lleva. (OBG, 3:116)

El equipo de enfermería se encarga del cuidado del paciente, tanto las auxiliares como las enfermeras tienen esa responsabilidad. Muchas de las tareas y cuidados que se le hacen al paciente se pueden hacer de manera conjunta entre los profesionales. Por eso, es importante que trabajen en equipo, permitiendo así que el cuidado sea mucho más global y que se gestione de mejor forma el tiempo del cuidado (Buss, Leopardi, Coelho y Oliveira, 2010). Pero en los últimos años las investigaciones se están centrando en la división del trabajo y en saber dónde están los límites de cada profesión, olvidando así lo que es mejor para el paciente y descentralizando el trabajo.

Es evidente que la organización del trabajo es importante, pero cada profesional acaba teniendo una serie de tareas, como hemos observado en ambos turnos.

Mientras tanto los enfermos van acudiendo al control, unos para utilizar el mechero, otros para demandar cosas. Les atienden el celador y el auxiliar, que además están en el control atendiendo a las llamadas telefónicas para los enfermos, ya que es la hora que ellos pueden recibirlas. (OBM, 2:207)

Cuando entro en la sala de descanso me encuentro con el auxiliar y la auxiliar que salen para preparar todos los utensilios para asear a un paciente. (OBR, 4:161)

Al final del turno ha tenido que visitar la doctora de guardia (Elena) a uno de los nuevos pacientes, que después de cenar ha empezado a temblar y a respirar muy rápido diciendo que no controlaba su cuerpo y que estaba muy nervioso, angustiado. Lo hemos llevado en silla de ruedas a su habitación, se ha tumbado en la cama y una vez allí se ha puesto a hablar con él, también se le ha dado un Valium 5 sublingual con el fin de que le ayudara a relajarse. (DPA, 5:217)

Tarde tranquila, tomamos constantes a primera hora y pasamos a la gráfica. (DPC, 6:193)

Después de la toma de temperaturas, José les enseña las planchetas y les indican que deben de pasar las temperaturas a las gráficas. Y se ponen a ello. (OBA, 5:142)

7.2.2. Acogida del alumno en la unidad

El periodo de prácticas adquiere mayor relevancia, ya que pone al estudiante en contacto directo con la realidad profesional, permitiéndole así integrar y relacionar los conocimientos teóricos en situaciones reales (Sanz y Lucas, 2011). El objetivo en el ámbito de enfermería es prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden.

Iniciar las prácticas clínicas en una nueva unidad supone la inmersión en un mundo desconocido para los alumnos, que aunque están deseosos de iniciar esta nueva etapa de su formación, refieren en muchas ocasiones la incertidumbre e inseguridad que supone

enfrentarse a nuevas situaciones. Según Delgado, Salmerón y Gómez (2004), los estudiantes pueden llegar a experimentar lo que denominan como «el shock de realidad» en unidades con unas características muy, como es la psiquiátrica. Según afirman Ferrer et al. (2002) a la luz de un estudio realizado con estudiantes, estos experimentan un alto grado de ansiedad cuando inician su aprendizaje en las prácticas clínicas.

Los estudiantes refieren experimentar en la mayoría de los casos una gama de sentimientos que oscilan desde el miedo a lo desconocido hasta el encuentro con el dolor y el sufrimiento o incluso pérdidas y muertes, generándoles un alto grado de estrés, relacionado con la complejidad y responsabilidad de los servicios en los que se realizan las prácticas asistenciales (Ferrer, Rojo, Ruiz, Fernández, Guerrero y Martínez, 2002).

En las anotaciones en el diario de prácticas de Flor, Ana y Carmen y en lo narrado después de las prácticas de Flor, se manifiesta el alivio de sus sentimientos al iniciar las prácticas gracias al efecto positivo de la acogida.

Ha ayudado el personal de la unidad, que desde el primer momento me ha tranquilizado. (DPF, 1:397)

He pensado que quizá ayer el equipo estuvo muy bien conmigo por no hacerme sentir mal el primer día (...). (DPF, 1:422)

Muy bien, muchísimo, desde el primer día; todo el mundo pendiente de que estuviera bien, que estuviera tranquila, aparte de eso que cuando llegabas te preguntaban qué tal, y tú decías «Es que estoy acojonada, tengo un miedo...», y a partir de ahí todo el mundo estaba muy encima, y luego te explican todo; es que están muy encima de ti, y encima son mis docentes... (EDF, 1:556)

Mejor de lo que esperaba, porque no me hicieron sentir atrapada o incómoda, sino que la gran mayoría me preguntaba que si era nueva, que cómo me llamaba, la edad (...). En fin, más o menos como cualquier otro paciente. (DPA, 5:197)

El recibimiento ha sido muy bueno, me sentí muy a gusto y aceptada el primer día y durante todas la prácticas porque en ningún momento me dio la sensación de que sobraba o de que no ayudaba al estar en la unidad. (DPC, 6:160)

Tranquilidad, por que vi que estaban por mí y por mis dudas e inquietudes. (DPC, 6:157)

En el estudio de Cuñado, Sánchez, Muñoz, Rodríguez y Gómez (2011), un 21,4% de los estudiantes opina que las prácticas clínicas mejorarían si se realizase algún tipo de intervención informativa a la llegada a las unidades y si se les diesen a conocer los protocolos. También el hecho de ser presentados al llegar a los servicios, la explicación de la ubicación de los distintos materiales y el permitirles ser identificados y reconocidos facilitarían la inmersión en el periodo práctico (Pérez, Alameda y Albéniz, 2002).

En la unidad, por lo que se ha podido observar, se sigue el mismo protocolo de presentación a los miembros del equipo de enfermería (enfermeras, auxiliares y celadores).

A las 15:30 horas aparece en la unidad y en la sala de descanso María con los alumnos Gustavo y Maite, que los presenta a las enfermeras Luisa y Yolanda. Lllaman a José, que se encuentra en el control y se los presenta. Se les indica dónde pueden dejar sus enseres personales. (OBM, 2:184)

9:30 horas, acude a la unidad con las dos alumnas, Rocío e Isabel. Las presenta al personal, pero ya no de forma ordenada, ya que todos están realizando sus tareas habituales. (OBR, 4:130)

Los planes de acogida son diseñados con la finalidad de dar acogida y orientación a los alumnos de nueva incorporación para conseguir un mayor aprovechamiento del periodo práctico y un aprendizaje eficaz (González, García, Meléndez, Núñez, Soler y Macías, 2001). Son para facilitar la incorporación al nuevo servicio, proporcionando al estudiante toda aquella información que le pueda ser útil para el normal desarrollo de su periodo de prácticas (espacio de la unidad, protocolos, servicio, dinámica de la planta, aspectos a valorar, organización interna, características del centro, información de interés general).

Además de las presentaciones, también tienen como protocolo enseñarles a los alumnos las estancias de la unidad y a los enfermos, así como ciertas reglas y normas que deben saber, pero inmediatamente los introducen dentro de las actividades diarias.

Sebastián le sigue explicando la dinámica de las planchetas, que además contienen la gráfica, se registran las peticiones y acciones que se aplicarán a cada enfermo y las órdenes médicas. (OBF, 1:229)

Le informa del tema del tabaco en la unidad, de que los enfermos pueden fumar en el comedor y que en el control hay un mechero comunitario sujeto con una venda al mostrador, ya que los enfermos no pueden tener mecheros. (OBF, 1:304)

Le enseña las habitaciones, que son dobles, pero tienen una individual, los despachos médicos y la habitación para el psiquiatra de guardia. (OBF, 1:305)

Se les comenta a los alumnos que sigan a José, que va a pasar los termómetros. José les informa sobre las planchetas donde se registra lo que les pasa a los pacientes, régimen de visitas y alguna consideración con respecto a las llamadas telefónicas. (OBM, 2:185)

Seguidamente vamos pasando por las habitaciones, ya que algunos enfermos están encamados o simplemente echados en la cama, descansando. Hecho que Gustavo y Maite aprovechan para conocer las habitaciones con sus baños, e interesarse por cómo identifican las diferentes camas, así como el baño común. (OBM, 2:187)

Cuando regresamos al botiquín, José les muestra las planchetas de los enfermos, y Gustavo pregunta por qué tienen pegadas unas pegatinas de diferentes colores (azul, rojo, amarillo). A lo que José le contesta que es una identificación del psiquiatra que les lleva. (OBG, 2:190)

Después iniciamos el recorrido por la unidad; por el cuarto sucio, donde se tienen las ropas sucias de camas y pijamas, los enseres de aseo de los enfermos; el cuarto de la ropa limpia de cama y de uso de los enfermos, y también los diferentes materiales para la realización de la sujeción mecánica. Posteriormente les indica «Este es el sitio donde se prepara la medicación», refiriéndose al botiquín, indicándoles que debe estar siempre cerrado, ya que dentro se encuentran la medicación y las historias clínicas de los pacientes. Entramos seguidamente al comedor, donde se encuentran varios pacientes y se les reparten los termómetros. A medida que se les recogen, y en algunos pacientes, José les hace decir su nombre, refiriendo que no se acuerda, y se anota el resultado de temperatura. (OBG, 3:112)

Posteriormente Luisa les explica la distribución del botiquín, donde están el material, la medicación, etc. Y les invita a que curioseen un poco, para poder saber dónde están las cosas. Además les explica cómo se organizan por la tarde, que ellas, las enfermeras, no se distribuyen por médicos, como ocurre por la mañana, sino que lo llevan todo entre las dos. (OBG, 3:120)

A las 16:30 horas, en el comedor se reparten las meriendas y las medicaciones, también a los enfermos encamados. Se les explica el funcionamiento y se incorporan a la actividad. (OBG, 3:122)

Después de los desayunos, se van con las enfermeras a preparar la medicación para la comida, hecho que aprovechan para explicarles el procedimiento y mostrarles el carro de unidosis que reciben desde farmacia. (OBR, 4:135)

La eficacia de una buena acogida, como ya hemos señalado anteriormente, viene reflejada por la opinión que tienen los estudiantes. Algunos como Flor han señalado que no en todas las unidades y servicios les han recibido de igual modo.

He sido muy bien recibida y es la primera vez que me han explicado la dinámica de la unidad. (OBF, 1:231)

Fantástico. Desde el primer momento me he sentido parte del equipo y han contado conmigo para todo. (DPF, 1:384)

Es el primer periodo de prácticas de toda la carrera en que el primer día me explican cómo funciona el servicio, dónde está el material, cómo se organiza el trabajo (...). En los otros periodos iba descubriendo todo sobre la marcha. Además, al final de la mañana, todo el mundo sabía cómo me llamaba (en el periodo anterior, el último día de prácticas aún era «la estudiante»), y no han dejado de preguntarme a cada minuto cómo me encontraba y qué tal iba todo. (DPF, 1:398)

Por parte del personal superbien, nos han explicado todo lo que hemos preguntado. Cada vez que ingresaba un paciente que ya lo conocían, nos contaban su historia y lo que había pasado durante su último ingreso. Creo que se han volcado mucho y que de la manera que lo explican muchos de ellos lo viven. Les gusta. (DPM, 2:252)

Agradable. Predispuesto en cada momento a resolver dudas y a explicar. (DPR, 4:183)

Bueno, porque no me hicieron sentir fuera de lugar, además pronto me enseñaron la dinámica de trabajo, si había alguna cosa especial nos comentaban cosas sobre la situación. En general, un buen ambiente. (DPA, 5:196)

También está la versión de los profesionales cuando se les comenta que los estudiantes están muy contentos y satisfechos de la acogida a la unidad.

Dolores se pone a redactar el parte, interrumpiéndose para comentarme que «Flor, muy bien», a lo que le comento que ha sido bien acogida y que se siente arropada, y añado, que Flor le da mucha importancia a este hecho. Dolores me responde: «En psiquiatría es lo menos, ya que si no se cuidan estos detalles en esta unidad, mal vamos». (OBF, 1:263)

7.2.3. Reacciones del alumno en el inicio de las prácticas

La práctica clínica es un componente muy importante en la formación de estudiantes de Enfermería, ya que les ofrece la oportunidad de aplicar y completar la teoría con actividades encaminadas a desarrollar habilidades, aprender y cambiar actitudes. Las prácticas en la Unidad de Psiquiatría son un caso especial, porque el perfil de los enfermos no tiene nada que ver con los que conocen en otras unidades y servicios sanitarios (Delgado et al., 2004).

En las prácticas clínicas, los alumnos toman contacto con su futura profesión y se entrenan en la misma, enfrentándose a situaciones difíciles, que en muchas ocasiones son generadoras de estrés y no siempre se realizan en un entorno favorecedor que les permite entender la práctica enfermera en su totalidad, como señala Miguel (1996).

Ese entorno laboral-educacional puede ser condición suficiente para facilitar la aparición de factores estresantes. Este tipo de estrés en la enfermería se agrava cuando hablamos de estudiantes que inician sus prácticas en un entorno desconocido, los cuales pueden sentir no estar suficientemente capacitados para afrontar con seguridad su práctica profesional, argumentando fundamentalmente cuestiones relacionadas con la alteración en las necesidades de seguridad e información.

Tanto Ana como Maite narran en su diario de prácticas esa cierta paralización del primer día, ya que el enfermo psiquiátrico era desconocido para ellas.

Inseguridad e incluso un poco de nervios, porque al no conocerlos no sabes cómo te van a recibir y tratar, y para mí es muy importante tener buen ambiente, creo que es un aspecto principal para que yo me sienta bien y pueda desenvolverme poco a poco con normalidad y no me retraiga. (DPA, 5:190)

Al ser el primer día he estado un poco nerviosa y a la expectativa de ver cómo irían las cosas, qué me dirían, cómo actuar. Me he agobiado un poco al ver la cantidad de medicación que hay y sobre todo al no estar demasiado familiarizada con ella. El primer trato con los pacientes he intentado que fuera mínimo porque realmente no sabía qué decirles y cómo actuar delante de ellos (...). (DPA, 5:200)

Al hablar con los enfermos, me costaba mucho, ya que no sabía qué decirles ni cómo dirigirme a ellos. (DPM, 2:251)

El entorno sanitario suele proporcionar muchos estímulos generadores de estrés debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, la invalidez, la muerte de los pacientes, la necesidad de establecer relaciones con diversos profesionales sanitarios y pacientes, así como el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están completamente preparados (Ferrer et al., 2002).

En diversos estudios se han descrito las principales fuentes de estrés en los estudiantes de Enfermería, asociándolas con el área clínica y académica, sin olvidar otras áreas presentes, como son lo social e interpersonal (Sánchez, 1992). Zryewsky y Davis (2002) comprobaron que las áreas académica y clínica generaban el 78,4% de los acontecimientos estresantes, siendo el área social el 8%, y el área personal, el 13,6%.

En opinión de los alumnos, en el estudio de Pérez et al. (2002) se citan el estrés, la angustia, la ansiedad y el miedo como principales protagonistas de su práctica. Y el miedo es la emoción que más experimentaron los estudiantes de Enfermería de la UNMSM frente a la atención del paciente al inicio de sus prácticas clínicas de la asignatura de Enfermería en salud mental y psiquiatría (Tafur, 2007).

Coinciden Flor, Ana y Carmen en el estado emocional de nerviosismo en el primer día en la unidad. Les preocupaba básicamente que el enfermo les dirigiera la palabra.

A estas alturas de las prácticas me sigo poniendo nerviosa al empezar en un servicio, pero nunca lo había estado tanto como en este periodo. No sé si ha sido por los comentarios de los compañeros que ya habían pasado o por el miedo a lo desconocido (es la primera vez que estoy con enfermos psiquiátricos). Cuando he llegado a la unidad estaba como un flan, y ha tenido que pasar una hora para que empezara a relajarme y a eso ha ayudado el personal de la unidad, que desde el primer momento me ha tranquilizado. (DPF, 1:394)

Por una parte el primer paciente respondía más o menos al perfil que yo me había creado, y por otra pensaba que si me preguntaba o decía algo no sabía si quiera qué responderle, por tanto estaba supernerviosa y tenía un poco de desconfianza hacia él porque también pensé que al ser nueva él se interesaría por quién era yo. (DPA, 5:191)

Carmen comenta que el primer día fue impactante ya que no sabía a dónde mirar. (OBC, 6:127)

Del total de la muestra estudiada, la mayoría presenta niveles de estrés severo; la fuente de estrés según el tema traumático fue el estrés producido por las prácticas clínicas, es así que el evento más frecuentemente reportado como estresante es el «desconocimiento ante la situación clínica» (Moya et al., 2013).

Podemos añadir el concepto ya señalado anteriormente, el «shock de realidad», definido por Kramer (1974) como «La reacción producida por la diferencia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y cómo son en realidad», y sus consecuencias principales son la intensa desorientación y la angustia del estudiante (Úbeda, Pujol, Olivé, Álvarez y Segura, 1993; Pérez, et al., 2002; y Gutiérrez y Latorre, 2002).

Gustavo se muestra decepcionado con respecto al servicio, y se ha encontrado una unidad parecida a otras.

Hoy empiezo psiquiatría y la verdad es que me ha sorprendido la forma en que es el edificio más que por los pacientes, parece una residencia, solo que hay enfermos mentales (...). Hoy ha sido un día de reconocimiento. (DPG, 3:163)

En consecuencia, este hecho origina que los estudiantes, en un intento de adaptarse a estas situaciones, pongan en marcha una serie de estrategias de afrontamiento para superar con éxito, apareciendo emociones generalmente que involucran un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo que utilizamos para valorar una situación concreta, y por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación (Darwin, 1873). Siguiendo al autor, son miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría y tristeza, que cumplen diferentes funciones (protección, ayuda, rechazo).

Tanto Flor como Maite y Carmen narran el respeto, el miedo y la impresión que les han provocado los enfermos mentales.

En el primer momento no me atrevía a acercarme, ni siquiera a hablarles ni a mirarlos (no vaya a ser que mis ojos delaten el miedo que tengo). (DPF, 1:404)

Me daba respeto hablar con ellos y también acercarme a ellos. Me impresionó muchísimo la mirada de un psicótico, se me puso la piel de gallina (...), ya que sentí como si hubiera entrado en mi territorio sin que yo le hubiera dejado. (DPM, 2:247)

Hoy, primer día de prácticas en psiquiatría, para mí ha sido un día de observación, más a los pacientes que al personal de enfermería. He estado presente a la hora de tomar temperaturas con el auxiliar y también a la hora de preparar la medicación. He ayudado a servir meriendas y cenas. (DPC, 6:165)

«La enseñanza se imparte mejor cuando el estudiante está física y emocionalmente cómodo», como bien explica Virginia Henderson (1995). Situación que pasada ciertas horas se van superando y se van introduciendo en las diferentes tareas, e incluso Flor volverá al día siguiente.

No sé aún si me va a gustar o no el trabajo; lo único que me ha quedado claro es que mañana me apetece volver. (DPF, 1:419)

Aprovechan para ir conociendo a los diferentes pacientes... (OBM, 2:188)

...quedándose los dos a mirar historias. (OBG, 2: 195)

Cuando terminan con las gráficas, se van con la enfermera a inyectar una medicación vía endovenosa a un paciente. (OBA, 5:144)

7.2.4. Relación del alumno con el tutor

La formación de enfermeros no supone una práctica sencilla, debido principalmente a las peculiaridades del contexto social y sanitario donde se desarrolla. En esta formación en enfermería buena parte del aprendizaje se adquiere en la práctica clínica.

Las relaciones que se establecen con los profesionales sanitarios que se les asignan como tutores de sus prácticas se convierte en un factor generador de estrés para los estudiantes. Esta interacción entre estudiante y profesional ha sido considerada por algunos autores (Saarikoski, 2002; y Reyes, García, Fernández y Amat, 2012) como el factor más determinante para lograr el éxito en el aprendizaje clínico, con gran relevancia tanto para el desempeño de la profesión como para su desarrollo personal y académico.

Hay reconocimiento por parte de Ana, Maite, Gustavo y Flor de haber aprendido en su periodo de prácticas en la unidad y haber recibido ayuda en temas o situaciones que a los estudiantes les creaba conflicto (relación con el enfermo), donde se le da un valor añadido a la capacidad del trabajo en equipo de los profesionales de la unidad.

Me han enseñado cosas nuevas y me han prestado su ayuda frente a cualquier duda o problema. (EDA, 5:282)

Creo que son dos profesionales muy buenas; alguna otra que venía no te explicaba tanto, pero con estas dos muy bien. Saben mucho, son las que saben mantener la calma. (EDM, 2:349)

Último día, solo puedo decir que me ha gustado mucho estar aquí y que el personal me ha parecido simpatiquísimo. Es de agradecer que puedas estar con gente con la que te entiendes y ríes y además que colaboren entre ellos. (DPG, 3:199)

Muy bien con todo el mundo; me he reído muchísimo, encima de aprender, me lo he pasado genial porque yo decía «Qué bien estáis, qué equipo», y me decían que lo suyo les ha costado con tantas personas. No sé si la gente que va a psiquiatría ya es especial, que tienen un carácter que luego les cambia; yo no sé cada uno en su casa cómo será, pero para llegar a ese punto de respeto (...). Todos lo tienen clarísimo. (EDF, 1:574)

Pero para López y Sánchez (2005), las relaciones con los profesionales, los sentimientos de impotencia y la falta de conocimientos y destreza en las técnicas son los aspectos que más preocupan a los alumnos de Enfermería. Y Timmins y Kaliszer (2002) han observado que las principales fuentes de estrés en el último curso de Enfermería son el estrés académico, la relación con los profesores, las relaciones en las prácticas clínicas, las finanzas y la muerte de los pacientes (Zupiria, Uranga, Alberdi y Barandiaran, 2003; y Timmins y Kaliszer, 2002).

Dada la complejidad del proceso, es imprescindible la figura del tutor, ya sea la enfermera asistencial o el profesor asociado clínico.

En el ámbito de enfermería, se puede definir al tutor de prácticas como el profesional de enfermería que asume de forma voluntaria la responsabilidad del aprendizaje práctico clínico de los estudiantes, siendo su referente y soporte pedagógico de una manera planificada y coordinada, implicando el acompañamiento, el consejo, la orientación y la evaluación de los alumnos durante sus prácticas clínicas, orientando la acción de los alumnos mediante un clima educativo donde la comunicación fluya sin problemas (Solano y Siles, 2013).

La dosificación de la información, aprovechando las situaciones que se van presentando, es una habilidad para que el estudiante no se agobie cuando está en la unidad, como es lo observado en los primeros días de Flor en la unidad.

Sobre las 10 horas, Teresa le invita a preparar la medicación oral con ayuda de Rosa. Se le explica cómo realizarlo, pero le dicen que hoy solo mire y durante la semana ya podrá realizarlo sola. (OBF, 1:316)

Flor, con su enfermera, Dolores, se pone a revisar la hoja de medicación de un paciente, ya que se la acaban de cambiar, hecho que Dolores aprovecha para explicarle el procedimiento, así como enseñarle las hojas de registro. (OBF, 1:321)

En ese momento suena el teléfono, al que Dolores contesta, cuando cuelga le explica el motivo de la llamada; la llamada era de una persona que se interesaba y quería información de un paciente. Aprovecha el incidente para explicarle el tema de confidencialidad en el psiquiátrico, que es más restrictivo, ya que no se puede dar información de ningún paciente, incluso no decir si está o no ingresado; que existe un protocolo, indicándole donde está. Y añade que no debe informar a las personas que llamen, que existe un protocolo por fax y que hay una persona de referencia, que se encarga de ello. Además le comenta que incluso si llaman del juzgado (el juez o la secretaria de juez) el protocolo es el mismo. (OBF, 1:323)

Los contenidos implícitos en la actitud del profesorado y profesionales, con quienes los estudiantes aprenden en sus prácticas clínicas, y en todos los mensajes emitidos por estos son importantes en cualquier tipo y nivel del proceso de aprendizaje-enseñanza, cuya finalidad es formar profesionales que van a desarrollar su actividad directamente relacionada con las necesidades de otras personas.

El profesor que enseña Enfermería se convierte en modelo para el estudiante, que aprende de él, además de conocimientos, las actitudes y valores que observa en el desempeño de la función de profesor o tutor. Pérez, Barallobre, Cuadrado, Cuadrí, Jara, González, Pérez-Minayo y Tirado (2002) afirman que el proceso de aprendizaje va configurando el desarrollo de los valores, raíz de su estudio al comparar las valoraciones diferentes que hacen los estudiantes.

Es evidente que la opinión que el estudiante tiene de los profesionales asistenciales y de la tutora ayuda en el aprovechamiento del proceso y en la estancia en las prácticas. Lo que señalan Flor en su diario de prácticas y Rocío en la entrevista después de las prácticas es respeto e incluso admiración por sus tutoras, no solo por el trato sino en la

consideración ante el equipo. Carmen y Ana señalan que la relación con los profesionales de tarde fue buena y resolutive.

Estoy impresionada por mi tutora. Sabe una barbaridad y además le gusta un montón su trabajo. Y todo eso se nota después en cada cosa que hace, en el trato con el paciente. La consulta la pasan conjuntamente, la psiquiatra y ella, las dos intervienen y conducen la entrevista. Forman un buen equipo. (DPF, 1:431)

Las enfermeras de la unidad son geniales y la que tenía yo de tutora es un sol. Le tengo que agradecer que en todo momento me estuviera explicando cosas y resolviera mis dudas. (EDR, 4:240)

Muy buena relación con las enfermeras. (DPC, 6:172)

En cuanto a la relación con el personal de la unidad, tengo que decir que han conseguido que siempre me encontrara cómoda y desde el principio he tenido una buena acogida por su parte. (EDA, 5:282)

Buena relación con enfermeras, auxiliar, celador (...). (DPA, 6:176)

En el proceso formativo se crea una relación entre profesor y estudiante, en la cual ambos enseñan y aprenden enriqueciéndose mutuamente. Este aprendizaje está basado en las experiencias de cada uno.

La tutoría adquiere relevancia como instrumento para exponer al alumno a entornos y experiencias de aprendizaje que le permitan aprender a enfrentar problemas complejos con éxito. Se puede considerar al tutor como la persona con mayor experiencia en algún área que pueda brindar apoyo y orientación a otra con menor experiencia o que se encuentra en un proceso de formación. Bajo algunas modalidades de tutoría, el tutor puede ser un par o colega del estudiante que tiene un mejor dominio o nivel de experiencia en algún área de conocimiento (UNAM, 2005).

En la observación de Flor y su narración en su diario de prácticas se puede detectar el intercambio de destrezas que ambas partes aportan o están dispuestas a desarrollar para mejorar el aprovechamiento de las prácticas.

Me doy cuenta de que Marisa será hoy la enfermera de referencia de Flor, que me comenta: «Hoy soy la alumna de la alumna, ya que hace días que no estoy en esta unidad, ella se conoce mejor a los enfermos». (OBF, 1:364)

Por eso le he pedido a Dolores si ahora que sabía cómo funcionaba todo me podía sentar un rato con ellos. Hemos quedado en que lo intentaré hacer, pero sé que será difícil porque siempre hay un montón de faena que hacer. Veo que es muy difícil el término medio entre acercarte y alejarte de los pacientes. (DPF, 1:517)

Había algunos puntos que mi tutora creía que era mejor que me los explicara o los viera con otro miembro del equipo. Me dejaba espacios para hacerlo, como ir a ver los TECs o que la psicóloga me enseñara en qué consistía la psicoterapia, su función y los test que usaba para el diagnóstico (lo único que me faltó fue poder entrar en una sesión de psicoterapia, pero tampoco insistí, lo entiendo). (EDF, 1:631)

Se puede concluir que la experiencia genera conocimiento, pero si este saber práctico se adquiere por imitación, los profesionales con carencias en las relaciones de ayuda y conocimientos teórico-prácticos obsoletos formarán futuros profesionales con las mismas características. Es por ello que es fundamental que el tutor sea capaz de proporcionar motivaciones, valores, habilidades y recursos personales que le permitan al estudiante desempeñarse con eficiencia, autonomía, ética y compromiso social en contextos diferentes, heterogéneos y cambiantes (González, 2006).

Las situaciones vividas con los comentarios de las tutoras pueden ser motivadoras para que el estudiante vaya cogiendo confianza en su resolución, como narran Rocío y Flor en su diario de prácticas.

Dolores me ha dicho que cuando me sienta preparada puedo empezar a intervenir y a escribir los partes. (DPF, 1:433)

Mi enfermera me comentó que para ser la primera vez no lo había hecho mal. (EDR, 4:249)

Dolores estaba delante cuando ha pasado y no ha intervenido. Cuando nos hemos quedado solas me ha felicitado por cómo he resuelto la situación y me ha dicho que no ha intervenido porque si no Antonio (enfermo) hubiera tenido la sensación de que no me

sabía defender sola, perdería credibilidad y lo intentaría hacer de nuevo cuando no hubiera nadie delante. (DPF, 1:482)

Van Manen (1998) señala que la relación de tutoría se caracteriza por la presencia física, el tacto pedagógico, el tono, el diálogo, la confianza, el reconocimiento, la autorización a no saber, a equivocarse y la autonomización del estudiante. Aunque la situación de delegar actividades o tareas al alumno consigue reafirmar la confianza del estudiante e indicarle los logros y progreso en su proceso de aprendizaje en las prácticas. Es lo que se ha observado en Flor y lo que ella misma nos narra en su diario de prácticas.

Me ha sorprendido y a la vez me ha alegrado de que me diera la confianza. Sin pensarlo demasiado he ido haciéndolo todo como si ya trabajara allí. Además, al final de la mañana me han felicitado. Vamos, redondo. Era lo último que me faltaba para acabarme de creer que, aparte de que me guste trabajar aquí, sé que soy capaz de hacerlo bien. (DPF, 1:532)

Dolores debe salir del servicio para atender a una llamada familiar, le indica a Flor que se encargue del suero de un paciente encamado. (OBF, 1:324)

Dolores le comenta a Flor que se encargue de la visita de los cirujanos. Posteriormente nos dirigimos al control para repasar las órdenes médicas y los cuidados que necesita el enfermo. Es en este momento cuando se incorpora de nuevo Dolores y Flor le cuenta el resultado de la visita de los cirujanos. (OBF, 1:331)

Esa independencia que se le da a Flor es vivida como algo positivo y a la vez estresante, pero ha sido estimulante y reconocida por los profesionales de enfermería de la unidad.

«El viernes no tuve enfermera, hice de enfermera, fue como un reto al quedarme sola». Le comento que si lo resolvió. Contesta: «Sí, pero los nervios (...)». (OBF, 1:369)

Cuando Teresa, cogiéndola cariñosamente del hombro, comenta: «A esta ya le puedes poner buena nota, ya que el viernes hizo de enfermera sin serlo». (OBF, 1:370)

Ante la importancia de la acción tutorial, es imperativo formar tutores dispuestos a romper el paradigma tradicional de la enseñanza, siendo estos más flexibles, críticos,

propositivos, analíticos y dispuestos a trabajar de manera colaborativa con los alumnos (Hidalgo, Cárdenas y Rodríguez, 2013). Muchas facultades ya son sensibles a esa necesidad y están ofertando formación a los profesionales asistenciales y que además ejercen como tutores.

Dolores es la primera profesional asistencial que ejerce como tutora que ha realizado un curso de preparación como tutora de prácticas. Su puesta en marcha ha sido muy provechosa y muy bien valorada por Flor, su alumna.

He tenido la suerte de que mi enfermera ha hecho el curso de tutores y yo era la primera alumna con la que lo ponía en práctica. Me ha dejado muy claro desde el principio que ella ya tenía unos parámetros para evaluar a los alumnos y que íbamos a intentar poner unos objetivos juntos para mi formación y para ella tener claro por dónde debían ir las prioridades. (EDF, 1:629)

Dolores ha puesto hoy en práctica el curso de tutores que acaba de hacer. Yo le he explicado los objetivos que esperaba conseguir durante el periodo. Ella me ha explicado qué era lo que ella creía que debería saber al acabar y lo que ella me podía ofrecer. Lo hemos puesto en común (qué sorpresa al ver que casi todo coincidía) y hemos hecho una lista con objetivos comunes. (DPF, 1:450)

A partir de estos objetivos se basó nuestro trabajo. Los fuimos repasando y revisándolos periódicamente. Cuando creíamos que algún punto quedaba más flojo, los días siguientes los tenía más en cuenta y los potenciaba. (EDF, 1:631)

Así, el último día de prácticas los revisamos y vimos que los había cumplido todos. Supuso una satisfacción para las dos: para ella porque me había podido ofrecer y aportar sus conocimientos y experiencia para mi formación, y para mí porque no solo conseguí los objetivos que me propuse en cuanto a conocimientos, sino que los superé con creces y además sentí que el equipo se interesaba por que yo los adquiriera. (EDF, 1:632)

Dolores comenta que han podido, refiriéndose a Flor, repasar los objetivos de prácticas, añadiendo: «No sé si lo estoy haciendo bien, pero bueno, aplico lo que me enseñaron». (OBF, 1:356)

7.2.5. Relación de enfermería-médicos

La interacción social en el hospital es tremendamente compleja. Una de ellas es la relación entre los profesionales de enfermería y medicina. Esta es una interacción esencial en la atención de los enfermos. En nuestro país el médico es el líder del equipo de salud. En situaciones de salud, la enfermera tiene la obligación de seguir las órdenes médicas sin cuestionarlas.

Medina (2005) señala que las enfermeras no son empleadas por el sistema sanitario para emitir opiniones, sino para manufacturar un sistema de cuidados. No trabajan como profesionales independientes, sino que desarrollan sus actividades dentro del modelo definido por sus empleadores, por lo que su ocupación asistencial son las prescripciones de los grupos que ocupan un estatus más elevado en el sistema de salud, siendo definidas exclusivamente en términos de funciones instrumentales.

En el desempeño de cuidar hacia una recuperación y una curación del paciente, se ven como una lista de tareas rutinarias y técnicas impuestas por los grupos que detentan el poder en el sistema. Por ello se habla de las tareas de enfermería cuando preparan y administran medicación, o bien siguen el protocolo de cualquier técnica, por ejemplo el «protocolo de sujeción mecánica». Usualmente están definidas por los médicos (Medina 2005).

En las observaciones de Flor y la narración del diario de prácticas de Carmen se señala la parte más mecánica y cotidiana de las tareas que realizan las enfermeras en la unidad.

9:30 horas. Se le invita a entrar al comedor para repartir los desayunos y dar la medicación, con respecto a esta última se le explica que al darla debe permanecer al lado de los enfermos, para comprobar que se la toman. (OBF, 1:315)

Al acabar con los desayunos, Sebastián le pide que vaya con él a poner una vía endovenosa, y se van a la habitación del enfermo. Al volver, Teresa le propone aplicar una intramuscular con características específicas, que le explica (los viales se debían disolver muy bien). Seguidamente lo prepara y lo aplica con la supervisión de Teresa. (OBF, 1:310)

El personal de enfermería nos ayuda a la hora de preparar la medicación y nos ayuda en cuanto a las dudas que surgen, me siento bien aceptada entre ellas. (DPC, 6:170)

Con toda la autonomía y el respeto profesional que se han ganado los enfermeros, tienen un papel fundamental en la ejecución de las indicaciones de los médicos. No se les puede negar la capacidad crítica y la de identificar errores que tendrían que ser comentados con los médicos, con lo cual se pueden generar conflictos y esta relación se puede ver afectada por asuntos de jerarquías (Lifshitz, 2011).

En la narración de Flor y Rocío se muestra la subordinación de los trabajos de enfermería ante las exigencias médicas, donde las acciones propias quedan relegadas, y la utilización del poder por su parte.

El proceso de pase de vista dura dos horas y media (de 11 a 13:30 horas), ya que se ve interrumpido varias veces por la propia psiquiatra, por diligencias de los pacientes o temas que deberían estar resueltos previamente y no están resueltos. (OBF, 1:339)

Me sigue comentando lo largo que se hacen los pases de visita con esta psiquiatra, ya que siempre se enreda con el móvil, resolviendo asuntos personales, y que tienen que atender al teléfono Dolores o ella, pero añade: «Lo de los recados no solo me lo hace a mí». «Ella manda a todo el mundo, incluso a la psicóloga (...). Eso que parece muy maja y normal». (OBR, 4:157)

Recientemente, un estudio realizado por la revista *Nursing* (1992) ha mostrado que solo el 43% de los enfermeros (de una muestra en EE UU) están satisfechos con las relaciones profesionales que mantienen con los médicos, pero un gran porcentaje (en torno al 68%) duda de que los médicos comprendan sus responsabilidades. Los enfermeros comentan que no se tienen en cuenta sus opiniones. También señalan los enfermeros que los médicos no tienen claro cuál es su papel, no actúan con compañerismo, no se comunican con ellos y, en ocasiones, exhiben conductas arrogantes.

En la observación de Ana, se puede ver el hecho de que la enfermería no es escuchada a la hora de tomar decisiones ante un problema de comportamiento de un paciente. En las

observaciones de Rocío se muestra el comportamiento déspota de la psiquiatra en relación a ella.

La psiquiatra prescribe la medicación (Haloperidol 1 amp. IM). Carlota comenta en el botiquín «Estas necesitan un escarmiento», refiriéndose a la dosis prescrita del fármaco, ya que ella consideraba que para la corpulencia y el problema que presenta el paciente era poca (basándose en su larga experiencia profesional). (OBA, 5:160)

En un momento dado suena el teléfono con insistencia, pero nadie lo cogía, hasta que la psiquiatra hace un gesto para que Rocío lo cogiera, cosa que hace. Después de contestar le señala que es para ella. Le dice: «Así no puedo escuchar, tienes que coger el recado». Y le da un trozo de papel. Rocío escucha y anota el recado. (OBR, 4:150)

Antes de que la paciente termine con su entrevista, vuelve a sonar el teléfono que Rocío coge, ya que Dolores en ese momento había salido. La llamada es para la doctora, por lo que se espera a que la paciente salga del despacho y le pasa el teléfono. Cuando acaba realiza el gesto de pasárselo a Rocío para que lo cuelgue. Hay que señalar que este hecho también se lo realiza a la enfermera y esta lo cuelga habitualmente. No es que ella no lo pueda colgar, ya que el teléfono se encuentra entre ella y la enfermera. En ese momento Rocío está distraída o se hace la distraída, escribiendo en la hojas de evolución, la psiquiatra lo suelta y cae en la mesa sin colgarlo, hecho del que Rocío se da cuenta pero sigue con su tarea; después de unos minutos lo cuelga la psiquiatra, cuando se da cuenta de que Rocío no lo ha colgado. (OBR; 4:169)

Ante esa situación de la mayoría de los enfermeros suelen responder asertivamente, con profesionalidad: colgando el teléfono, marchándose, respondiendo con educación, intentando disipar la cólera, enfrentándose posteriormente al médico en privado (Flórez, 1997).

La respuesta a esa situación creada es que el enfermero está presente físicamente pero no mentalmente, ya que está estresado por las tareas que tiene que hacer, pero está obligado a estar allí, como se ha observado en Rocío.

A los pocos minutos se hace pasar a un paciente y un familiar, y se inicia la conversación de la psiquiatra con ellos. Mientras se realiza, observo a Dolores y a Rocío, que están constantemente comentando en un tono flojo, y Rocío, anotando en la hoja de

seguimiento de enfermería, así como cambiando los tratamientos que indica la psiquiatra. Esto significa que están adelantando las tareas. Según me comentan posteriormente, se realiza porque los pases de visita de esta psiquiatra son muy largos y posteriormente no tienen mucho tiempo para realizar las anotaciones. (OBR, 4:147)

Un gran porcentaje de los enfermeros estudiados (más de un 50%) están insatisfechos de sus relaciones profesionales con los médicos, probablemente debido a que estos ignoran la labor de enfermería, no consideran adecuado o importante su trabajo o no confían en las aptitudes profesionales de los enfermeros (Nursing, 1992).

Rocío manifiesta esa incompreensión del trabajo de enfermería por parte de la psiquiatra, manifestando su desacuerdo y enfado.

Creo que la verdad pocas cosas, pero una de ellas es que aunque somos estudiantes, nos han de respetar, y no por ello vernos como secretarios de algún médico. Yo creo que si ellos se dedican a hacer su faena, por qué los demás les tienen que hacer la suya. (OBR, 4:198)

El pase de visita no deja tiempo para hacer otras cosa, ya que es muy largo, me parece bien pero... (OBF, 1:353)

El estudiante en algunos momentos siente estar un escalón por debajo, cuando se le subordina, se le instrumentaliza y se le ve como un receptor bancario de conocimientos (Freire, 1997b). En estas situaciones, los estudiantes, a costa de no jugarse la nota o evitar tensiones en la relación con el equipo de la unidad (enfermeros y/o médicos), deciden no expresar lo que genuinamente sienten o piensan.

La reacción de Rocío con todas esas situaciones es de enfado ante mí, pero ante la psiquiatra es de silencio y conducta de despiste para no realizar lo que ella quería. Y muestra el alivio de acabar antes para poder dedicar un tiempo al contacto con el enfermo.

Siguen con la medicación, al finalizar inicio la conversación del pase de visitas del día anterior. Rocío está bastante molesta por el detalle del teléfono y comenta: «Ya me lo ha hecho varias veces y a la Dolores no se lo hace». (OBR, 4:156)

Ya en el pasillo y cargada con planchetas, le comento lo del teléfono y me dice: «Estoy harta de que siempre haga lo mismo, ayer no estaba despistada, lo he hecho expresamente». (OBR, 4:172)

Roció me comenta «Qué bien, podré acudir al comedor, ya que es la hora de la comida», en un tono mezcla de alivio y contenta. (OBR, 4:171)

7.3. APRENDIZAJE EN LAS PRÁCTICAS DE LA UNIDAD

Este apartado lo iniciaremos con la opinión de los alumnos sobre los cuidados en enfermería para los enfermos mentales, para seguir con el aprendizaje práctico y diario reflexivo.

7.3.1. Cuidados de enfermería

Según Brykczynski (2005), para el enfermero, su razón de ser es el cuidado, su función es ver al individuo como un todo, buscando su armonía y equilibrio, abordando una realidad con un modelo de cuidado de enfermería en busca de una aplicación del cuidado integral. La responsabilidad de enfermería es fundamentar la teoría que guía su práctica, durante el proceso de enfermería se debe brindar una atención integral que reúna y cumpla con los requerimientos del individuo como ser holístico (Alonso, 2003).

En opinión de Flor y de Ana, el objetivo del cuidado es conseguir la normalidad, ayudando al enfermo en el proceso para conseguirlo.

Que el paciente se estabilice, darle los cuidados necesarios para poder llevar una vida lo más normalizada e integrada posible, y poder contener en los momentos necesarios. Ayudar al paciente a entender su situación. (DPF, 1:377)

Conocer más o menos el perfil de cada paciente para poder tratarlo y saber cómo puede reaccionar según la situación, de forma que puedas ayudarlo a reencontrar una manera de desenvolverse que le permita llevar (dentro de su situación) una vida más o menos normal. (DPA, 5:189)

La esencia de la enfermería es velar por la salud y el bienestar del paciente, que se sintetiza en una acción primordial: cuidar.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (De la Cuesta, 2007). Para el Grupo de Cuidado (2002), en enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor sino también al enfermero como transmisor de él. Según Watson (1979), el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

Busquets (2004) define la labor de cuidar: «Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Por ello enfermería trata de planificar la atención desde esta perspectiva. Cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver». Se debe partir de ello para tener como resultado la satisfacción de la persona con relación al cuidado que recibe por parte del enfermero en todos sus contextos.

Ana plantea que para ayudar al enfermo mental es importante conocer al enfermo, para que se pueda tratar en las diferentes situaciones que presente. Carmen y Ana narran cómo se debe actuar con el enfermo mental, que lo centran en establecer un ambiente de confianza basado en la escucha y el apoyo.

Conocer el perfil de los enfermos (ver cómo se comportan, cómo actúan, cómo se relacionan, cómo se expresan (...)). Aprender a tratarlos, saber hacerse entender y respetar por ellos, saber dar respuestas adecuadas, saber actuar en situaciones diversas. (DPA, 5:188)

Proporcionar el bienestar del paciente, tranquilizar si lo necesita, escucharle, apoyarle... (DPC, 6:156)

Que cuando me hablen de un enfermo psiquiátrico yo sepa cómo abordarlo y cómo entrar a hablar con él y, sobre todo, aprender a ayudarlos. Que los pacientes del centro encuentren en mí a alguien de confianza (que les dé seguridad) y que incluso vengan a buscarme para hablar conmigo si lo requieren. (DPA, 5:188)

Estudios recientes acerca del significado del cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan a la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado (Daza y

Medina, 2006). Por otra parte, Baggio (2006) ha definido el cuidado como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Maite y Gustavo plantean la importancia de la comunicación con el enfermo mental como método de contención para resolver sus conflictos.

Creo que poderlos controlar durante su crisis o descompensación. Poderlos ayudar mediante contención verbal. Creo que es muy importante. Es ayudarles y hacerles ver que están en un mundo en ocasiones irreal. (DPM, 2:245)

Creo que es cuidar con las palabras (aparte de la medicación) y hacer entender a las personas de este tipo cuál es su situación y recordarles cómo superar sus problemas. (DPG, 3:155)

En la práctica diaria el profesional de enfermería tiene un rol definido como sujeto cuidador. Los cuidados varían dependiendo del tipo de paciente y el actuar obedece a las diferentes situaciones que se presenten, pero en general se realizan funciones que dan lugar a acciones autónomas, ágiles, responsables, eficaces y eficientes que caracterizan a un profesional de enfermería líder de un servicio que es coordinado por el profesional de enfermería ya experto (Massó, Fernández, Macías y Betancourt, 2008).

Ana basa las acciones de enfermería en tener conocimiento de los problemas del enfermo mental para que sean acertadas y satisfactorias las intervenciones.

Que cuando me hablen de un enfermo psiquiátrico yo sepa cómo abordarlo y cómo entrar a hablar con él y, sobre todo, aprender a ayudarlo. Que los pacientes del centro encuentren en mí a alguien de confianza (que les dé seguridad) y que incluso vengan a buscarme para hablar conmigo si lo requieren. (DPA, 5:188)

7.3.2. Aprendizaje práctico

Heidegger (1958) define el saber práctico como el saber que se obtiene de una situación donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales.

Ese proceso práctico de formación de enfermería permite crear bases sólidas para el desempeño del futuro profesional, es un proceso de maduración. Implica varias fases, ya que deben desarrollar diferentes competencias que constituyen la base fundamental para generar un excelente profesional de enfermería. La formación debe ser integral, puesto que se educa para realizar tareas específicas y desarrollar las competencias en el sujeto cuidador desde el ser, el saber y el saber hacer. Todas son importantes y dependiendo de la situación de enfermería se deben poner en práctica unas más que otras, e independientemente de la actividad, siempre deben estar presentes en cualquier acción que realiza el enfermero (Silva, Vieira, Dias, Isse, Radûnz, Atherino y De Santana, 2009).

La educación es un proceso de socialización que se da a través de mecanismos y sistemas externos de transmisión (Pérez, 2009), lo cual da como resultado un panorama complejo, incorporando a los estudiantes a la cotidianidad, siendo las prácticas clínicas el espacio ideal para que el desempeño se observe en un contexto real, donde se reflexione, se actúe y se construyan competencias (San Juan, 2007).

Una de las formas más fáciles de incorporar al estudiante a la unidad es por medio de animarle en la participación en las tareas más cotidianas con alguna indicación específica para el perfil de enfermo que se cuida. Por ello las tareas que el alumno ya ha realizado en otras unidades de prácticas son adecuadas para ello, como son realizar higienes, reparto y ayudar en las comidas, preparar y administrar la medicación oral e inyectable, tomar constantes (temperatura y tensión arterial), control de glucemias o realizar curas.

Iniciaban entonces, conjuntamente con los auxiliares, las higienes de los pacientes encamados. (OBF, 1:272)

9:30 horas. Se le invita a entrar al comedor para repartir los desayunos y dar la medicación. Con respecto a esta última se le explica que al dársela debe permanecer al lado de los enfermos para comprobar que se la toman. (OBF, 1:315)

Rocío y Dolores se incorporan al comedor a repartir las comidas y las medicaciones. (OBR, 4:152)

A la hora de la cena había un paciente en la cama al que le he llevado la bandeja a la habitación. Me ha preguntado a ver si se la daría yo y le he dicho que de momento no, que lo probara él, si no ya se la daría. Me he ido y cuando he vuelto a buscar la bandeja ya se lo había comido todo. (DPM, 2:269)

Se inicia la observación a las 17:30 horas. Al entrar en la unidad observo que Maite y Gustavo están en el botiquín, preparando la medicación de la cena y de la noche. (OBG, 3:150)

Cuando sale Flor de la visita, se incorpora a las tareas asistenciales. Cambia un suero, lleva la comida y la medicación a una paciente encamada que se encuentra con sujeción mecánica, después se incorpora al comedor para repartir comidas y medicación, buscando los utensilios de aseo, dar cigarrillos a los enfermos que pueden fumar... (OBF, 1:264)

Al acabar con los desayunos, Sebastián le pide que vaya con él a poner una vía endovenosa, y se van a la habitación del enfermo. Al volver, Teresa le propone aplicar una intramuscular con características específicas, que le explica (los viales se debían disolver muy bien). Explicación que sigue atentamente. Seguidamente lo prepara y lo aplica con la supervisión de Teresa. (OBF, 1:310)

Maite y Gustavo tienen que pasar los termómetros, para lo cual actualizan la lista de enfermos y entran en el comedor, donde los van entregando personalizando y recogiendo cuando suenan. Para posteriormente pasar por las habitaciones, para realizarlo con los encamados y los que están haciendo la siesta o descansando. (OBM, 2:234)

Aprovecha para incorporarse al reparto de la comida y de la medicación. Y posteriormente a tomar tensiones arteriales que habían sido prescritas... (OBR, 4:175)

Después de saludarlas, pregunto por Ana y Carmen. Me comentan que están tomando tensiones arteriales. (OBA, 5:172)

Es en este momento cuando Ana y Carmen se preparan para realizar el control de glucemia (BMT) a los pacientes diabéticos, que en este momento son dos. (OBA, 5:176)

Durante la cura Gustavo se muestra algo atolondrado, ya que cuando abre el set de cura se le cae todo encima de la cama. Se excusa diciendo que no sabía lo que había dentro, por lo que tiene que usar otro set. Durante el procedimiento no se muestra muy habilidoso con las pinzas. (OBG, 3:141)

A medida que los estudiantes van avanzado en sus prácticas, se les introducen tareas más complejas, como la realización de entrevistas, pase de visita, control del paciente, realizar parte de cambio de turno, realizar ingresos, altas y permisos de fin de semana.

Me tocó hacerle la entrevista desde el principio del ingreso, como si ya fuera enfermera, y tuve que hacer todo el proceso desde cuando entró en la unidad, explicarle cómo funciona la unidad, enseñarle la habitación, o sea, entre comillas, las normas del centro. (EDR, 4:205)

He pasado visita con otra doctora. (DPR, 4:194)

Pasan a revisar las planchetas de los enfermos que van a atender en el pase de visitas con la doctora Estrella. Revisan las altas previstas, indicándole verbalmente cómo se realizarán. También revisan la evolución de los enfermos y anotan lo que se deben indicar o consultar con la psiquiatra cuando se inicie el pase de visitas. (OBF, 1:238)

E inician el repaso de las historias de los pacientes, para contrastar las novedades de los turnos anteriores. (OBF, 1:244)

Flor, con su enfermera, Dolores, se pone a revisar la hoja de medicación de un paciente, ya que se la acaban de cambiar. (OBF, 1:321)

Cuando las visitas han acabado, Rocío se reúne en el botiquín con Marisa a pasar las medicaciones y realizar las anotaciones en las hojas de enfermería, en este caso escribe Rocío con supervisión y con algún comentario de Marisa. (OBR, 4:142)

Marisa y Flor van anotando las altas previstas y las fechas, así como los permisos que se van a dar para el próximo fin de semana. (OBF, 1:367)

Vuelven a la tarea de la revisión de medicación, Flor realiza los cambios, con supervisión de Dolores. (OBF, 1:237)

Al salir de la habitación, nos cruzamos con la hermana de una enferma, que se tiene que ir de permiso de fin de semana. Flor la aborda comentándole que antes de irse pasen por el control, que le darán la medicación y le explicarán cómo debe tomarla. Al rato aparecen ella y la enferma, con las bolsas con sus pertenencias. Flor le entrega la medicación y le explica que el resto que le falta debe recogerla en farmacia, e indicándole dónde se encuentra. Se despide de la enferma recordándole la conversación que han tenido con la psiquiatra en el despacho, con respecto a lo que se espera de ella durante el fin de semana. (OBF, 1:254)

Hoy ya he escrito los partes. Me parece mucho más difícil que en somáticos, pero al menos ya he visto que, aunque aún me deje cosas, ya puedo ir escribiéndolos. (DPF, 1:501)

Cuando hemos regresado casi ya era hora de cenar y también hemos escrito el parte. (DPM, 2:287)

Hoy ya hemos preparado la medicación, lo hemos hecho totalmente solas e incluso hemos empezado a escribir partes, eso hace que incluso me sienta más responsable e importante, por decirlo de alguna manera. (DPA, 5:205)

En estas tareas cotidianas y rutinarias les han sido de gran ayuda para ir resolviendo lo que muchos de ellos manifestaron como preocupación antes de iniciar las prácticas, como eran el contacto y la comunicación con los enfermos mentales y su capacidad para realizarlos.

Esta semana ya me conozco a todos los pacientes por el nombre y ellos saben todos quién soy y cómo me llamo. Siento que me respetan y ya me empiezan a coger confianza. (DPF, 1:453)

Al no tener visitas he decidido ir a hablar con los pacientes al comedor. Ha sido diferente. He estado jugando al dominó con algunos pacientes y con la otra estudiante.(DPR,4:193)

He podido pasar más rato hablando con los pacientes, algunos con los que todavía no había estado. (DPF, 1:449)

Al principio, el poder hablar con ellos... Cuando iba a las habitaciones a bajar las persianas de las ventanas y me los encontraba allí no sabía qué decirles, ahora al final, me gustaba, ya que así oía lo que pensaban y me gustaba hablar con ellos. Algunos de ellos explicaban cosas interesantes. (DPM, 2:256)

Parece que cada vez voy teniendo más contactos y más charlas con los pacientes. (DPG, 3:171)

En la habitación, saluda por su nombre e informa a la enferma de lo que va a hacer, le toma la tensión, momento que la paciente aprovecha para explicarle que no duerme bien, por lo ruidos y por frío. (OBF, 1:344)

Gustavo, que se encontraba en el comedor jugando al domino y al ajedrez con los enfermos. (OBM, 2:216)

A las 20:30 horas termino la observación, dejando a Maite hablando en el pasillo con una enferma mayor. (OBM, 2:231)

Tengo que decir que me encuentro mejor hablando con ellos por la salita (...), que no en el control sin hacer nada. Creo que muchos de estos pacientes necesitan hablar y ser escuchados (hasta cierto punto). (DPM, 2:296)

Pero la he resuelto bien. Le he dejado claro que él era el paciente y yo, la enfermera, y que mi teléfono y mis apellidos no le interesaban para nada. (DPF, 1:444)

Es totalmente diferente, totalmente diferente; tienes que tener una relación más íntima con el paciente, quieras o no, te implique tú o no; te tienes que implicar por narices porque tienes que saber mucho más de él, tienes que acercarte mucho más a él para poder ayudar. (EDF, 1:560)

Hoy con respecto a los pacientes me he sentido mejor, no he sentido tanto respeto, he podido hablar, reír con ellos y creo que ellos eso lo agradecen. Reconozco que al principio me costaba mucho, pero supongo que es acostumbrarse y conocer con quién puedes y con el que no puedes hablar. (DPM, 2:266)

Cada vez me cuesta menos hablar con los pacientes y me siento bien cada vez que hablo con ellos, me siento más segura y hablar con ellos me ayuda a entender mejor las patologías y los entiendo mejor. (DPM, 2:293)

Con el resto de pacientes me relaciono más, bromeo con ellos y me encuentro más suelta entre ellos. (DPC, 6:194)

Aunque me plantee en algún momento qué haría si me encontrara en determinadas situaciones, pienso que no sabría qué hacer, pero cuando me encuentro realmente en estas situaciones, sé reaccionar y contener. (DPF, 1:481)

Hemos estado hablando y al final ha decidido quedarse. La verdad es que he sentido una satisfacción increíble al ver que había conseguido contactar con él y hacerle entender la necesidad de quedarse un tiempo más, sin imponerlo ni diciéndole que así eran las normas, ni nada de eso. (DPF, 1:535)

Toda práctica social institucionalizada como es la enseñanza práctica de la enfermería parte de una plataforma conceptual, perspectivas ideológicas o estructuras de racionalidad sobre el cuidado y su enseñanza que la orientan y dan sentido. Esta diversidad conceptual puede articularse en dos perspectivas: la racionalidad técnica y la racionalidad práctica (Medina 2002). La racionalidad técnica considera el cuidado como intervención técnica y utiliza el modelo didáctico basado en el entrenamiento en competencias y la resolución de problemas. Es un aprendizaje instrumental. La racionalidad práctica-reflexiva está basada en tres características: la percepción ambigua de la naturaleza del problema, que cada problema es un caso único y el conflicto de valores.

Desde una perspectiva constructivista, valorar y promover el aprendizaje del estudiantado deben considerarse aprendizajes significativos, esto es, acercar lo más posible a su realidad las situaciones-problema a partir de las cuales ellos serán capaces

de establecer medidas de solución, llamadas intervenciones de enfermería. De esta manera, el aprendizaje instruccional promoverá también la memorización comprensiva y la funcionalidad de lo aprendido (Díaz y Hernández, 1999), de lo que presumiblemente debe dar cuenta el desempeño de los estudiantes en las prácticas clínicas.

Cuando el estudiante se enfrenta de una forma más individualizada, es cuando se pueden observar sus respuestas y sus resoluciones ante las situaciones a las que debe dar respuesta con una postura o una acción.

Ana me comenta que preparan la medicación en menos tiempo. (OBA, 5:162)

Ana y Carmen, iniciando la preparación de la medicación. Ya la preparan solas, con bastante soltura y rapidez, ya saben dónde se encuentran los medicamentos y los identifican. (OBA, 5:181)

Hoy hemos tomado las constantes a los pacientes a primera hora, hemos preparado medicación casi sin supervisión. (DPC, 6:171)

Se muestra correcta y con soltura durante los desayunos, nombrando en voz alta a los enfermos para identificarlos y darles los desayunos o/y la medicación. (OBF, 1:309)

A las 9:30 horas. Encuentro a Flor ayudando en los desayunos, tanto de los enfermos del comedor como de los encamados, así como dándoles la medicación. Se muestra con soltura y eficacia. (OBF, 1:320)

Lo más importante es que sepas el nombre de todos los pacientes. (DPF, 1:407)

Dolores estaba delante cuando ha pasado y no ha intervenido. Cuando nos hemos quedado solas me ha felicitado por cómo he resuelto la situación, y me ha dicho que no ha intervenido porque si no Antonio (enfermo) hubiera tenido la sensación de que no me sabía defender sola, perdería credibilidad y lo intentaría hacer de nuevo cuando no hubiera nadie delante. (DPF, 1:482)

Hay ocasiones en las que me cuesta decidir por mí misma, y tengo que consultar a la enfermera, aunque sean situaciones sin importancia, como que me pidan una colonia o un lápiz... (DPC, 6:174)

Al salir de la habitación, nos cruzamos con la hermana de una enferma, que se tiene que ir de permiso de fin de semana. Flor la aborda comentándole que antes de irse pasen por el control, que le darán la medicación y le explicarán cómo debe tomarla. Al rato aparecen ella y la enferma, con las bolsas con sus pertenencias. Flor le entrega la medicación y le explica que el resto que le falta debe recogerla en farmacia, e indicándole dónde se encuentra. Se despide de la enferma recordándole la conversación que han tenido con la psiquiatra en el despacho, con respecto a lo que se espera de ella durante el fin de semana. (OBF, 1:254)

En este espacio los estudiantes tienen la oportunidad de generar soluciones creativas con base en el pensamiento crítico, a partir del cual reproducen los comportamientos modelados como cuestiones rutinarias del personal de enfermería, y a la vez, esta misma cotidianidad repetitiva es el detonador para la proposición de estrategias que permiten observar el cuidado como un acto humano respetuoso, consentido y empático hacia el otro (San Juan, 2007).

En los alumnos, ante las vivencias con situaciones reales con el enfermo mental, aparecen sentimientos y emociones que en la mayoría son de empatía, siendo capaces de comprender las vivencias del enfermo con la enfermedad y las situaciones que se crean.

Cada día descubro historias más crudas y no dejo de sorprenderme de lo dura que puede ser la realidad y de lo que hay detrás de cada uno de los enfermos mentales. ¿Cómo se puede sobrevivir a una situación así? ¿Cómo puede la mente de un niño asimilar todo lo que le está pasando? (DPF, 1:520)

El chico de 22 años me ha dicho que estaba triste, porque hacía días que no veía a su madre y quería hablar con ella. Yo le he dicho que era normal que no llamara, ya que el día anterior no había querido hablar con ella. (DPM, 2:303)

Hoy hemos ido a merendar fuera, al jardín, me he encontrado al chico de 22 años con su madre. Esta me ha parado y me ha presentado al otro hijo. El chico me ha comentado muy contento que le habían dado permiso para ir a casa a comer el sábado y el domingo. Me he alegrado por él. Creo que ha mejorado mucho desde el día que ingresó, y empieza a tener conciencia de enfermedad. (DPM, 2:310)

He jugado una partida de ajedrez (dos) con algún paciente y no me ha sorprendido nada el hecho de jugar con un enfermo mental, al contrario, he estado atento a las jugadas e incluso me han ganado dos partidas en menos de cinco minutos. (DPG, 3:170)

Me ha dado mucha pena la imagen de una persona atada, aunque la finalidad sea su propia seguridad. Me imagino que poco a poco me iré habituando a esta imagen, pero creo que me costará un poco. (DPF, 1:441)

He vivido el momento en que Carmen salía de permiso el fin de semana. Tenía muchísimas ganas de salir (llevaba esperando ese momento toda la semana), pero también estaba muy asustada. Me decía que, aunque no pueden llevar una vida normal allí encerrados, aunque a veces sienten que están en una prisión, dentro se sienten seguros. Enfrentarse a la vida de la calle es muy difícil, es una prueba. (DPF, 1:455)

Esta mañana he estado un rato hablando con Enrique. Él conoce muy bien la enfermedad. Sabe que hay periodos en los que uno se descompensa y tienen que ingresarlo. Fuera lleva una vida bastante normalizada. Pero está muy solo. Su madre está ingresada en una residencia y todo el resto de familia está lejos. Lo vienen a ver el fin de semana, porque tampoco lo pueden hacer más a menudo. Lleva ingresado más de un mes. Me comenta que tiene muchas ganas de que lo trasladen a St. Joan de Déu, que allí al menos puede respirar aire puro, que puede sentirse útil, que puede pasear y que no se siente encerrado, cosa que aquí sí. ¡Qué pena me ha dado! Aquí ni siquiera puede salir a pasear, porque como hay que salir acompañado y él no tiene quien le venga a ver, pues eso, que no sale. ¡Claro, las normas son las normas!. (DPF, 1:509)

Esta mañana se ha ido de alta Yolanda. Me ha dado un abrazo que me ha aplastado. Me he quedado hasta parada porque ningún paciente se había despedido de mí tan efusivamente. Realmente has de vigilar mucho con no implicarte emocionalmente, porque todo eso no te lo puedes llevar a casa, pero es inevitable coger cariño a los pacientes y agradeces que ellos te lo cojan a ti. (DPF, 1:552)

En la práctica diaria se perciben emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que son tan importantes como la técnica y la teoría (Spinato y Rubin, 2009). Según Benner (2005), a medida que el profesional adquiere esta experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó la adquisición de habilidades basada en la experiencia. Es más

segura y rápida, siempre que se produzca a partir de una base educativa sólida y que dependiendo de en qué etapa se encuentre el profesional asistencial se crearán diversas estrategias de aprendizaje. Los hermanos Dreyfus, seguidos por Benner, clasifican las etapas de este aprendizaje práctico en orden creciente. Las cuales son: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto (Nelson, 2007; Marriner y Raile, 2007; Benner, 2005; Haag-Heitman, 1999; y González, 2007).

En psiquiatría, los aspectos éticos y jurídicos se tienen muy en cuenta. Este aspecto se les va inculcando a los alumnos a medida que se van desarrollando las prácticas, y en concreto la Ley de Confidencialidad y Secreto de Datos Personales.

En ese momento suena el teléfono, al que Dolores contesta. Cuando cuelga le explica el motivo de la llamada. La llamada era de una persona que se interesaba y quería información de un paciente. Aprovecha el incidente para explicarle el tema de la confidencialidad en el psiquiátrico, que es más restrictivo, ya que no se puede dar información de ningún paciente, incluso no decir si está o no ingresado; que existe un protocolo, indicándole dónde está. Añade que no debe informar a las personas que llamen. Que existe un protocolo por fax y que hay una persona de referencia que se encarga de ello. Además, le comenta que incluso si llaman del juzgado (el juez o la secretaria de juez) el protocolo es el mismo. (OBF, 1:323)

Durante la conversación suena el teléfono. Sebastián lo descuelga y después de escuchar responde que no puede dar información. Cuando cuelga les comenta la importancia de la confidencialidad de los pacientes. (OBM, 2:219)

Bandura (1977), en su teoría del aprendizaje social, refuerza su interés por el aprendizaje observacional, a través del cual se ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un refuerzo, incluso hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, y lleve a cabo una determinada conducta (Martin, 2004, y Burney, 2008). Esta teoría atribuye un papel central a los procesos cognitivos; el individuo puede observar a los demás y el medio ambiente, reflexionar sobre qué hacer, en combinación con sus propios pensamientos y conductas.

En cuanto a las diferentes observaciones que los alumnos realizan durante las prácticas clínicas, y que para ellos puedan ser significativas, son capaces posteriormente de reproducirlas y reflexionar sobre ellas.

He visto que Dolores tiene una capacidad de contención increíble. Me fijé, ya que la contención verbal era una de las cosas que más me preocupaban antes de llegar al servicio. Por esa razón me fijo tanto en Dolores. Todos los pacientes le tienen mucho respeto y cualquier cosa que diga va a misa. Cualquier momento que tengo aprovecho para observarlo e intentar quedarme con todo lo que hace. ¡Que no me quedan cosas por aprender! (DPF, 1:500)

Me ha sorprendido mucho el hecho de que en este servicio hay que ser cotilla. Al principio me sorprendían mucho algunas preguntas que se hacían en las entrevistas. Preguntas que en otros servicios se hubieran considerado indiscretas. Pero aquí, cuanto más lo seas, mejor. Y además, hay que ver lo poco que nos cuesta serlo. Pero bueno, aparte de cotilla, hay que ser muy, muy, muy observadora y escuchar un montón. Vamos hay que tener los cinco sentidos funcionando al 100%. Lo mejor es que tampoco tengo que hacer un esfuerzo por conseguirlo. Una vez sabes lo que quieres conseguir y sigues esa dinámica, todo va rodado. (DPF, 1:503)

He observado que el buen funcionamiento de esta unidad es el trabajo en equipo de todos los miembros. Nadie cuenta más que nadie y todos van a una en cualquier tarea que se tenga que realizar. Todo el mundo tiene muy claro que cada uno tiene un carácter diferente. No se trata de ser los mejores amigos del mundo, sino de que en el trabajo se funcione juntos. Hay muchísima tolerancia y respeto. Es la clave para este éxito. Les he preguntado si tienen que hacer mucho esfuerzo para conseguirlo. Se me han puesto a reír y me han dicho que al principio lo tuvieron que trabajar mucho y que tuvieron sus problemas, pero que cuando se consigue es genial. No había visto en ningún sitio un trabajo en equipo como este. (DPF, 1:544)

La observación para la posterior repetición es vital en el aprendizaje clínico de enfermería (Molina y Jara, 2010). Sin duda alguna la experiencia genera conocimiento, pero si el aprendizaje por imitación ha tenido fallos o dudas, así se seguirá reproduciendo, lo cual tendrá injerencia en los profesionales que reproduzcan las mismas deficiencias. Para Bandura, el único requisito es la observación con interés del otro y que a partir de procesos cognitivos internos esta se pueda reproducir en un

ambiente que lo permita, combinando pensamientos y conductas, de manera que cada estudiante sea capaz de dirigir su propio aprendizaje. Sin embargo, la formación debe motivar la reflexión sobre el desempeño personal y del equipo de enfermería para la toma de decisiones, la elaboración de estrategias de soluciones ante problemáticas diversas y, sobre todo, la capacidad de liderazgo y creatividad para lograr la consecución de un trabajo de calidad.

Esa observación e imitación de cómo se desarrollan las actividades de los profesionales de enfermería asistenciales y/o tutores, acompañadas de cierta reflexión, son las que conducen al estudiante a construir unas estrategias de resolución, siendo este momento en el que el alumno toma iniciativas y es capaz de liderar sus actuaciones, que además sirven de evaluaciones del proceso de aprendizaje.

Igual que ayer, también a última hora, el mismo paciente ha vuelto a repetir la misma situación. Esta vez lo hemos encontrado en el suelo de la habitación y llorando, refería que se había caído y que no podía soportar la angustia. Lo hemos ayudado para que volviera a su cama y le hemos vuelto a decir que mientras estuviera allí que no se preocupara de los problemas exteriores, y que ya se irían solucionando poco a poco. Le hemos dicho que procurara respirar bien, hemos dejado la puerta abierta y hemos dejado al paciente solo para que él fuera capaz de resolver la crisis. Creo que la decisión de dejarlo solo (aunque controlando) ha sido acertada, porque si estamos continuamente con él, el paciente podría usar estos episodios como táctica para que centremos nuestra atención en él, y además aprende a canalizar él mismo toda esa ansiedad que padece. (DPA, 5:221)

Por lo que entro en la habitación para comentárselo, y me la encuentro con guantes, ayudando a Juan, que se ha quedado solo en el aseo personal del paciente. Aprovecho para comentarle la iniciativa que ha tenido, a lo que me contesta: «Qué menos, es solo (...)», refiriéndose a la higiene del enfermo. (OBF, 1:325)

Hoy también he tenido más tiempo para coger las planchetas y leerme las historias de los pacientes. (DPF, 1:459)

Maite y Gustavo se comportan con normalidad y sin supervisión, saben lo que hay que hacer y a qué pacientes tienen que ir a ver en las habitaciones. (OBM, 235)

Voy a buscar a Gustavo, que se encontraba en el comedor jugando al dominó y al ajedrez con los enfermos. (OBG, 3:132)

Pero el enfermo está manchado, ya que ha realizado una defecación, por lo que previamente se debe asearlo; que lo inicia la auxiliar, pero debe salir para coger los enseres. Y es entonces cuando Flor toma la iniciativa. Con todas las protecciones correctas (guantes y paños...). Una vez aseado se le viste y se le traslada a la silla, ayudándose por medio de la grúa. (OBF, 1:332)

Flor aprovecha para comentarle que le gustaría ver un TEC. Le contestan que vale, quedando para el próximo martes a las 9 de la mañana, ya que hay uno programado. (OBF, 1:347)

Al rato aparece por el pasillo Ana, que viene a buscar un pañal, para dirigirse después a la habitación a donde voy con ella. En la habitación se encuentra Carmen, en el baño junto, con una enferma de edad avanzada que se encuentra sentada en el váter. Después de preguntarle en varias ocasiones y cada vez en un tono de voz más alto si ha acabado, ya que la enferma es algo sorda, la ayudan a levantarse y le colocan el pañal; la hacen andar hacia el centro de la habitación, donde se encuentra la silla de ruedas donde la sientan. (OBA, 1:173)

Llega la cena, se inicia su reparto y el de la medicación, donde Carmen y Ana se muestran seguras; se están adaptando a la dinámica del trabajo. Cuando se termina el reparto, junto con José, entran y salen constantemente del comedor, controlando a los enfermos que les cuesta comer. Observo que Ana lo realiza paseándose de una forma lineal, recorriendo todo el comedor, con las manos en los bolsillos y en una actitud de vigilante, como si lo hubiera hecho durante toda la vida. (OBA, 5:177)

Llega la cena, se inicia su reparto y el de la medicación, donde Carmen y Ana se muestran seguras; se están adaptando a la dinámica del trabajo. Cuando se termina el reparto, junto con José, entran y salen constantemente del comedor, controlando a los enfermos que les cuesta comer. (OBC, 6:146)

...al botiquín, que es donde se encuentran Ana y Carmen, iniciando la preparación de la medicación. Ya la preparan solas, con bastante soltura y rapidez, ya saben dónde se encuentran los medicamentos y los identifican. (OBC, 6:149)

La observación y la repetición alcanzan singular relevancia porque se adquieren destrezas y conductas de modo operante o instrumental, mediante el refuerzo y la observación de modelos sociales, que se convierten en referentes del que aprende; entre las observaciones y las imitaciones (aprendizaje de forma vicaria, como señala Bandura), los procesos cognitivos internos permiten decidir si las situaciones y conductas observadas son dignas de ser imitadas (Tovar-Moncada, y Crespo-Knopfler, 2015).

De ahí la importancia de las reflexiones sobre lo observado durante las prácticas clínicas, para poder decidir las observaciones adecuadas o no adecuadas y convertirlas en aprendizaje.

Me he dado cuenta de lo importante que es detectar situaciones de riesgo, prevenirlas y, sobre todo, poner los medios para evitarlas. Y lo importante que es saber qué sitio tienes que ocupar, tu rol ante el paciente y que él lo tenga claro. Es imprescindible para que esa relación llegue a ser terapéutica y para que funcione el tratamiento. Como importante es ser tú mismo y ser coherente... El más mínimo detalle puede darte o hacerte perder toda credibilidad. Por eso, lo mejor siempre, sobre todo en situaciones límite, lo mejor es ser tú mismo. (DPF, 1:467)

Estamos muy acostumbrados a que en somáticos, antes de sabernos el nombre, sabemos el diagnóstico. A los nuevos que ingresan en psiquiatría, a pacientes que no conocen, es muy difícil colgarles una etiqueta. Los síntomas no están claros, las manifestaciones pueden llegar a ser síntoma de diferentes enfermedades y no hay pruebas diagnósticas exactas. Por eso también se va probando con el tratamiento. A veces se hacen TECs que al final no son efectivos, o se da medicación que no consigue el efecto deseado. (DPF, 1:489)

Vuelvo a darme cuenta del poco apoyo que tienen las familias y lo difícil que es llevar esa situación. (DPF, 1:494)

Pero esta diferencia entre los pacientes también la vemos un montón con los pacientes: no estamos tratando depresiones, sino a fulanita o menganita, que tiene una depresión. Y detrás de esa enfermedad hay una persona con una historia y con una personalidad única y, en función de esta personalidad, la enfermedad seguirá un curso u otro. (DPF, 1:507)

Que ingresar o no en el servicio no depende sólo de lo grave que estés, sino también del apoyo que tengas fuera y de la normalidad con la que lleves la enfermedad. ¡Hay una línea tan delgada entre los sanos y los enfermos! (DPF, 1:638)

Hoy hemos preparado la medicación los estudiantes. Buf, cuánta medicación toman. Creo que es una pasada y, además, cuando se la llevas a la hora de la cena, hay algún paciente que te dice: «A mí sólo me tienes que dar una...». Creo que muchos de los pacientes con más medicación se sienten mejor (con algunos casos está comprobado con el placebo). Aparte, ellos tienen muy controlada su medicación, si los cambias un poco, a veces no la quieren o te dicen que les falta la pastilla amarilla... (DPM, 2:264)

Cuando se me acaba la paciencia, entonces pienso en el buen trato hacía la persona, porque hay que recordar que es una anciana que está mal de la cabeza. (DPG, 3:194)

En enfermería se obtiene un aprendizaje vicario, porque en primera instancia hay que memorizar las técnicas y procedimientos y repetirlos textualmente; después, el estudiante observará con suma atención y cuidado, para en un tercer momento reproducir una imitación lo más fiel posible, dejando de lado elementos como la reflexión, el análisis y la crítica para mejorar estos mismos procedimientos.

El aprendizaje vicario también repara en la influencia de los castigos y los incentivos para promover la adquisición de conductas; expresamente para el caso de enfermería, la permisividad y el trabajo sin supervisión motivan a los estudiantes a la reproducción lo más exacta posible de lo que son capaces, y en caso contrario, el castigo es evitar que participen en la aplicación de la más simple técnica a solas frente al paciente (Schultz y Schultz, 2010).

Es importante que los alumnos reciban incentivos en su proceso de aprendizaje. Transmitirles ánimos y confianza, así como felicitarles, es esencial para motivarles en el interés de realizar las actividades de una forma cada vez más excelente, así como para ir moldeando las conductas profesionales.

Me costó mucho la primera entrevista con familiares. Me pareció muy dura y me tocó mucho emocionalmente. (DPF, 1:389)

Dolores me ha dicho que cuando me sienta preparada puedo empezar a intervenir y a escribir los partes. ¡Pues no me queda nada! Para intervenir en las consultas creo que necesitaría unos meses y los partes no tienen nada que ver con los partes que se hacen en somáticos. Si ya me cuesta escribir los otros, ¡imagínate estos! Me parece que acabaré el periodo sin hacer ninguna entrevista ni escribir partes. Si al final de tercero aún hay veces que no nos dejan escribir y que yo no sé cómo hacerlo, pretenden que en un mes haga lo mismo que he hecho con somáticos en 3 años. (DPF, 1:432)

Siento que estoy totalmente integrada con el equipo. Me han acogido muy bien y siento que soy una más, que formo parte de él. (DPF, 1:452)

Me ha sorprendido y a la vez me ha alegrado el que me diera la confianza. Sin pensarlo demasiado he ido haciéndolo todo como si ya trabajara allí. Además, al final de la mañana me han felicitado. Vamos, redondo. Era lo último que me faltaba para acabarme de creer que, aparte de que me guste trabajar aquí, sé que soy capaz de hacerlo bien. (DPF, 1:532)

Flor comenta: «Después de lo del viernes..., pero me salí». Teresa responde: «Pues claro, como todas», refiriéndose a las profesionales de enfermería. (OBF, 1:372)

Inmediatamente se ponen a realizarlo, mostrándose dispuestos. (OBM, 2:192)

Carlota les da la posibilidad de que la curen ellos, Gustavo no da opción, coge el material de cura e inicia el procedimiento. (OBG, 3:140)

Bandura (1977) especifica un proceso con cuatro elementos que deben estar presentes para que se logre un aprendizaje vicario: atención, retención, reproducción motora y motivación.

7.3.3. Diario reflexivo

Por lo dicho, podemos decir que en nuestros alumnos se ha utilizado una perspectiva de racionalidad técnica, con estrategias didácticas de entrenamiento y resolución de problemas. Pero se han ido incorporando elementos como razonamiento crítico y juicio clínico, procedente de la perspectiva de racionalidad práctica, llamadas prácticas reflexivas, donde se desarrollan sus aprendizajes clínicos en la reflexión en la acción

con acción y para la acción, como indican Schön (1992) y Medina (1999), desarrollados con el uso del diario reflexivo.

En la carrera de Enfermería se ha ido planteando la necesidad del diario como fórmula para construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva, que sitúe al alumno en el centro del proceso de aprendizaje. Así, autores como Jarvins, Cameron, Mitchell, Allen, Bowers y Diekelman (citados por Colina y Medina, 1997) proponen el uso de los diarios como modo de conseguir una enseñanza y aprendizaje reflexivos.

El diario reflexivo es una técnica de aprendizaje creativa, a través de la cual los estudiantes tienen la oportunidad de efectuar una reflexión cotidiana, permitiéndoles narrar la propia experiencia. Cunha (2005) refiere que, cuando una persona organiza sus ideas para un relato, construye su experiencia de forma reflexiva, y eso puede ofrecerle la comprensión de la práctica.

El diario es un informe personal que constituye a la vez un instrumento para autoformarse, para evaluar y para innovar. La idea central es «escribir para aprender». O como refieren Betolaza y Alonso, «las personas tienen capacidad para reflexionar sobre sus propias situaciones, así como para modificar estas a través de sus propios actos» (2002, p. 15).

Se define el diario como un instrumento de evaluación formativa, que considera al estudiante como el eje del proceso formativo: «Un informe personal sobre una base regular en torno a temas de interés o preocupación». Los diarios pueden contener observaciones, sentimientos, reacciones, interpretaciones, reflexiones, pensamientos, hipótesis y explicaciones (Rodríguez y Cárdenas, 2011). Si bien esta técnica que favorece el aprendizaje también facilita procesos introspectivos íntimos del estudiante, un refugio emocional ético, sobre todo cuando se abordan temas sensibles de alto contenido emocional y afectivo en el entorno de las prácticas clínicas. Además es considerado como un instrumento de evaluación formativa dentro del proceso de aprendizaje (Rodríguez, Cárdenas y Blando, 2012).

Para poder realizar un análisis del contenido narrativo de los diarios reflexivos, se marcarán unas categorías. En el *Proyecto de diario reflexivo del alumno*, de Moreno y Ruiz (2003), se plantearon diferentes categorías de análisis del contenido del diario

reflexivo: integración del alumno en el equipo asistencial, afirmación de la vocación profesional, expresión de sentimientos personales, relación del alumno con el paciente y familia, relación del alumno con el tutor de prácticas, relación del alumno con los profesores de la asignatura, contraste de la teoría y la práctica, desarrollo del espíritu crítico, relación entre reflexión y relato escrito, autoevaluación del aprendizaje, fomento de los enfoques holísticos del cuidado, fomento de la ética y los valores humanos, aprehensión de los procesos de interculturalidad.

En los diarios de prácticas de nuestros alumnos se plantean las siguientes categorías: el equipo asistencial de la unidad-integración del alumno, expresión de sentimientos ayudándoles a una maduración personal, relación del alumno con el enfermo mental, relación del alumno con la familia del enfermo mental, relación entre la teoría y la práctica, desarrollo de la capacidad crítica, autoevaluación de lo aprendido.

El equipo asistencial de la unidad. Integración del alumno. Lo que opinan, lo que les transmiten como grupo de personas que trabajan juntas y con los mismos objetivos.

El mejor equipo con el que he trabajado nunca. Muchísima calidad humana y mucha capacidad para trabajar en equipo. (DPF, 1:380)

Ahora, repasando uno por uno el personal del servicio, me doy cuenta de la gran calidad humana que todos tienen. Eso no quiere decir que no los haya también en otros servicios. No sé si los que están trabajando aquí ya eran así antes de empezar a trabajar en la unidad o el trabajar aquí ha hecho que acaben siendo de esta forma. Pero lo cierto es que creo que están hechos de una pasta especial, del primero al último. (DPF, 1:529)

He observado que el buen funcionamiento de esta unidad es el trabajo en equipo de todos los miembros. Nadie cuenta más que nadie y todos van a una en cualquier tarea que se tenga que realizar. Todo el mundo tiene muy claro que cada uno tiene un carácter diferente. No se trata de ser los mejores amigos del mundo, sino de que en el trabajo se funcione juntos. Hay muchísima tolerancia y respeto. Es la clave para este éxito. Les he preguntado si tienen que hacer mucho esfuerzo para conseguirlo. Se me han puesto a reír y me han dicho que al principio lo tuvieron que trabajar mucho y que tuvieron sus problemas, pero que cuando se consigue es genial. No había visto en ningún sitio un trabajo en equipo como este. (DPF, 1:544)

Cuando me he despedido, todo el equipo me ha agradecido este mes. Me han dicho que han estado muy bien conmigo. ¡Pero si soy yo la que les tiene que agradecer todo! No me quería ir, me quedaría aquí encantada. El trabajo me ha fascinado, y el equipo, aún más. (DPF, 1:652)

Buena impresión, confianza, un equipo unido y que tiene ganas de enseñar al estudiante. (DPR, 4:179)

He pasado visita con otra doctora y la verdad es que me he sentido como otra persona más del equipo sanitario... La verdad es que se agradece. (DPR, 4:194)

Expresión de sentimientos ayudándoles a una maduración personal. El contacto con el enfermo mental no deja a nadie indiferente, genera emociones que generan reflexiones que les ayudan a madurar como personas y como futuros profesionales.

Esta mañana, al llegar a la unidad, ya no estaba nerviosa. Me he sentido con más confianza y mucho más yo, con naturalidad. He pensado que quizá ayer el equipo estuvo muy bien conmigo por no hacerme sentir mal el primer día, pero hoy todavía hemos estado mejor. (DPF, 1:420)

Cuando he llegado a la unidad estaba como un flan, y ha tenido que pasar una hora para que empezara a relajarme. (DPF, 1:396)

Al ser el primer día he estado un poco nerviosa y a la expectativa de ver cómo irían las cosas, qué me dirían, cómo actuar, me he agobiado un poco al ver la cantidad de medicación que hay y sobre todo al no estar demasiado familiarizada con ella. El primer trato con los pacientes he intentado que fuera mínimo porque realmente no sabía qué decirles y cómo actuar delante de ellos. Al final me he ido más bien contenta porque creo que no me va a resultar muy difícil el acostumbrarme y el poder desenvolverme. (DPA, 5:200)

Hoy con respecto a los pacientes me he sentido mejor, no he sentido tan respeto, he podido hablar, reír... con ellos y creo que ellos eso lo agradecen. Reconozco que al principio me costaba mucho, pero supongo que es acostumbrarse y conocer con quién puedes y con el que no puedes hablar. (DPM, 2:266)

Me he desesperado. Si pudiera la zarandearía y le diría que despertara, que espabilara ya. Casi me resulta increíble creer que hace tan solo dos años era una mujer activa, con dos empleos y muy alegre. (DPF, 1:504)

Hay ocasiones en las que me cuesta decidir por mí misma, y tengo que consultar a la enfermera, aunque sean situaciones sin importancia, como queme pidan una colonia o un lápiz. (DPC, 6:174)

Confío demasiado poco en mí misma y en los recursos que tengo. Pero a la hora de la verdad veo que tengo las herramientas para poderlo solucionar. (DPF, 1:445)

En el cambio de turno he podido hablar con mis compañeros de la tarde. No sé cómo ha ido la conversación, pero hemos coincidido en que trabajar aquí hace que salga lo mejor y lo peor de cada uno. Aspectos de nosotros que no conocíamos los estamos ahora descubriendo. Trabajas a nivel tan interno que dentro de nosotros notamos que hay un movimiento, que pueden salir viejos fantasmas o que pueden aparecer recursos que en nuestra vida ni hubiéramos imaginado que teníamos. Pero de esto hay que ser muy consciente para poderlo controlar y trabajarlo. (DPF, 1:490)

Pero aquí, en agudos, se me ha remarcado la importancia de ser yo. Y realmente veo que es lo que funciona. Ojalá todo el mundo pasara por agudos para darse cuenta de lo importante que es la comunicación con el paciente y la familia y para ver que no hay que tener miedo a saber un poco más sobre ellos. (DPF, 1:526)

Es la única forma de poder ponerse en su piel (y, tranquilos, cuando sales no vas a coger ninguna depresión por llevarte los problemas a casa). Aprendes a diferenciar muy bien cuáles son los tuyos y cuáles son los de los otros, y cuando sales del trabajo puedes también desconectar de todo eso. Claro, a nadie le cuesta desconectar cuando no te implicas, cuando trabajas como en una fábrica. (DPF, 1:528)

Con el miedo que tenía, ya verás, ahora este loco se girará, me clavaré la jeringa... ¡Menudas historias que me había montado! (DPF, 1:634)

Hoy las prácticas han sido como siempre, aunque al ser el último día me daba pena, me he sentido un poco triste (...). Por otra parte, despedirme de según qué pacientes me sabía mal, ya que con algunos de ellos he pasado buenos ratos y me habían contado muchas cosas de sus vidas. (DPM, 2:323)

La verdad es que durante la entrevista hubo momentos duros y muy difíciles, llenos de mucha emotividad. Yo permanecía delante de la paciente con aspecto fuerte aunque por dentro tenía ganas de llorar. (EDR, 4:246)

Hoy al preparar la medicación me he fijado en que hay pacientes con depresión que toman menos medicación de la que yo tomaba cuando estuve enferma. Me ha chocado muchísimo y todavía no me lo puedo sacar de la cabeza. Quizá a mí no me ingresaron porque no lo necesité, pero el hecho de saber que hay pacientes que toman la mitad de medicación de la que tomaba yo me hace pensar que quizá estuve más enferma de lo que creía o que ellos lo están menos de lo que me pienso. Que ingresar o no en el servicio no depende solo de lo grave que estés, sino también del apoyo que tengas fuera y de la normalidad con la que lleves la enfermedad. ¡Hay una línea tan delgada entre los sanos y los enfermos! (DPF, 1:454)

Cada día descubro historias más crudas y no dejo de sorprenderme de lo dura que puede ser la realidad y de lo que hay detrás de cada uno de los enfermos mentales. ¿Cómo se puede sobrevivir a una situación así? ¿Cómo puede la mente de un niño asimilar todo lo que le está pasando? (DPF, 1:519)

Hoy la verdad es que cuando he llegado a la unidad tenía mal presentimiento y cuando estaban pasando el parte las de la noche han comentado que había un ingreso nuevo que era de la tarde de ayer. Cuando han dicho el nombre y el primer apellido coincidían con el de mi padre. La verdad es que con la problemática mía no me extrañaba que me lo pudiera encontrar allí. Así que sin que nadie se diera cuenta he ido a mirar la lista de los pacientes para comprobar si coincidía el segundo apellido. Afortunadamente no. Por suerte todo ha quedado en un susto. No me hubiera gustado nada encontrármelo allí. Hubiera sido una situación muy incómoda. (DPR, 4:190)

Hemos tenido dos ingresos, uno es hermano del ingreso que comenté ayer que bajó a subagudos y el otro es una mujer con una intoxicación alcohólica que además había ingerido valerianas y aspirinas. Esta última ha venido con sujeción mecánica, aunque tranquila y adormecida porque en urgencias se le había administrado Haloperidol + Sinogán IM. La paciente me ha transmitido pena y a la vez me cuesta pensar que haya gente que tenga el valor de intentar suicidarse ante problemas (que supongo que ellos verán como un pozo sin fondo), aunque sé que casos como el de esta chica se repiten muy a menudo porque en la unidad hay varios de ellos. (DPA, 5:222)

Te han de ver seguro de lo que dices, y lo que dices lo dices porque tú sabes que es así, y tienes una convicciones. Puedes decir: «Esto es así porque yo lo sé o porque mi conciencia dice que esto tiene que ser así». Y además estás hablando con una persona, no con un animal, esa persona te tiene que entender. (EDG, 3: 212)

No has de ir con inseguridad, ha de saber que lo que estás tratando lo conoces. (EDG, 3:214)

Me ha dado mucha pena la imagen de una persona atada, aunque la finalidad sea su propia seguridad. Me imagino que poco a poco me iré habituando a esta imagen, pero creo que me costará un poco. (DPF, 1:442)

Cuando damos la medicación me siento un poco mal, ya que nos quedamos allí hasta que se la toman, creo que se deben de sentir mal ellos también. (DPM, 2:272)

Nos ha costado mucho entender esta actitud, ya que esta chica es de mi edad, y cuando la atábamos, yo me preguntaba que cómo se dejaba atar, yo sería incapaz, me sentiría muy mal. Por otra parte, me imagino la vida que ha tenido, empezando por su infancia. Al mirarme pienso que tengo mucha suerte de tener una familia unida y que me quiere. (DPM, 2:281)

Relación del alumno con el enfermo mental. La comunicación y las relaciones con el enfermo mental son esenciales para conocer o saber que le sucede, incluso para poder aplicar cuidados para su recuperación. Por lo que son una herramienta valiosa para el aprendizaje práctico del alumno.

Lo más importante en otras unidades era saber qué patología tenía el paciente; aquí no. A las 15 horas solo sabía la patología de dos o tres pacientes de los treinta. Lo más importante es que sepas el nombre de todos los pacientes. (DPF, 1:406)

Me siento muy bien con la mayoría de esquizofrénicos. Veo que es cierto eso de que sientes más simpatía por un tipo de pacientes que por otros. Pues a mí me pasa con los esquizos. Con los maniacos, divertidísimo la mayoría de las veces. He llegado a pensar que los cuerdos muchas veces actuaríamos así si no fuera porque nos reprimimos. Pero en lo más hondo estamos deseando actuar así. Y los que me desesperan son los

depresivos. ¡Qué difícil conseguir un pequeño avance y qué difícil es incluso que digan un par de palabras! (DPF, 1:476)

Hay momentos en que tengo que hacer un esfuerzo para tratar a todos los pacientes igual, porque hay algunos a los que tiendes, sin querer, a sobreproteger, y otros a los que matarías. Lo importante es no perder el norte y saber qué lugar tiene cada uno y la finalidad que tiene tu relación, que no es más que la estabilización y/o mejoría del paciente. (DPF, 1:477)

Aparte del ratito que he tenido para hablar con Enrique, me he dado cuenta de que no tengo tiempo para sentarme tranquilamente con los pacientes para hablar de nada o de todo, para disfrutarlos. Mis compañeros de la tarde lo pueden hacer continuamente, y aunque sé que yo también hago cosas que por la tarde no se ven o no se hacen, me gustaría pasar un poco más de tiempo con ellos. (DPF, 1:515)

Hoy le han dado la alta a Enrique. He sentido mucha pena porque es uno de los pacientes con los que mejor había conectado. Él nos ha dado las gracias mil veces por todo lo que hemos hecho por él. Pero también estoy muy contenta porque sé que en St. Joan de Déu estará mucho mejor. (DPF, 1:540)

También nos ha dado a todos mucha pena. Hay que ver qué diferente es la relación con los pacientes. Te pasas tantísimos días con ellos y sabes tanto de sus vidas que, sin querer, creas un vínculo especial. (DPF, 1:647)

Me siento muy bien y sin miedo cuando hablo con los pacientes, creo que ellos se sienten solos y hablar con ellos de algo les hace pasado el rato. Querían que jugáramos a cartas o algo, pero les he dicho que era demasiado tarde, que ahora cenarían. (DPM, 2:313)

He jugado una partida de ajedrez (dos) con algún paciente y no me ha sorprendido nada el hecho de jugar con un enfermo mental, al contrario, he estado atento a las jugadas e incluso me han ganado dos partidas en menos de cinco minutos. (DPG, 3:170)

Hoy no destaco nada interesante, simplemente que tengo nuevos pacientes, algunos manipuladores y seductores (una mujer), y el resto similares a los que hay siempre. Con esta mujer, mencionada antes, tendré que mantener una distancia. (DPG, 3:196)

Bueno, desde un principio me sorprendió la naturalidad con que hablan y explican su problemática aunque no te conozcan. (DPR, 4:184)

Ya hemos terminado la segunda semana de prácticas y, la verdad, yo creo que he mejorado desde el primer día, ya me involucro y relaciono más con los pacientes, me conozco más o menos su comportamiento, y si llega algún paciente nuevo enseguida intento conocerlo también. (DPA, 5:211)

Me sorprende bastante ver a un paciente tranquilo un día, y al día siguiente más alterados o con un comportamiento diferente. (DPC, 6:181)

Hay pacientes que se ponen juntos en una mesa y a la hora de repartir las meriendas y las cenas nos miran y se empiezan a reír y a hacer comentarios; me siento bastante incómoda en estos momentos (cuando tengo que llevar alguna bandeja a esa mesa). (DPC, 6:184)

La paciente le pregunta cuándo se va. Flor le contesta que a las tres. La paciente le dice: «Es que en toda la mañana no nos hemos visto». Ella se excusa con que había tenido mucho trabajo, pero en un tono molesto consigo misma. (OBF: 1:345)

Primero, como no me conocían, me iban probando, para ver cómo era y hasta dónde podían llegar. Después, genial. Muy buena conexión, mucha confianza. (DPF, 1:386)

Al final de la mañana me ha pedido los apellidos y el teléfono para quedar cuando saliera. Me he encontrado en una de esas situaciones que antes de empezar las prácticas me había planteado que me podían pasar, y de la que estaba convencida de que no sabría salir. Pero la he resuelto bien. Le he dejado claro que él era el paciente y yo la enfermera y que mi teléfono y mis apellidos no le interesaban para nada. (DPF, 1:441)

Hoy me he sentido toda la mañana observada por Antonio. Me seguía allí a donde fuera y se quedaba ahí de pie mirando. Ha habido algún momento que me he sentido violenta. Al final le he preguntado que si pensaba perseguirme toda la mañana, que si no tenía otra cosa que hacer y, claro, ¡qué pregunta más estúpida! Por supuesto que no tenía otra cosa mejor que hacer. (DPF, 1:468)

Esta mañana, al salir un momento de la consulta me he encontrado a Juan con las maletas hechas para marcharse. Venía a la consulta para despedirse. Le he parado y le

he preguntado que a dónde iba. Me ha dicho que se iba para casa, que ya estaba cansado de estar aquí. Hemos estado hablando y al final ha decidido deshacerlas y quedarse. La verdad es que he sentido una satisfacción increíble al ver que había conseguido contactar con él y hacerle entender la necesidad de quedarse un tiempo más, sin imponerle ni diciéndole que así eran las normas, ni nada de eso. (DPF, 1:534)

Hay que ver qué diferente es la relación con los pacientes. Te pasas tantísimos días con ellos y sabes tanto de sus vidas que, sin querer, creas un vínculo especial. (DPF, 1:541)

Hoy he podido estar un rato más con los pacientes en el comedor. No hemos hablado de nada en especial, pero ha sido un rato genial. Nos hemos reído un montón y cada uno me iba contando sus historias. Ojalá lo pudiera hacer cada día. Es un momento en que todo se relaja (la consulta es muy fría: los pacientes a un lado, los terapeutas a otro y, a veces, hablando de cosas que ellos no quieren hablar). (DPF, 1:546)

Maite también interviene, explicándonos, en un tono de cierta preocupación, que un enfermo le dijo: «Tú eres de Mollerusa (pueblo de Lleida)». Y al no saber qué contestar, le dijo: «Verme por Mollerusa no es raro, ya que voy». Pero que ella no era de allí, y que le dejó claro que no era de Mollerusa. (OBM, 2:224)

La mayoría, muy bien. Te preguntaban el nombre y después siempre te llamaban por el nombre, me han respetado y no me he sentido mal con ellos. Cuando me ponía a hablar con ellos en la salita o cuando después de cenar estaba con ellos, siempre me han hablado en un tono de voz normal. Muchos me han contado cosas de sus vidas sin que les preguntase. (DPM, 2:253)

Antes de cenar había una mujer en medio del pasillo, he ido a ver qué le pasaba porque estaba sola e inmóvil, me ha dicho que se sentía triste y que quería hablar con alguien de sus familiares. Le he preguntado por qué estaba así y me ha dicho que se sentía culpable de no haber tratado bien a sus hijos, que les hubiera podido ayudar más. (DPM, 2:292)

Hoy cuando he ido a bajar las persianas y he entrado en una habitación había un paciente que me ha empezado a hacer preguntas y al final me ha pedido mi teléfono. Le he dicho que no se lo podía dar y hemos continuado hablando de otras cosas. (DPM, 2:295)

Cuando he tenido un rato he ido a hablar con el chico y le he preguntado de qué quería hablar, y me ha comentado que se sentía solo, que tenía ganas de irse. Yo le he ido haciendo preguntas y que reflexionase un poco. Todo esto ha venido porque ha llamado su madre por teléfono y él no ha querido ponerse, a lo que yo le he preguntado que por qué no se había querido ponerse, y ha empezado a desahogarse, y me explicó por qué estaba aquí, que tenía una denuncia puesta por su padre, porque un día le agredió. (DPM, 2:300)

Cuando han terminado las visitas, he ido a la sala a hablar con los pacientes. Una de las enfermas me contaba que estaba contenta, porque había venido a verla su hermana, otra me contaba cosas de ella de cuando era pequeña, y con el chico de 22 años hablábamos del fumar y otros hábitos. Ya ves, hemos tocado diferentes temas. (DPM, 2:312)

En la unidad hay una paciente ingresada, diagnosticada de trastorno bipolar. Esta me pone muy nerviosa, es muy manipuladora y va de sobrada; no sé, no la soporto mucho. Con la mayoría de los pacientes puedo hablar tranquilamente, pero con ella no puedo, por la manera en que ella habla, se expresa con los demás pacientes, por lo exigente que es... (DPM, 2: 322)

El primer día de prácticas tuve el primer encuentro con un paciente psiquiátrico, que a la hora de darle la medicación se me cayó una pastilla, supongo que por los nervios de lo desconocido, y recuerdo que él me tranquilizó y me dijo que no pasaba nada. (DPR, 4:185)

Yo, inexperta en este tipo de situaciones y sola ante el peligro, solo se me ocurrió la idea de plantearle que se tenía que poner bien para así poder cuidar a su marido, pero que ahora estaba aquí y que la que necesitaba ayuda era ella. Que se tenía que hacer a la idea de que no estaba bien y preocuparse por ella. (EDR, 4:245)

Situaciones donde algún paciente se me quedaba mirando fijamente y yo no sabía qué decir o cómo evitar eso. (DPA, 5:199)

Lo único malo del día ha sido que uno de los pacientes ha querido darme un beso de buenas noches y me ha hecho sentir muy incómoda al no saber cómo decirle que no y que hiciera el favor de irse a dormir, pero dentro de lo malo al final me he armado de valor y me he puesto seria con él para que viera que realmente debe respetarnos y cumplir las normas. (DPA, 5:206)

Creo que es la empatía o la conexión con el paciente, y que el paciente sienta que estás ahí, que puede ser una herramienta o un vehículo para su curación o para... que tengas una relación..., comunicarte. (EDF, 1:562)

Relación del alumno con la familia del enfermo mental. La familia es una pieza clave para recopilar información y resolver los problemas del enfermo mental, por lo que el alumno debe aprender a comunicarse y a comprenderla.

Me costó mucho la primera entrevista con familiares. Me pareció muy dura y me tocó mucho emocionalmente. (DPF, 1:389)

Muchísima pena, tuve que hacer el esfuerzo por no ponerme a llorar. Era el hermano de un paciente esquizofrénico que no se adhería al tratamiento. No sabían cómo llevar la situación. Todo les desbordaba. Me he dado cuenta de que tener a un familiar ingresado en el hospital, en somáticos, es muy duro, pero ni punto de comparación con el paciente psiquiátrico. (DPF, 1:384)

Vuelvo a darme cuenta del poco apoyo que tienen las familias y lo difícil que es llevar esa situación. (DPF, 1:492)

Relación entre la teoría y la práctica. Los docentes teóricos deben ser capaces de introducir estas partes para que complementen los conocimientos prácticos de los alumnos.

Sí, pero hasta que no llegas a prácticas, no te das cuenta, no lo entiendes, hay muchas cosas que no entiendes; pero sí. (EDF, 1:571)

Ya desde primero, en todas las asignaturas, se ha hecho hincapié en el tratar al paciente como un ser biopsicosocial. Pero llegabas a las prácticas y lo único que veías era que el 39-2 era una apendicitis, que el 14-1 era un cáncer de pulmón o que la neumonía del 22-2 había mejorado y se le podía dar la alta. Sólo tenías en cuenta los aspectos bio, e intentabas no pasarte más rato de lo estrictamente necesario con un paciente, porque te llamaban la atención. «Tenemos muchas cosas que hacer, si nos quedamos a hablar con el paciente toda la mañana, no podremos hacer todo el trabajo». (EDF, 1:625)

Pero en agudos el planteamiento es diferente: partimos de una persona, que tiene una enfermedad psico, que además puede tener algún problema bio, a la que se le da un tratamiento, y en la que la parte social es básica para poder enfocar las otras dos. (EDF, 1:626)

Sí, a veces no te puedes acordar de todo porque te quedas con cosas fundamentales; a mí cuando me explicaron la esquizofrenia, pues me quedé con algún detalle, algún enfermo mental que le pillan paranoias, pero de lo que explicas en clase, pues he visto que de lo que se me ha quedado parte me ha servido para saber qué me puedo encontrar, reconocer rasgos, aspectos físicos, la manera de hablar... Yo creo que sí que nos ha servido; si no se nos hubiera explicado nada, pues a lo mejor nos dicen «Este tiene un trastorno maniaco-depresivo», y pues piensas a lo mejor coge un cuchillo y se lo clava él mismo, yo qué sé. Ya sabiendo lo que es un maniaco-depresivo, ya sabes de qué va la cosa; a mí me ha servido. (EDG, 3:230)

He podido comprobar lo que había aprendido en la teoría. (EDA, 5:233)

La teoría te la puedes leer, aprendértela de memoria y sacar un diez, pero hasta que no lo palpas y no lo ves, pues no piensas. Es verdad aquello es lo que ponía allí o esto es un tipo de personalidad; sirve para relacionarlo, pero los primeros días vas perdida. (EDA, 5:266)

Yo creo que no es suficiente, porque yo estoy con un enfermo que estaba bien y al día siguiente estaba totalmente en su mundo y no conseguía asociarlo, no entendía por qué; a la hora de escribir el parte no sabía cómo explicar lo que le había pasado a estas personas y les tenía que preguntar a las enfermeras; yo creo que es normal también. (EDC, 6:237)

Desarrollo de la capacidad crítica. El desarrollo de patrones de pensamiento crítico le permite analizar críticamente situaciones determinadas en forma de preguntas, comentarios y respuestas, como oportunidad del aprendizaje activo del pensamiento cognitivo y afectivo (Gordón de Isaacs, 2010).

Las reflexiones positivas y negativas que se realicen de todo lo vivido en el periodo práctico son un ejercicio esencial para moldear de una forma adecuada las acciones del alumno.

Los pacientes están demasiadas horas sin hacer nada, leyendo, mirando la tele, paseando pasillo arriba, pasillo abajo (...). El equipo lo sabe, y también sabe que sería mucho más terapéutico que pudieran hacer alguna actividad y que tuvieran más espacio e incluso algún patio interior para poder, al menos, respirar aire puro. Pero ni hay suficiente personal, ni recursos, ni tiempo, ni espacio. Hay momentos en que hasta para nosotros es agobiante: como no tienen nada mejor que hacer, se vuelven insistentes y no paran de revolotear a nuestro alrededor, haciendo demandas todo el día. (DPF, 1:470)

He podido observar que algunos de los enfermos (también pasa en somáticos) son muy manipuladores. No sé cuántas veces he oído hoy: «Si yo confío en vosotros, tengo un buen comportamiento y me tomo la medicación, ¿por qué vosotros no confiáis en mí?». No tienen conciencia de enfermedad. Creen que tomar la medicación se tiene que hacer para tenernos contentos y así poder salir antes, no porque realmente la necesiten. (DPF, 1:473)

Hoy también hemos tenido el ingreso de un paciente con un cargo importante y muy conocido en Lleida. Nadie se salva. Cualquiera puede acabar un día ingresado, pero de eso no somos conscientes, ni siquiera nos lo planteamos. (DPF, 1:478)

A última hora ha ingresado un paciente al que el lunes se le había dado la alta. Qué pasada, tal como se van vuelven a entrar. (DPM, 2:304)

Es lo que tiene compartir la habitación, creo que no deja que tengas la suficiente intimidad y es difícil compartir por los diferentes hábitos que tenemos las personas. (DPM, 2:316)

También me ha sorprendido que haya pacientes que se pasan la vida, entran cuando quieren y piden la alta voluntaria cuando ellos quieren. Creo que no debería ser así. (EDM, 2:364)

La única cosa que me ha sorprendido hoy es que mientras preparaban la medicación me he dado cuenta de que el grupo de los psicóticos toma mucha medicación y que le debe de afectar a la larga, tal vez diría que incluso algunos muestran conductas entrañas debido a la medicación. (DPG, 3:172)

Creo que la decisión de dejarlo solo (aunque controlando) ha sido acertada, porque si estamos continuamente con él, el paciente podría usar estos episodios como táctica para

que centremos nuestra atención en él, además aprende a canalizar él mismo toda esa ansiedad que dice padecer. (DPA, 5:221)

Me ha sorprendido que muchos de ellos tengan una historia familiar muy dura. Creo que hay momentos que, con estas historias, una persona no es capaz de asimilar todo lo que le está pasando, y para poder sobrevivir, o se encierra en sí mismo o se monta una vida que pueda entender, porque si no el dolor acabaría con él. (DPF, 1:460)

En esta situación se te multiplican las dosis de paciencia porque tienes muy claro que tú en esa situación harías lo mismo. No hay más que ponerse en la piel del paciente para poder comprenderlo mejor. (DPF, 1:471)

Este caso de contención mecánica me ha transmitido bastante pena, pienso que quizá por ser una señora (...). También porque realmente decía muy convencida que le tenía miedo a sus compañeros y en general (aunque sé que la contención la tiene puesta por algo) me ha dado la sensación de que quizá esa señora no debería estar así. (DPA, 5:214)

Sí, porque pienso para no tener que atarlos, para evitar la sujeción mecánica, poder tenerlos allí y no tener que atarlos, porque a veces les pone más nerviosos, y darles medicación para que se calme. (DPA, 5:238)

Además la crítica llega incluso a las dinámicas de trabajo de la unidad, la inmovilidad del turno más tranquilo, la tarde, y a las acciones que se podrían realizar. Incluso dan ideas de actividades que se podrían realizar con los enfermos mentales. Lo justifican por la autonomía de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones.

Dejan muy de lado a los pacientes y creo que deberían conversar un poco más con ellos, y si no es el paciente el que viene a pedir o ven que está muy nervioso, no hacen contención verbal; sería bueno hacer más terapias de grupo o no sé... (EDM, 2:338)

Exacto; creo que si hicieran actividades más conjuntas... Muchos dicen que están aislados en la habitación, tal vez participarían más; porque había muchos que se pasaban la tarde durmiendo, o en su habitación escuchando música y evitando escuchar voces; creo que si hicieran actividades en grupos o diferentes actividades, yo creo (...). (EDM, 2:339)

Está bien ese equipo, me gustó; no me gustó el personal médico, en concreto la doctora Estrella, que estaba conmigo, no me gustó su manera de tratar. Pero el resto de compañeros médicos y enfermeras, muy bien, creo que hacen una buena piña. (EDR, 4:203)

Muchas cosas las decide el médico, o tienen que comentárselo. Pero ¿quién es la que está con el enfermo todo el día? Pero creo que no, aún falta. (EDR, 4:224)

No. A ver, pues lo de preparar la medicación, bien, lo de repartir la medicación, bien, pero después tener un horario de decir de tal hora a tal hora son mis citas, y ajustarte a ese horario, no decir: «Pues mira la doctora no viene hasta las 12 de la mañana». Y te has estado sin hacer nada o alguna cosa suelta, y después queda la faena de la enfermera para el final y tienes que ir corriendo; es tener un horario más justo y decir de tal hora a tal hora y cumplir ese horario. (EDR, 4:226)

Hombre, depende, sigue teniendo el médico muchas... decisiones, o sea, si un enfermo te pide una pastilla para dormir y no le toca, pues la enfermera, yo por lo que veía, la enfermera le daba el placebo por su cuenta, que a veces está pautado placebo, sí, pero hay veces que no, esa es lo único (...). Libertad, creo yo que no. (EDC, 6:215)

Sí, yo creo que tendría que tener más campo para que la enfermera diera su opinión, y yo creo que, no sé, tiene que saber algo la enfermera, es ella la que está todo el día con ellos. El médico está encerrado en el despacho de guardia o se pasa a veces cuando pasa algo o al final del día o de la tarde. Yo como iba de tarde solo los veía, si los veía, al final de la tarde, y ya está. Yo creo que la enfermera tiene algo más que decir que simplemente un parte, no (...). (EDC, 6:220)

Autoevaluación de lo aprendido. El alumno valora su aprendizaje en su estancia en la unidad. Evalúa los siguientes aprendizajes: técnicas, relación con los enfermos, lenguaje psiquiátrico, capacidad de resolución y método enfermero.

Lo que pasa es que se aprende de otra forma, el aprendizaje es distinto; no es en plan de técnicas, es saber tratar a las personas con estos problemas y medicación sobre todo. (EDC, 6:204)

He aprendido nueva medicación, conocer los diferentes perfiles de distintos pacientes, he podido comprobar lo que había aprendido en la teoría, he sido capaz de afrontar diferentes situaciones, he aprendido también a tratar a los pacientes y cómo relacionarme con ellos. (DPA, 5:232)

Fue la primera intramuscular que ponía, y ha sido en el psiquiátrico. (EDF, 1:586)

Mucha medicación, que ahora por el trabajo me va muy bien, tal vez escuchar más a las personas y a no juzgar. (EDM, 2: 345)

Aprendí mucha medicación. Íbamos al vademécum, buscábamos un montón porque a veces te venía por nombre comercial y tenías que buscarlo por nombre genérico. (EDA, 5:240)

Cada día los pacientes me han enseñado cosas nuevas y he vivido situaciones en las que me he tenido que espabilar y la verdad es que va bien, porque dentro de poco tendré que tomar decisiones por mí misma. (EDR, 4:239)

Entonces mi enfermera me comentó que las cosas se ven desde otro punto de vista si las hace uno mismo y que realmente uno no se da cuenta de las dificultades hasta que uno se encuentra solo ante el peligro. Es entonces cuando tienes que buscar recursos por ti misma y resolver los problemas sobre la marcha. (EDR, 4:248)

La verdad es que me impactó muchísimo cómo me contaba su problemática y cómo poco a poco, a medida que la entrevista iba avanzando, la paciente iba cogiéndome más confianza. Creo que si me tocara hacer otra entrevista intentaría llevar unas preguntas preparadas y luego sobre la marcha haría preguntas de lo que más me llamara la atención. (EDR, 4:250)

Finalmente así ha sido, una buena experiencia en la que he tratado con varios pacientes de diferentes patologías psiquiátricas (trastornos de la personalidad, trastornos bipolares, demencias, depresiones, trastornos psicóticos, esquizofrenias...) y he podido comprobar, de primera mano, todo lo que estudiamos en su momento de manera teórica. También he aprendido nueva medicación de tipo psiquiátrico que en los otros periodos de prácticas no he podido ver, como el Distraneurine, el Plenur, el Seroquel, el Antabús, el Tranxilium, el Stilnox, entre muchos otros. (EDA, 5:279)

“He aprendido mucho de medicación, de observación al paciente, de hablar con ellos (cosa que me daba mucho miedo), de las relaciones que existen entre enfermera y paciente psiquiátrico (cómo ellos confían mucho en la enfermera). (DPA, 6:197)

Yo creo que el trato. (EDC, 6:238)

La comunicación, la expresión, saber cómo piensan en ese momento o qué pueden llegar a pensar o por qué ayer estaba de una forma y hoy de otra; sacar esas conclusiones. (EDC, 6:239)

Sí, tal vez sí; el hecho de decir «Este tío está loco; no, tiene un problema». Sobre todo escuchar a las personas, dejar que opinen y dar tu opinión; porque de técnicas allí no se aprende. De técnicas has hecho contenciones verbales, que no se hacen en las prácticas. O saber actuar en situación de una crisis de ellos. Por la tarde, sobre todo cuando llegan de las salidas. (EDM, 2:346)

He visto mucho trato comunicativo, comunicación entre el enfermo y el personal médico y enfermero; hay gente que a veces, por la manera en cómo te miran, parece que no te vayan a escuchar, y quizá no les dices nada, hasta que no ves que están muy metidos en un problema, entonces les tienes que explicar (...). (EDG, 3: 226)

Perfiles, perfiles de personalidades, que yo no... Porque cada persona es diferente, aunque tengan la misma patología psiquiátrica. En cambio, en patología fisiológica a nivel de hipertensión... Es más esquemática, no puede cambiar de una persona a otra, pero aquí sí que es totalmente diferente, porque entra en juego la personalidad de cada uno; la medicación. También he aprendido a tratar a ese tipo de pacientes, a tener más paciencia. Pues eso (...). (EDA, 5:261)

El proceso de atención en enfermería no ha sido un aprendizaje claro, ya que no han sido capaces de identificarlo en el proceso clínico. Pero sí que han coincidido en que han utilizado registro de datos de los pacientes en gráficas (temperatura, tensión arterial), documentos de seguimiento...

No. (EDA, 5:262)

No. (EDC, 6:217)

Está todo apuntado por tareas. (EDF, 1:582)

(...) la hoja de constantes; control que hay, no he visto que se siga el PAE tal cual. (EDG, 3:229)

Sí, todo lo hacemos sobre unas hojas, no hacemos aquello como en comunitaria, que dices llega por esto y le haces una exploración; no hacemos esto; tal cual llega el enfermo, dejas sus hojas y se da una explicación para enfermería de lo que es el paciente y ya está. (EDG, 3:228)

Bueno, tienen (...), hacen un control cada día de cómo está el enfermo y todo esto. (EDR, 4:221)

Sí, las incidencias, sí. Y si hay algo nuevo, si no ponen que continúa igual y ya está. (EDR, 4:223)

Sí, sí, claro. A nivel de medicación, de temperatura, de otras constantes, de sujeción, cambio de pañales si hay (...). (EDA, 5:263)

No, yo creo que allí apuntas medicación. (EDC, 6:218)

No, medicación, la firma de la medicación y lo que es... El parte, y ya está. (EDC, 6:219)

Abriendo una de las planchetas les muestra la gráfica y les explica la forma de cumplimentar, y les invita a que sean ellos los que pasen a las gráficas las temperaturas de los pacientes. Inmediatamente se ponen a realizarlo, mostrándose dispuestos. (OBG, 3:117)

Es que he aprendido muchas cosas, Marisol. A ver, por ejemplo, lo que te he dicho antes, el tratar a los pacientes siendo tú y haciendo lo que tú crees que debes hacer, no todos con un mismo modelo, el trato con el paciente psiquiátrico, la forma de ver al paciente es totalmente diferente, hacer entrevistas, pero no solo a psiquiátricos sino también a somáticos; el trabajo en equipo, que como aquí no lo había visto, es increíble cómo trabajan en equipo; a saber, a darte cuenta de lo que necesita el paciente sin que te lo pida, a intuirlo. (EDF, 1:570)

No he tenido grandes dificultades con nada, me lo he pasado genial y he disfrutado muchísimo. (DPF, 1:390)

7.4. ESTIGMA DEL ALUMNO DURANTE Y DESPUÉS DE LAS PRÁCTICAS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

En este apartado realizamos el análisis de los posibles cambios del estigma hacia la salud mental, durante y después del paso de los alumnos por la unidad. Para ello iniciaremos el análisis por las opiniones sobre los temas psiquiátricos más controvertidos y unidos al estigma. Posteriormente seguiremos por el análisis de los posibles cambios de estereotipos, prejuicios y discriminación, es decir, el estigma durante y después de sus prácticas.

7.4.1. Opiniones de los estudiantes sobre temas esenciales en la psiquiatría durante y después de las prácticas

Los prejuicios sobre el enfermo mental y los derechos sociales van unidos en relación. Cuando se realizan actuaciones de protesta en los cambios ante el estigmatismo, este es uno de los objetivos. Si añadimos que la formación y el contacto con ellos mejoran los estereotipos y los prejuicios disminuyen, es evidente que los cambios en el estigma hacia el enfermo mental hacen cambiar la opinión sobre los derechos de los mismos.

En este apartado se analiza la opinión de los estudiantes sobre aquellos temas controvertidos de la psiquiatría después de realizar las prácticas en la unidad. Los resultados son producto de la formación práctica y el contacto con la salud mental y los enfermos mentales, donde las situaciones vividas influyen en su resultado.

Los temas que se plantean son: causa de la enfermedad mental, derechos civiles y sociales, participación de la familia, sujeción mecánica, terapia electroconvulsiónante (TEC), aislamiento del enfermo mental y recursos sanitarios destinados al enfermo mental.

Opinión sobre la causa de la enfermedad mental

La etiología de la enfermedad mental ha sido tratada por diferentes teorías (biológica, dinámica, dinámica, etc.), es decir, la opinión es biomédica, pero sin llegar a un consenso unánime, por lo que las explicaciones a ello son variadas.

Para nuestros estudiantes, les es complicado dar una respuesta definida, por lo que explican la causa como los teóricos de la psiquiatría, con visiones diferentes.

Hemos estado hablando de si era culpa de los padres que los niños tuvieran trastornos psiquiátricos. Ha habido gente que tenía clarísimo que sí, ¿pero toda la culpa es de ellos? (DPF, 1:648)

Por supuesto que de las vivencias del niño y de la educación y el ejemplo que reciba dependerá mucho su salud mental (no es lo mismo crecer entre una familia desestructurada que en una que está muy unida, o crecer en una familia que no da cariño a sus hijos y en otra que basa su núcleo familiar en el amor), pero también tienen que ver muchos otros factores, como la capacidad del niño para afrontar frustraciones o la capacidad de superación o de pedir ayuda que tenga. Y ya no digamos lo importante que es el factor genético. Por eso sigue habiendo personas que han tenido una vida horrible, que gozan de buena salud mental y, por el contrario, personas que han tenido una buena educación y mucho apoyo de su familia que acaban teniendo enfermedades mentales. (DPF, 1:649)

Yo veo que es una enfermedad más, es decir, es una enfermedad que afecta dentro de su cabeza y que les hace hacer cosas o comportamientos o cosas que no haríamos normalmente. Ellos, pues, tienen afectada una parte de su cabeza, de su mente, y es el comportamiento que han adquirido, costumbres, hábitos, o todo lo que sea para relacionarse, se les ha quedado de esa manera. Que quizá pueden cambiar o quizá con esfuerzo, con ayuda, medicación puedan cambiarlo, pero es, no sé (...). (EDR, 4:209)

Por un conjunto de situaciones que les han pasado que les cambia el chip, creo, puede ser, hereditario; pero que hay un detonante que les hace explotar, como hasta estar aquí; o por drogas, como vi en muchos casos o simplemente porque sucede, porque les han pasado una serie de cosas y ya está. (EDC, 6:207)

Derechos civiles y sociales de los enfermos mentales

En las entrevistas posteriores a las prácticas, los alumnos opinan sobre los derechos de los enfermos mentales. Se les pregunta sobre el derecho al voto y al divorcio.

Ante la pregunta de si el enfermo tiene derecho a votar, Ana tiene dudas al respecto. En cambio, Gustavo, Rocío, Carmen y Flor consideran que tienen derecho. Pero Gustavo añade que además están capacitados para ello.

El derecho a votar (...). Dije que no en la entrevista previa, pero ahora no lo tengo tan claro, pero tampoco tengo claro que sí, entonces no sé. (EDA, 5:249)

Sí, sí, vamos, es decir, con la gente que he hablado en el psiquiátrico, con enfermos psiquiátricos, ellos hablan bien de las cosas, como todo el mundo; están al tanto de todo. Yo creo que en el momento que llegue época de elecciones también pueden decir la suya, yo creo que sí. (ENG, 3:220)

Yo creo que, como ciudadano, tiene el derecho de ir a votar. (EDR, 4:214)

Sí, yo creo que sí que tiene derecho. (EDC, 6:210)

A todo, a todo (...). (EDF, 1:579)

Con respecto a la utilización de la enfermedad mental para conseguir el divorcio automáticamente de sus parejas, las opiniones no quedan tan claras como único motivo, como manifiestan Ana, Carmen y Rocío. Gustavo añade un toque romántico.

Por ejemplo, si mi pareja tuviera ahora una enfermedad y yo me quisiera divorciar, sí, pero no por el hecho de que sea enfermo mental, sino porque la otra persona no lo está pasando bien y no quiere seguir casada con esa persona. (EDA, 5:252)

Si esa persona considera que no puede vivir con alguien así, sí, eso ya es más personal. (EDC, 6:209)

Puede ser uno de los motivos, porque si la pareja no entiende su enfermedad (...). (EDR, 4:207)

Para ayudar en un divorcio, habría que saber explicar el problema del paciente, no tendría que ayudarte a divorciarte de una persona ser enfermo mental. A ver, es que también hay casos que son muy duros... Pero personas que no te hacen daño, que incluso te lo dicen ellas, que no te quieren hacer daño, que no saben controlar la enfermedad (...); yo creo que si hay el amor de pareja, se han demostrado lo que se tienen que demostrar, y se lo siguen demostrando, no tienen por qué divorciarse. (EDG, 3:221)

Participación de la familia en el proceso terapéutico

La familia participa en el proceso terapéutico de los enfermos mentales ingresados con el pase de vistas, las visitas a sus familiares durante la hospitalización y el colaborar en los permisos de fin de semana. Rocío, Ana y Carmen están de acuerdo, justificándolo por lo beneficioso que es para el enfermo y por la vida cotidiana que tienen en la unidad.

Yo lo encuentro bien, a mí me gustó; aparte porque ellos lo viven de una manera muy especial, porque, claro, es un paciente que está encerrado en un sitio 24 horas, que lo único que puedes hacer es mirar la televisión, hablar con un compañero o dar vueltas por el pasillo fumando, estás aislado del mundo y no puedes hacer nada más. Salir y dar una vuelta y cambiar de aires lo encuentro bien. (EDR, 4:211)

Es complicado, depende del paciente; hay veces que... Antes pensaba cómo pueden estar ahí, sin contacto, sin estar con la familia, sin una llamada (...), pero a veces es contraproducente, el paciente lo que ha adelantado durante cinco días lo pierde todo en media hora; y para otros es necesario. Pero se tiene que valorar muy bien, se tiene que mirar muy bien. (EDF, 1:564)

También, además que yo pensaba al principio, cuando se le daba el permiso, ¿y si no vuelve? ¿Cómo sé (...)? Pero no, no, allí se cumplía el horario perfectamente, todo bien. (EDA, 5:248)

Sí, totalmente (...). Yo creo que sí, incluso creo que es necesario, porque allí los veía hasta agobiados; veías pacientes que llegaban muy mal y veías la evolución, que no bien del todo, pero a lo mejor les va bien salir, aunque tengan que volver. (EDC, 6:240)

Sí, sí, muy bien. Aquí se hace así, que haya pases de visitas, que pueda salir a pasear con la familia. Pero hay gente que no tiene familia y no puede salir, y también les iría bien un poquito de aire, pero el espacio físico tampoco lo permite hacer de otra forma. (EDF, 1:565)

Medidas de sujeción mecánica y terapia electroconvulsionante

La contención mecánica más o menos completa, nuestros estudiantes la conocen por las prácticas anteriores o bien por el ejercicio laboral como auxiliares de clínica, como le sucede a Maite que ha trabajado en una residencia de ancianos. Pero hay que destacar que esta sujeción mecánica es diferente cuando se aplica a un enfermo mental, por las situaciones y sus reacciones.

Existe un protocolo para poder aplicarla, pero en muchas ocasiones esta se exagera por las características que presenta el enfermo mental, como nos explica Carmen en su diario de prácticas. Flor y Ana narran en relación a lo que se imaginaban y los sentimientos que les crea dicha práctica.

Vi la contención mecánica, pero como ya había trabajado en una residencia, ya sabía lo que era. (DPM, 2:262)

Hoy a primera hora ha habido una contención mecánica que me ha sorprendido bastante, porque se ha llamado a la seguridad y en un momento había diez personas aguantando al paciente y poniéndole una intramuscular (...). Me ha sorprendido la fuerza que llega a tener una persona. En esta situación me he quedado mirando, ya que no sabía qué hacer, me he asustado bastante porque pensaba que no podrían sujetarlo. (DPC, 6:182)

Antes de llegar, estaba segura de que los pacientes con contención mecánica eran un tipo de pacientes muy agresivos, a los que ni siquiera te podías acercar. (DPF, 1:411)

Me ha dado mucha pena la imagen de una persona atada, aunque la finalidad sea su propia seguridad. Me imagino que poco a poco me iré habituando a esta imagen, pero creo que me costará un poco. (DPF, 1:442)

(...) ya que es la primera vez que vive este tipo de situación. Ana comenta que no ha sido como imaginaba, ya que el paciente no ha presentado resistencia. (OBA, 5:158)

En relación a la terapia electroconvulsionante, tenemos que señalar que no todos los estudiantes han podido asistir a alguna sesión, la oportunidad de verla ha sido de las alumnas que realizaban las prácticas por la mañana, ya que es cuando se realiza.

Rocío tuvo la oportunidad y cuenta cómo lo vivió y la imagen que tenía, influenciada por las películas, por lo que la realidad la sorprendió, ya que en la actualidad es una técnica muy controlada y poco agresiva. Además, ha mostrado interés por el enfermo después de su aplicación.

Hoy he ido a ver una TEC y, la verdad, esperaba que me pudiera impresionar, pensaba que sería una técnica más agresiva. Después he podido hablar con algunos de los pacientes que se les ha hecho TEC y les he preguntado cómo se encontraban y si notaban algo. Casi todos me han contado que se notaban más chafados pero que estaban bien. (DPR, 4:192)

Me lo esperaba, claro, estás acostumbrada a verlo en las películas, que es más brusco, pero ves que está totalmente controlado, las descargas se controlan, el paciente está sedado (...). (EDR, 4:217)

Bien, no me impresionó, la verdad. (EDR, 4:216)

Opinión de la reclusión y los recursos disponibles para los enfermos mentales

Durante y después de realizar las prácticas en la unidad, la visión de la necesidad de reclusión de las personas con enfermedad mental en muchos casos es la misma que antes de las prácticas, pero ahora la opinión está justificada y es menos excluyente por las situaciones que han vivido con los enfermos mentales. Además, son más conscientes del problema de los recursos destinados a estos enfermos, que darían más posibilidades de recuperación y de integración social.

Para explorar este apartado se les pregunta por la existencia de centros psiquiátricos con el concepto de reclusión que va implícito en ello.

Yo creo que sí tienen que existir. (EDG, 3:216)

Sí, totalmente. Es lo que te digo, es como un hospital más, como un servicio más, yo creo que es necesario; son problemas, son diferentes problemas pero siguen siendo problemas también. (EDC, 6:206)

Sí; que luego se hagan otras cosas, como se hacen en el centro de San Juan de Dios, que tienen sus pisos subvencionados en Almacellas (pueblo de Lleida), que los integran mejor, eso mejor, por supuesto, y cada vez tendría que haber más, que en eso nos quedamos cortos. Pero que haya centros especiales para que estén unos días reclusos, porque hay momentos muy extremos (...). En esos momentos yo creo que deberían estar ahí, porque siempre hay un psiquiatra de guardia, hay unas enfermeras (...). Siempre hay un personal que supervisa. (EDG, 5:253)

Es increíble los pocos recursos que hay y lo apartados que siguen los enfermos mentales. (DPF, 1:463)

Le he preguntado a Pedro qué hacía todavía allí. Me ha dicho que en St. Joan de Déu las camas también son limitadas, que primero se tienen que mandar a los pacientes más urgentes (o los que quieren sacarse de encima, esto es un apunte mío) y que no es un caso urgente. Sigo con el mosqueo de otros días: la falta de recursos. ¿Tú sabes lo bien que estaría este paciente en otro centro? ¡Lo contraproducente que es que esté aquí encerrado! (DPF, 1:508)

Esta mañana he quedado con Natalia (psicóloga). Quería saber qué es lo que ella hace en la unidad. Además, como en la consulta solo están ella y los pacientes, quería que me explicara en qué consisten sus visitas. Me ha contado lo que hace y todo lo que le gustaría hacer y no puede por falta de personal y de tiempo. También me ha hablado de lo que debería ser. Pero volvemos a lo mismo que sale cada día: la falta de recursos. Por mucho que quieras hacer, si no tienes el respaldo detrás de nadie, es imposible iniciar ningún proyecto. Así que «con lo que tengo voy haciendo todo lo que puedo». (DPF, 1:539)

Hay unidades en las que se ingresan los enfermos cuando sufren una descompensación o empiezan a tener síntomas de enfermedad mental. Hay centros de media y larga estancia. También hay algunos (pocos) macropsiquiátricos en los que viven los enfermos más crónicos. Pero faltan recursos intermedios. El enfermo pasa de la Unidad de Agudos a su

domicilio o a un centro de media estancia, que acabará de nuevo llevándolo a su domicilio. Pero no se tiene en cuenta que hay pacientes que no tienen apoyo familiar, o que la familia no es capaz de poder manejarlos. ¿Qué se hace con estos enfermos? Dejarlos hasta que vuelvan a tener otra descompensación y vuelvan a iniciar el circuito. (EDF, 1:620)

Pero si te pones a pensar, que para los depresivos no es un sitio adecuado, ni para los del síndrome de Down tampoco, y para los de edades más avanzadas tampoco, ¿entonces qué haces? Porque tendríamos que tener un montón de sitios, pero no hay recursos, pero ya que no hay recursos, pues se debe adecuar de la mejor manera lo que se tiene. (EDA, 5:258)

San Juan de Dios me gustó mucho, aparte por las instalaciones, que son guapísimas; pues tienen una fábrica para que trabajen y cobran un sueldo y donde se hacen cosas, tienen el taller de restauración... (EDA, 5:259)

7.4.2. Estigma: estereotipos, prejuicios y discriminación del alumno después de las prácticas en la unidad

Ante el panorama del estigma hacia los enfermos mentales y los estigmas asociados, se crea la necesidad de luchar contra ese estigma y la discriminación en salud mental.

Desde la psicología social y la sociología se han estudiado tres estrategias que han mostrado éxitos y fracasos diferenciados en sectores objeto de estigmatización: protesta, educación y contacto social (Corrigan y Warson, 2002; Rüsck, Angermeyer y Corrigan, 2005; y Corrigan y Gelb, 2006) (citados por López et al. 2008). Estrategias que también pueden servirnos para repasar la experiencia acumulada en relación con las personas con enfermedades mentales graves (Corrigan y Penn, 1999; Estroff, Penn y Toporek, 2004; y Kolodziej y Johnson, 1996) (citados por López et al. 2008).

La protesta social, que ha resultado útil en la lucha contra el estigma y la discriminación, tiene claros efectos a corto plazo, disminuyendo la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no es tan útil por sí sola a largo plazo, ya que tiene una menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, además, con riesgo de inducir el

fenómeno «efecto rebote» cuando se utilizan en exclusiva las medidas de protesta (Penn y Couture, 2002; y Rüsç, Angermeyer y Corrigan, 2005).

En el campo de la salud mental, a imagen de otros grupos minoritarios objeto de estigmatización, como las distintas asociaciones de personas afectadas (usuarios y familiares), profesionales, personas interesadas por el problema, se vienen realizando protestas y declaraciones públicas de mayor o menor envergadura, reportajes de medios de comunicación, anuncios estigmatizadores y consecuencias con respecto a situaciones de discriminación, a distintos niveles y en distintos países.

Aunque se conoce poco sobre el efecto de la protesta frente a los prejuicios de las personas, suele suponer la disminución o supresión, al menos temporal, de alguna forma específica de discriminación, o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni, especialmente, en la conducta general hacia dichas personas (Penn y Couture, 2002; y Corrigan, 2001).

La educación trata de disminuir el estigma, proporcionando información veraz y equilibrada. Se utilizan diferentes medios, como libros, vídeos y programas de enseñanza estructurados para transmitir este tipo de información (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Se ha comprobado que los cursos educativos breves sobre la enfermedad mental reducen las actitudes estigmatizadoras entre una amplia variedad de participantes (funcionarios de policía, trabajadores de la industria, empleados y estudiantes) (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Los programas educativos de larga duración incluyen no solo la transmisión pasiva de información sino la discusión, la presentación de casos reales y, especialmente, la presencia de personas afectadas (Corrigan y Penn, 1999; Rüsç, Angermeyer y Corrigan, 2005; Penn y Couture, 2002; Corrigan, 2001; Wolff, 1997; Estroff, Penn, y Toporek, 2004; Link, 2001; Penn y Martin, 1998; citados por López et al., 2008, en sus trabajos sobre la lucha sobre el estigma).

Pero aun así, la resistencia de los estereotipos tampoco garantiza que, por sí sola, la educación resuelva el problema. No existen datos de su capacidad para cambiar no ya creencias o actitudes en sentido más general, sino especialmente conductas reales y, por tanto, discriminaciones efectivas.

Por último, está la tercera estrategia, la que apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas (Corrigan, 2004; Rüschi, Angermeyer y Corrigan, 2005; Corrigan y Penn, 1999; Estroff, Penn, y Toporek, 2004; Penn y Couture, 2002; Penn y Martin, 1998; y Corrigan y Matthews, 2003; citados por López et al., 2008), en concordancia con los conocimientos psicológicos y sociológicos que indican que las actitudes se refuerzan y cambian en la interacción social.

La interacción y su capacidad para poner en marcha en los participantes procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas se ven favorecidas especialmente en situaciones de igualdad de estatus entre los participantes, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos «intermedios». La cooperación durante el trabajo ofrece también una buena oportunidad para conseguir una igualdad de estatus de los consumidores y los miembros de la mayoría si ambos participan en la misma tarea. Las personas no responden básicamente al estereotipo ni se alejan demasiado de él, presentando «enfermos perfectos», que parecen irreales y excesivamente disonantes. Y también influye que las interacciones se produzcan en el «mundo real» y no solo en el «laboratorio» (Penn y Martin, 1998; Estroff, Penn, y Toporek, 2004; Rüschi, Angermeyer y Corrigan, 2005; y Angermeyer y Schulze, 2001) (citados por López et al. 2008).

La asociación entre contacto y actitudes más favorables está cada vez mejor establecida, aunque son necesarias más investigaciones para dilucidar claramente los mecanismos intervinientes, que pudieran realizar una nueva recategorización a partir de la experiencia, y/o actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad-irresponsabilidad. En este último caso, parece que podría generar simpatía asociada al reconocimiento de la falta de culpabilidad de la persona. Por otro lado, en cualquiera de los casos, hay que mencionar de nuevo la utilidad de las estrategias de autoafirmación y *empowerment* (potenciación), así como el papel de los apoyos institucionales y de los

grupos de afectados (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan, 2002; Link, 2001; y Penn y Martin, 1998) (citados por López et al. 2008).

En definitiva, el contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor. Sin embargo, habría que recordar una limitación existente de toda iniciativa contra el estigma que se centre en un comportamiento específico de un cierto grupo de poder. Por tanto, para reducir sustancialmente la conducta de discriminación, se ha de efectuar un cambio fundamental en las actitudes relacionadas con el estigma de los grupos de poder (Arnaiz y Uriarte, 2006).

El contacto con personas con enfermedad mental puede ayudar a aumentar los efectos de la educación sobre la reducción del estigma (Wolfgang, Wiebke y Schlamann, 2010). Se ha mostrado que es menos probable que miembros de la mayoría que han conocido a miembros de grupos minoritarios estigmaticen a miembros de esa minoría. Por lo que el contacto puede ser una estrategia importante para disminuir los estereotipos y el estigma de salud mental, tanto durante la formación antes de la graduación como en una situación experimental.

Esta situación de educación y contacto es la que se planteó con nuestros alumnos cuando les proporcionamos desde la universidad dos aprendizajes: teórico y práctico. En el primero les aportamos conocimientos de salud mental y en la práctica, el contacto con los enfermos en situaciones reales.

Para poder dar resultados del proceso de estigmación del alumno durante su periodo de prácticas realizaré el análisis de las transcripciones de lo observado, lo narrado por el alumno en los diarios de prácticas durante las prácticas y la entrevista después de las prácticas.

El análisis lo realizaremos partiendo de la actitud (Corrigan y Watson, 2002) y de sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio).

El estereotipo es definido como el conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.

El estudio realizado en la comunidad autónoma de Madrid (2003-2007) evidencia que los estereotipos más frecuentes son la peligrosidad relacionada con actos violentos, la responsabilidad, la incompetencia y la incapacidad para tareas básicas de la vida diaria por parte del enfermo mental.

Las creencias que el alumno tenía sobre el enfermo mental, así como la opinión de la unidad y el trabajo que se realiza, han ido cambiando positivamente durante el desarrollo de las prácticas en la unidad.

Durante las prácticas, Carmen y Gustavo muestran pensamientos negativos hacia las conductas o posibles conductas de los enfermos mentales, pero a medida que iban evolucionando las prácticas estas cambiaron de forma positiva.

Flor, Gustavo y Ana narran que se encontraron una unidad y unos enfermos muy diferentes a lo que se imaginaban antes de llegar.

Me incomoda ver gente nueva, ya que al cabo de tres días que no vamos se dan altas e ingresos y me cuesta acostumbrarme a nuevos pacientes (...). Me he sentido casi como el primer día. (DPC, 6:180)

Gustavo nos explica que ayer dejó a un enfermo en el baño de la habitación, y cuando regresó no lo vio y lo primero que pensó es que se había fugado, pero no, cuando salió de la habitación estaba paseando por el pasillo. (OBG, 3:135)

Creía que me iba a encontrar una unidad con mucho ruido, con algún paciente gritando o agresivo, con algún loco diciendo cosas absurdas (...). Me he encontrado a personas tranquilas, sedadas, nada agresivas. Me ha impresionado mucho menos de lo que imaginaba. (DPF, 1:412)

(...) básicamente porque esperaba ver a esa persona con un aspecto algo más dejado, por así decirlo, a la vez que también me imaginaba el sitio diferente. (DPG, 3:157)

Pero para variar he jugado una partida de ajedrez (dos) con algún paciente y no me ha sorprendido nada el hecho de jugar con un enfermo mental, al contrario, he estado atento a las jugadas e incluso me han ganado dos partidas en menos de cinco minutos. (DPG, 3:170)

Gran parte de culpa la tienen el desconocimiento del enfermo mental y los estereotipos que se han creado en torno a él. (DPF, 1:464)

No. Puede haber casos puntuales de pacientes y momentos puntuales; pero en general ya te digo que no, que me pareció mucho más light en el sentido este, que yo me imaginaba que serían constantemente, de personas más agresivas (...). (EDA, 5:245)

Los prejuicios son definidos como las predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.

Pero los prejuicios, como actitudes negativas, afectan no solo a los pacientes psiquiátricos y a la enfermedad mental, sino también a los tratamientos psiquiátricos y a las personas que cuidan de estos, como plantea Goffman (1994).

La actitud que el alumno que va mostrando a lo largo de las prácticas en la unidad va unida a sus vivencias con las personas con enfermedad mental que están allí ingresadas, va evolucionando de forma muy positiva, apareciendo progresivamente prejuicios más positivos. Ayudan bastante las tareas y acciones de la profesión, ya que la enfermería debe alimentar, asear, medicar e interactuar con los enfermos, ya que forma parte de sus funciones diarias (Serafini, Pompili, Haghigat, Pucci, Patina, Lester, Angeletti, Tatarelli y Girardi, 2011).

Durante su paso por la unidad, el alumno ha utilizado los siguientes sentimientos y emociones: miedo, incertidumbre, desconfianza, inseguridad, incomodidad, temor y alerta. A medida que iban desarrollándose las prácticas, han ido desapareciendo. A Carmen le ha resultado más difícil ese cambio. El resto progresivamente ha ido

superando los prejuicios negativos y ha introducido sentimientos más positivos y confortables.

El miedo a lo desconocido (es la primera vez que estoy con enfermos psiquiátricos). (DPF, 1:395)

Incertidumbre. Sensación de no controlar la situación, de no saber qué hacer. (DPR, 4:180)

(...) te vas a hablar con el paciente; tienes el miedo ese de ir a hablar con una persona con problemas psiquiátricos, que no sabes cómo te va a responder, o no sé por dónde va a salir; y tienes el miedo de cómo va a responder. (EDR, 4:219)

Tenía un poco de desconfianza hacia él. (DPA, 5:192)

Inseguridad e incomodidad, porque no apartaba la mirada de mí. (DPC, 6:158)

Me he sentido muy insegura, más que en otras prácticas. Con respecto a los pacientes, me cuesta mucho dirigirme a ellos, no sé cómo hacerlo; me imponen. (DPC, 6:164)

Era una mezcla respeto y (...). Porque nunca había estado con personas así y tampoco sabía cómo me iban a tratar ellos ni nada. Y miedo por la respuesta que podían tener ellos, simplemente por ponerles el termómetro yo no sabía cómo me iban a reaccionar. Al principio, digo a ver, pero bueno. (EDC, 6:203)

Carmen me sigue comentando situaciones que ha vivido en prácticas, hechos que le crean inseguridad, con comentarios de temor, como cuando me llama para enseñarme el dibujo del enfermo (diablo...), buscando algún refuerzo a las situaciones que a ella no le gustaban. (OBC, 6:140)

...a no tenerles ese respeto con miedo; tenía un miedo terrible, y ahora los veo, no con cariño. (EDC, 6:235)

Miedo, muy poco, miedo quizá más al principio. (EDG, 3:239)

Al hablar con los enfermos, me costaba mucho, ya que no sabía qué decirles ni cómo dirigirme a ellos. Ahora creo que he perdido el miedo que tenía. Tengo que decir que con según qué enfermo todavía les tengo respeto, pero no miedo. (DPM, 2:251)

Cada día me siento menos insegura (depende con qué paciente). (DPC, 6:173)

Poco a poco fui bajando la alerta. (DPF, 1:383)

Ha ingresado con contención mecánica. No paraba de gritar. Al principio me he asustado, pero después he visto que lo único que hacía era pedir las cosas y comentar lo que nos decía, pero con un tono más alto de lo normal. Al final de la mañana he acabado riéndome con él, no lo podía evitar. Era una situación un poco cómica. Además me ha relajado el hecho de saber que no era peligroso. (DPF, 1:644)

Bueno, los primeros días, bueno, al final porque ya vas sola, vas cogiendo..., ya los conoces, ya sabes cómo tienes que comportarte (...). Al principio era ir juntas a todos lados, «No me dejes sola, que no sé cómo tengo que reaccionar ni nada». Y luego ya, bueno, te vas haciendo un poco de... (EDC, 6:202)

Me siento muy bien y sin miedo cuando hablo con los pacientes. (EDM, 2:314)

(...) ver que no hay que tener miedo a saber un poco más sobre ellos. (DPF, 1:527)

(...) acabar con los tabúes y los miedos que tengo ante ellos. (DPF, 1:375)

La discriminación o propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros, son la principal consecuencia negativa de los prejuicios.

La consecuencia es que los miembros del colectivo estereotipado son privados de sus derechos. En el caso de las personas con problemas de salud mental, esto se manifiesta en las dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, la limitación del ámbito social a otras personas de su mismo colectivo, las dificultades del acceso a los sistemas judicial y de salud, etc. La discriminación es un problema de comportamiento negativo de la población general,

malogrando la igualdad de oportunidades de la persona afectada, lo que puede conducirla a la exclusión social.

En nuestros alumnos partiremos de conductas discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental, como consecuencia de la representación imprecisa que hacen de la enfermedad mental (Cutcliffe y Hannigan, 2001). Las consecuencias de esa discriminación se muestran cuando los alumnos, a consecuencia del prejuicio negativo, se manifiestan por la evitación y marcando distancia ante el enfermo mental.

La evolución ha sido positiva por parte de todos, apareciendo acercamientos positivos con el enfermo mental, excepto en Carmen, que ha marcado las distancias en todo el periodo de prácticas.

No he dejado de pensar en toda la mañana en este pase de visitas. Desde entonces ya no miro igual a Luis, me da más miedo, intento guardar las distancias. (DPF, 1:428)

Si yo había visto algún enfermo más agresivo o de otro tono, como que me apartaba un poco más. (EDC, 6:224)

...sorprendido la distancia que he puesto por medio después de la entrevista. Ha sido inconsciente. Pero de pronto intento no estar demasiado tiempo con él ni vuelvo a tener conversaciones largas. (EDF, 1:616)

Carmen ha realizado control de la cena desde la puerta, apenas entra en el comedor. (OBC, 6:147)

Ha habido una contención mecánica, la cual me ha impactado al ser la primera que veo. No ha sido violenta, el paciente no estaba agitado, pero sí irónico y verbalmente intimidador, muy manipulador... No he vuelto a entrar a la habitación en toda la tarde, me causaba respeto. (DPC, 6:178)

Ya no me hace tanta cosa acercarme a ellos. (DPM, 2:268)

Creo que no puedes entender al enfermo mental si no estás cerca de él o si no te pasa a ti directamente. Y tal como está montada la sociedad es muy difícil convivir con el enfermo mental porque los tenemos apartados. (DPF, 1:646)

En el momento en que he sido consciente de ello, he vuelto a intentar acercarme, pero ahora es mucho más difícil. Conocer más al paciente nos puede ayudar, pero también nos dificulta el acercamiento, porque aparecen los estereotipos y los prejuicios. (DPF, 1:112)

Porque me chocó mucho cómo estaba la organización del centro, cómo estaba organizada la planta, era diferente. Me acuerdo el primer día, cuando tenía que salir, me tenían que abrir la puerta, la puerta cerrada, todo cerrado como si fuera una cárcel, y cuando te vas tienes que cerrar la puerta. (EDR, 4:199)

El análisis de estereotipos, prejuicios y discriminación da como resultado el estigma.

El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que el público en general tiene en relación a las personas que tienen una enfermedad mental o sus familiares, conduciendo a rechazar, a evitar y a temer a aquellos a quienes se percibe diferentes.

A pesar de que hay múltiples definiciones, podríamos entender que el estigma es como una marca o atributo que vincula una persona o a un colectivo con una serie de características o comportamientos, sean reales o ficticios, que se apartan de la norma y que, por lo tanto, son considerados como indeseables. Esta marca, este etiquetado, implica una separación entre *nosotros* y *ellos*. A su vez, esta separación implica que *ellos* son fundamentalmente diferentes a *nosotros*.

Seguidamente se muestra la evolución y el resultado final del estigma del alumno durante y después de sus prácticas, donde ha tenido contacto y vivencias con la salud mental y el enfermo mental.

La visión del psiquiátrico y del enfermo mental les ha cambiado a raíz de estar en la unidad, el aprendizaje práctico y el contacto con los enfermos han influido en el cambio. Narran su experiencia de una forma realista, así como los cambios que se han producido.

Sí, bueno, y antes, en cierta manera, pues también; porque mi madre ha sido depresiva y ha estado ingresada aquí y me daba mucha rabia cuando decían «el centro de los locos», porque (...). (EDA, 5:254)

Pero sólo he encontrado a pacientes, a personas. (DPF, 1:401)

(...) los tabúes que hay en la sociedad. De hecho yo los tenía hasta que he llegado al servicio, pero en menos de una semana ya ha desaparecido todo. (DPF, 1:462)

¡Es un planteamiento increíble! Me he quedado alucinada del razonamiento. Es totalmente lógico. Pero claro, desde fuera se ve como que él es el que tiene que hacer el esfuerzo porque es el diferente, no los demás. ¡Menuda lección que hoy me ha dado!. (DPF, 1:551)

(...) pero que son enfermos crónicos, que los tienen más o menos controlados con su problema y se les deja más libres en la planta donde están; es esto lo que me ha cambiado, porque el centro está adaptado a lo mental-psiquiátrico, y yo me esperaba todo como te dije. Era un poco exagerado, porque ves películas, por lo que te explican. Pero no sé, yo creo que lo hacen en las películas para meterte miedo, en la tensión y todo esto; pero es totalmente diferente, no sé cómo son los otros centros psiquiátricos, pero este lo he visto muy humanitario y muy social, más hospitalario, bien en general. (EDG, 3:207)

También hay que decir que me ha cambiado la manera de ver el psiquiátrico y los enfermos mentales, me imaginaba todo más oscuro, tétrico y misterioso. No me importaría trabajar aquí si me lo pidieran. (DPG, 3:200)

Yo tenía una idea totalmente equivocada de lo que era un psiquiátrico y de su funcionamiento. Gracias a estas prácticas he podido cambiar esa idea para bien. (EDR, 4:238)

Respecto a la idea que llevaba en un principio de cómo sería el centro psiquiátrico y como sería trabajar en él, he de decir que no es exactamente como esperaba. A nivel espacial y físico tampoco es tan diferente de la idea que yo llevaba, lo que más me descolocó es la dinámica de trabajo, no porque sea mala, todo lo contrario, sino porque yo tenía más en mente el tipo de psiquiátrico de película, con más desbarajuste, más situaciones límites, más jaleo..., que conllevaría una dinámica más acelerada o bien tener que improvisar en muchos momentos. Sin embargo he podido comprobar durante este mes que, aun tratándose de este tipo de enfermos, la dinámica es más o menos relajada y que hay bastante organización, por lo menos en el turno de tarde, que es en el que he estado. (DPA, 5:228)

Por suerte ha cambiado al cien por cien. Viendo las películas, de la manera que lo pintan y eso, pues (...), pero es totalmente diferente. (EDR, 4:215)

7.5. ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PERSONAL NO SANITARIO

Los profesionales de la salud también desarrollan actitudes estigmatizantes (Angell, Cooke y Kovac, 2005). Algunos autores consideran que las concepciones de la población en general y la de profesionales de la salud no difieren significativamente (Lauber, 2008; y Nordt, Rössler y Lauber, 2006).

Los profesionales de la salud tienden a ver a las personas que viven con problemas de salud mental como propensas a la violencia (Dixon, Roberts, Lawrie, Jones y Humphreys, 2008), a manifestar un mayor distanciamiento social (Nordt, Rössler y Lauber, 2006) y a dudar sobre su adaptación social y la efectividad de su tratamiento (Paksoy Erbaydar y Cilingiroglu, 2010).

Los psiquiatras manifiestan conocimientos y opiniones significativamente más positivas que los de los enfermeros, la población general e incluso familiares (funcionamiento social de personas con enfermedad mental o a su peligrosidad). Son frecuentes las actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y a las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental (Kingdon, Sharma y Hart, 2004, y Browne, 2010). Otros autores añaden la mayor dificultad para informar a las personas con esquizofrenia y a sus familiares del diagnóstico, su impredecibilidad, o la sensación de incomodidad ante personas con enfermedad mental (Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía, 1988; Kingdon et al., 2004; Lauber, Anthony, Adjacic-Gross y Rössler, 2004; Üçock, Polat, Sartorius, Perkoç y Atakli, 2004).

En los comentarios de los profesionales psiquiatras y psicólogos se puede ver que sus relaciones con los enfermos, ya sea por su personalidad o carácter, resultan difíciles, así como la creencia de sus posibilidades de recuperación, no se consideran ya que el enfermo es malo o machista. Además, existe la falta de respeto en las interrupciones en las visitas, no se tiene consideración ni respecto a los enfermos mentales.

(...) diciendo que le da igual lo que le asigne. Pero al nombrar un paciente, una psicóloga realiza un movimiento con la cabeza al jefe de servicio, a modo de indicación para que se lo asigne. Posteriormente me comentan que el paciente es un reingreso y algo problemático en las relaciones. (OBF, 1:366)

(...) varios comentarios, entre ellos el de la psiquiatra, refiriendo que tenía poco clara su patología psiquiatra, otros con respecto a que volvería a ingresar en poco tiempo. (OBF, 1:352)

La psiquiatra comenta que el paciente es «malo», que aunque se estabilice su trastorno bipolar, él sigue siendo «malo» y seguirá actuando de esta forma. (DPF, 1:601)

Durante la visita, entra como tres veces la psicóloga para consultarle o referirle cómo va la situación del traslado, interrumpiendo la entrevista, sin ningún comentario por parte de la psiquiatra. (OBR, 4:151)

Cuando acaba la visita y el enfermo sale del despacho, la psiquiatra comenta «Además de su patología es un machista», en un tono algo despectivo, insinuando que no todo está justificado por la patología. (OBR, 4:165)

Según todos estos datos, parece ser que, en general, los profesionales de la enfermería, al igual que otros profesionales sanitarios, también desarrollan actitudes estigmatizantes (Angell, Cooke y Kovac, 2005).

Algunos estudios demuestran que los encuentros de los usuarios con los profesionales de salud mental son recordados por estos como una de las experiencias más estigmatizantes y angustiantes (Bates y Stickley, 2012).

Mauleón (1993), cuando estudió las actitudes de enfermería en un centro psiquiátrico, extrajo las siguientes conclusiones: que las actitudes aparentemente proteccionistas cubren un rechazo social muy arraigado en la comunidad, reflejándose en las opiniones de las enfermeras, y que debe destacarse el hecho de que los profesionales más cualificados muestran las actitudes más favorables. En este punto coincide con Burjalés y Prats (1997), a raíz de su estudio sobre las actitudes en dos grupos de enfermeros, generalistas y especialistas en salud mental, en el que constataron actitudes más

positivas hacia el enfermo mental en los segundos, y una tendencia al rechazo del enfermo mental por parte de los generalistas. Concluyeron que probablemente un mayor conocimiento del paciente mental, al ofrecer una mayor seguridad y confianza al enfermero responsable del cuidado, mejoraría significativamente la actitud comportamental y afectiva (Burjalés y Prats, 1997).

Los profesionales de enfermería muestran comentarios prejuiciosos, conllevando a conductas discriminatorias de distancia, cuando refieren que hay que tener cuidado con ciertos enfermos mentales. Además, en su papel docente transmiten esos prejuicios a los alumnos.

Maite refiere que Alberto le dio y le da miedo, por la mirada. A lo que Sebastián (enfermero) comenta que no hay que fiarse de este enfermo. (OBM, 2:220)

Al principio también me costaba acercarme a ellos, más que todo por comentarios que hacían algunos profesionales. «Vigila o tendrás un susto (...)». (DPM, 2:257)

Esta mañana ha ingresado un psicópata. Todo el personal ya lo conocía. Me han dicho que guardara las distancias, que era muy agresivo, que estuviera alerta. Me he mantenido todo lo alejada que he podido, pero tampoco ha habido ningún problema. (DPF, 1:472)

(...) comenta Maite, por eso Carlota ayer me dijo que ella veía mejor a los pacientes desde detrás del control. (OBM, 2:215)

También creo que no sólo los estudiantes sienten respecto a este tipo de enfermos sino que algún profesional también, por algún comentario que han hecho. (DPM, 2265)

Los profesionales celadores, que son parte del personal sanitario, son todos hombres en Psiquiatría. La institución los considera la parte esencial en la seguridad en la unidad. También dudan de la curación de los pacientes y marcan los prejuicios de agresividad de los enfermos mentales, y por lo tanto hay que marcarles las distancias en las relaciones, así como quién sustenta el poder.

En este momento suena el timbre de la puerta. Son una señora y un joven. Se les abre y entran. Vienen a ver al esposo y padre, respectivamente. El joven y el celador se saludan chocándose la mano, con un gesto por parte del joven de resignación, a lo que el celador comenta «Aquí los arreglamos y después, a casa», sin entrar en más detalles. (OBM, 2:210)

Cuando entran en el comedor, donde se encontraba el enfermo, es cuando el celador nos comenta que se conocen, ya que habían estudiado juntos; a lo que añade, enlazándolo con la conversación anterior: «Procuro separar bastante los dos tipos de relaciones, conocido o amigo y profesional, ya que el tema psiquiátrico es muy delicado». (OBM, 2:211)

En aquel momento, se acerca un enfermo pidiendo llamar por teléfono a su familia, a lo que el celador, y en tono firme, e incluso autoritario, responde, «No, ni tú ni nadie puede llamar», girándose hacia Maite. Y le comenta que hay que dejar las cosas claras, no dar contestaciones que se presten a que entiendan otras cosas. «Porque los ves muy tranquilos, pero los problemas que hemos tenido... Bueno, ya lo has visto en la prensa (en la prensa local había salido un reportaje de que habían sufrido agresiones por parte de enfermos). Aquí los ves muy tranquilos, pero hay que tener ojos en la nuca». (OBM, 2:213)

Más aun, en profesionales en adiestramiento, estas creencias y actitudes se van fortaleciendo y aumentando a medida que avanzan en su adiestramiento formal (Paksoy Erbaydar y Cilingiroglu, 2010). En función de esta evidencia, algunos autores plantean que es un error asumir que los profesionales de la salud mental generalmente tienen actitudes más positivas hacia las personas que sufren problemas de salud mental (Nordt, Rössler y Lauber, 2006).

En la dinámica de la unidad también participan otros trabajadores que dan servicio, el personal de limpieza y de hostelería. Los primeros ya no tienen ningún problema, ya que ya llevan muchos años en contacto con el enfermo mental. Pero para los de hostelería, su contacto es mínimo, ya que solo traen y recogen los carros del desayuno, de la comida, de la merienda y de la cena.

Las manifestaciones del estigma son básicamente las mismas que tiene la población en general, las cuales se han desarrollado y mantenido con actitudes y creencias usualmente basadas en el miedo y la falta de información acerca de las condiciones de la salud mental (Hinshaw, 2007; Overton y Medina, 2008; Wesselman y Graziano, 2010).

Sin embargo, una de las percepciones más prevalentes acerca de las personas que viven con problemas de salud mental es el verlas como personas peligrosas y violentas (Link et al., 1999).

Pero veo que en el control, que recuerdo que es un espacio abierto, se encuentran dos señoras que con un tono autoritario y seguro están hablando con una enfermera sobre pacientes. Posteriormente me informan que son la jueza y su secretaria. Es una situación donde los enfermos están constantemente pasando al lado de ellas o encendiéndose los cigarrillos, y recordamos que está el encendedor en el mostrador del control. (OBF, 1:251)

Tocan el timbre de la puerta lateral. Se abre, son las cenas. Llegan en un carro, arrastrado por una señora del servicio de hostelería. Carlota comenta que ellas tienen llave. Al preguntar por qué no la usan, me dice: «Porque tienen miedo, ya que alguna vez los enfermos les han pegado algún susto». Y añade que algún enfermo había utilizado ese momento para escaparse. (OBG, 3:139)

7.6. VALORACIÓN DEL ALUMNO DE SUS PRÁCTICAS EN LA UNIDAD DE AGUDO

Durante las prácticas el alumno tiene unas vivencias irrepetibles e inolvidables que van a configurar la adquisición de valores y actitudes de su propia identidad personal y competencia profesional, donde se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje que para cada estudiante es individual y único.

Pero además, como señalan Goleman (1995) y Extremera y Fernández-Berrocal (2005), se desarrolla la inteligencia emocional, que es tan importante como la inteligencia académica, que hemos observado que hace que vean la vida de otra manera y tengan una forma distinta de verse como personas.

Tener unas prácticas satisfactorias es importante en el proceso de aprendizaje. Los elementos que influyen a estas son: la acogida en la unidad, estar por el alumno, resolver dudas, crear un ambiente de inclusión y romper las barreras de prejuicios.

Para ello es importante la comunicación interrelacional, que supone un control emocional con ellos y con los demás, aportándoles crecimiento personal, adquiriéndose valores y comportamientos necesarios para asumir el rol profesional que resolverá los problemas relacionales con los enfermos.

Cuando el alumno valora su estancia en la unidad, lo realiza inevitablemente en comparación con sus prácticas anteriores, con las experiencias vividas con profesionales y enfermos. Se manifiestan desde el punto de vista personal y como alumno.

Flor narra el trato personalizado de los profesionales asistenciales de la unidad cuando nos explica el tipo de acogida que ha recibido y que rápidamente pasó a ser ella y no «la estudiante», creándosele conciencia de estudiante-profesional integrada con el equipo de profesionales y con los enfermos.

El aprendizaje ha sido intenso y provechoso, aunque lo centra sobre todo en la comunicación y relación con el enfermo y en las decisiones de acción rápidas que en ocasiones hay que tomar. Señala que a raíz de su paso por la unidad se reafirma en el estilo, forma y tiempo de dedicación a la relación con los enfermos, reivindicando su personalidad y autonomía y el modo de hacer al respecto.

El periodo de tiempo de estas prácticas señala que es corto (un mes), comparándolas con el total de prácticas de la titulación. Con respecto a la unidad, considera que es la mejor para ver y aprender recursos para la actuación enfermera.

Las resume como positivas y mejores por el personal asistencial, con sentimientos de pérdida cuando las finalizó.

Es el primer periodo de prácticas de toda la carrera en que en el primer día me explican cómo funciona el servicio, dónde está el material, cómo se organiza el trabajo (...). En los otros periodos iba descubriendo todo sobre la marcha. Además, al final de la mañana

todo el mundo sabía cómo me llamaba (en el periodo anterior, el último día de prácticas aún era «la estudiante»), y no han dejado de preguntarme a cada minuto cómo me encontraba y qué tal iba todo. (DPF, 1:398)

Ya lo he ido repitiendo en todo el diario, pero son las prácticas en las que he aprendido más cosas y en las que he estado mejor, tanto en la integración con el equipo como con los pacientes. (DPF, 1:391)

Hasta ahora me he contenido de perder el tiempo (como alguna me ha dicho, «No pierdas el tiempo, que tenemos mucha faena»), pero ahora me niego a hacerlo. Es mi forma de trabajar y punto. Me empieza a dar igual la nota. Si no puedo realizar mi trabajo tal y como soy, no tiene sentido. Me es igual que alguien piense que estoy perdiendo el tiempo. No es incompatible realizar bien tu trabajo y conocer un poco más al paciente. Creo que escuchando un poco más al paciente se pueden llegar a descubrir cosas que hacen que tus cuidados sean más efectivos. (DPF, 1:524)

Sí. A veces las decisiones las tienes que tomar al momento, no puedes ir a preguntar si tienes que hacer una cura con esto o no. (EDF, 1:654)

En la escuela sí, pero luego llegas a las prácticas y no, te dicen que no te impliques, que no preguntes (...). He tenido que hacer esfuerzos para no hacerlo, porque me decían que no lo hiciera. A ver, yo tengo muy claro lo que me afecta y lo que no me afecta, y hay veces que te afecta más y te vas a casa, pero sales de las prácticas o de trabajar y puedo desconectar perfectamente, no voy a llegar a un punto de esa relación que me afecte; ya decidiré yo hasta qué punto me implico, por qué me tiene que venir nadie desde fuera... Ya te digo, haré lo que me dé la gana, porque soy yo, porque antes que enfermera soy una persona, tengo un carácter y una forma de ser, eso ante todo. (EDF, 1:561)

Al acabar el mes en agudos y reflexionando sobre los tres años, puedo decir que es el mejor mes de prácticas que he tenido (ojalá me hubiera podido quedar más). Las técnicas casi no las he visto, pero la calidad de las personas, el trabajo en equipo, la integración del alumno en este y la relación que hay con el paciente..., no lo he encontrado en ninguna otra unidad. (EDF, 1:622)

Hasta ahora me he contenido de perder el tiempo (como alguna me ha dicho, «No pierdas el tiempo, que tenemos mucha faena»), pero ahora me niego a hacerlo. Es mi forma de trabajar y punto. Me empieza a dar igual la nota. Si no puedo realizar mi

trabajo tal y como soy, no tiene sentido. Me es igual que alguien piense que estoy perdiendo el tiempo. No es incompatible realizar bien tu trabajo y conocer un poco más al paciente. Creo que escuchando un poco más al paciente se pueden llegar a descubrir cosas que hacen que tus cuidados sean más efectivos. (DPF, 1:524)

Son las prácticas que, hasta ahora, más me han gustado, con las que más estoy disfrutando, y en las que siento que estoy aprendiendo más. (DPF, 1:474)

Con Luisa hemos estado hablando del poco tiempo que pasamos los estudiantes en psiquiatría. Dependiendo del periodo en el que estés puedes ver más o menos cosas, pero cuanto más tiempo estuviéramos, más posibilidades de ver cosas y eso, a su vez, a tener más recursos. Además, la unidad más interesante es la de agudos. Los que tenemos la suerte de pasar por aquí aún podemos decir que hemos podido ver si nos gusta o no la psiquiatría, pero hay unidades por las que se pasa en que no ven casi nada. Si para somáticos hacemos nueve meses de prácticas en toda la carrera y al salir nos da la sensación de no tener ni idea, imagínate solo en un mes. (DPF, 1:533)

Después de tantos meses de prácticas y en la recta final de la carrera, se me empieza a hacer un poco pesado hacer tantas horas de prácticas. Hasta hace muy poco, cuando comentábamos con las compañeras cómo eran las unidades, las valorábamos según cuántas técnicas habíamos hecho: «Ya verás, aquí estarás genial, te pasarás el día poniendo vías y sondas, te dejarán hacer todo» o «Aquí fatal, no te dejarán hacer nada». Pero las técnicas, más tarde o más temprano, las vas haciendo. Es ahora cuando te das cuenta de que lo verdaderamente importante en las prácticas no es dónde te toque (que también influye), si no con quién te toque. (EDF, 1:621)

Es la primera vez que tal y como salgo por la puerta me he puesto a llorar de felicidad por lo bien que he estado y todo lo que he aprendido y de pena porque no quiero irme. (DPF, 1:653)

Maite considera que este periodo de prácticas le ha hecho cambiar el concepto del enfermo mental y disminuir el sentimiento de miedo que tenía al iniciarlas. Además ha tenido la oportunidad de aprender patología y recursos para relacionarse con los enfermos.

Pero considera que la duración de estas prácticas es corta para lo que hay que aprender.

Ahora lo que pienso es que cuando veo a una persona con enfermedad mental, que los entiendo mejor, no los trato de locos y no les tengo tanto miedo. Siempre existe la excepción. Creo que de alguna manera también me han hecho madurar, en el sentido de que no se puede juzgar a una persona. A veces hacen algo malo, pero es lo que ellos en ese momento tenían que hacer, ya sea porque se lo decía alguien o... Me ha gustado mucho y me ha ayudado a entender patologías. (DPM, 2:327)

Me ha gustado mucho estar en esta unidad. Creo que si hubiera estado en subagudos no hubiera aprendido tanto y no me hubiera podido relacionar tanto con los pacientes. Creo que no hemos tenido suficiente tiempo para poder asimilar las patologías y para saber o intentar realizar contención verbal (que ahora ya me salía mejor). La estancia en esta unidad me ha parecido muy corta, me ha pasado el tiempo muy rápido, y no me ha sido pesado pasarme aquí todas las tardes. También pienso que debería haber pasado unos días de mañana y otros días de tarde, ya que los de la tarde nos hemos perdido las entrevistas que tenían con los familiares y con los propios pacientes; creo que esto es importante para ver la evolución de los mismos. Por la tarde está muy bien, ya que puedes pasar ratos con ellas y son ellos los que te explican, que muchas veces es lo que quieren. (EDM, 2:326)

Creo que deberíamos estar más tiempo, ya que prácticamente no da tiempo a aprender lo que tú quieres, un mes no da para aprender qué es la psiquiatría. (EDM, 2:324)

Gustavo valora como importante el aprendizaje recibido en el manejar las intenciones, que llama actitudes, de los enfermos, ya que a nivel teórico considera que no se enseña. Pero su estancia en la unidad ha sido positiva y remarca la buena relación con el personal asistencial.

Yo creo que por falta de experiencia, por un lado, porque evidentemente empiezo y lo veo todo de golpe; y, bueno, lo de prepararse, no sé si se prepara mucho al personal enfermero y médico en cuanto a temas de cómo tratar estos casos; yo no he recibido preparación así de saber comunicarte en momentos difíciles; a ver, recuerdo que en la asignatura de Psicosociales se nos explicó un poco más, en temas de enfermos terminales en cómo tratar la situación si llegan a un punto... Pero de enfermos mentales, nada..., no nos han explicado nada. (EDG, 3:233)

Creo que la capacidad de discriminar las actitudes buenas de las malas dentro de este grupo de pacientes (incumplimiento general de normas, manipulación, intimidación, evitar el exceso de confianza...). Además de las técnicas de enfermería para situaciones concretas. (DPG, 3:203)

Me he encontrado a gusto y no me importaría trabajar en la unidad. Sobre todo me ha gustado el buen trato con el personal. (DPG, 3:202)

A Rocío, su paso por la unidad le ha resultado sorprendente con respecto a lo que se esperaba, pero no le ha sido indiferente. Valora que las prácticas han sido enriquecedoras y que ha aprendido. Aunque reconoce que incluso se lo ha pasado bien, no piensa que su futuro profesional sea la psiquiatría. Está contenta de llegar al final de las prácticas.

Mi paso por la Unidad de Psiquiatría me ha sorprendido, no me ha dejado indiferente, aunque creo que mi futuro está en el quirófano (eso creo, aunque nunca se sabe). (EDR, 4:241)

Último día de prácticas. Ha llegado el fin. La verdad es que se me han hecho cortas. No me han dejado indiferente y creo que han sido enriquecedoras. (DPR, 4:196)

Me lo he pasado muy bien. He aprendido muchas cosas. (DPR, 4:197)

Aunque cuando Ana tuvo que iniciar sus prácticas en la Unidad Psiquiátrica estaba inquieta y nerviosa ante el contacto con el enfermo mental, lo vive como una gran oportunidad para conocer el área de psiquiatría.

Considera que el aprendizaje ha sido amplio, que ha ido desde patologías psiquiátricas hasta medicación específica y recursos para desarrollar las relaciones con los enfermos. Se ha sentido muy bien acogida por los profesionales asistenciales y le han facilitado el proceso de aprendizaje durante sus prácticas, resolviéndole dudas y aportándole conocimientos.

Resume su estancia como buena añadiendo, que no descartaría realizar la especialidad cuando acabe la carrera.

No solo puedo sacar un balance positivo respecto al paciente y a la situación que he expuesto, sino que en general estoy bastante contenta de cómo me ha ido todo durante este periodo de prácticas. Tengo que reconocer que al principio, cuando todavía no había comenzado el periodo e incluso durante los primeros días, estaba un poco nerviosa por ver cómo sería todo y más que nada por tener que tratar con este tipo de pacientes, ya que para mí, como supongo que para la mayoría de compañeros y compañeras, era un primer contacto y no sabía cómo reaccionaría, aunque por otro lado también tenía aquel nerviosismo de ganas de empezar, porque aun así sabía que acabaría siendo una buena experiencia y por lo menos una oportunidad para conocer también un poco este mundo. (EDA, 5:278)

Durante este periodo de prácticas quiero comentar que me he sentido a gusto en todo momento, aunque en algunas situaciones en referencia a los pacientes me haya podido sentir un poco desbordada o sin saber cómo actuar, pero esto sucedía más que nada al principio, ya que, como he comentado con anterioridad, a medida que han ido avanzando los días me ido desarrollando bien y he sido capaz de más o menos salir adelante en cualquier situación que pudiera ocurrir. (DPA, 5:227)

Muy bien, muy bien, muy bien; me gustó tanto el ambiente como el tipo de paciente, como el horario, porque yo siempre había ido de mañana y era el primer mes que iba de tarde, y lo noté un montón. Supongo que también estaba más receptiva, porque por la mañana te levantas un poco más tarde y vas más a tu rollo, y luego por la tarde solo te dedicabas a eso. Los otros meses iba a prácticas por la mañana. Llegaba a casa, comía y me iba a trabajar. Claro, ese mes me lo tomé más light; y genial, muy bien. El tipo de paciente estaba mejor de lo que yo me esperaba. Bueno, ya expliqué al principio que me creía que era todo como un desbarajuste con más lío, sin embargo podías mantener conversaciones normales. Bueno, a veces no. Sí que me he encontrado con alguna situación un poco fuerte, pero bueno, en general, bien. (EDA, 5:234)

A los pacientes los acabas conociendo a todos, porque el que menos o el que más está dos semanas. E incluso estaban todo el mes y para días tenían. Acababas haciéndoles un trato diferente, sabes cómo es cada persona, sabes que si te dice algo a lo mejor a eso no le tienes que contestar o sabes lo que le tienes que contestar, cómo reaccionará, esas cosas; pero en una planta no. (EDA, 5:242)

Finalmente así ha sido, una buena experiencia en la que he tratado con varios pacientes de diferentes patologías psiquiátricas (trastornos de la personalidad, trastornos

bipolares, demencias, depresiones, trastorno psicótico, esquizofrenias...) y he podido comprobar, de primera mano, todo lo que estudiamos en su momento de manera teórica. También he aprendido nueva medicación de tipo psiquiátrico que en los otros periodos de prácticas no he podido ver, así como el Distraneurine, el Plenur, el Seroquel, el Antabús, el Tranxilium, el Stilnox, entre muchos otros. (EDA, 5:279)

A nivel más personal me llevo también muchas cosas buenas, he aprendido más o menos a tratar con este tipo de paciente, a entender mejor lo que les pasa, cómo lo ven ellos (ya que muchas veces te hablan propiamente de su enfermedad), y en cierto modo también me ha ayudado a ser un poco más fuerte emocionalmente, ya que a veces ves situaciones que te impactan, pero que a medida que ves más, las entiendes mejor y poco a poco hace que las encajes mejor. Por ejemplo, alguna contención mecánica que ha sido bastante impresionante o el caso de gente bastante joven o el de personas con retraso mental. (EDA, 5:280)

En cuanto a la relación con el personal de la unidad, tengo que decir que han conseguido que siempre me encontrara cómoda y desde el principio he tenido una buena acogida por su parte, me han enseñado cosas nuevas y me han prestado su ayuda frente a cualquier duda o problema. Así que como se puede comprobar este periodo de prácticas me ha aportado muchas cosas positivas y beneficiosas a pesar de que haya podido haber alguna situación o momento difícil o diferente de los que había vivido hasta entonces. (EDA, 5:281)

(...) Respecto a la idea que llevaba en un principio de cómo sería el centro psiquiátrico y como sería trabajar en él, he de decir que no es exactamente como esperaba. A nivel espacial y físico tampoco es tan diferente de la idea que yo llevaba, lo que más me descolocó es la dinámica de trabajo, no porque sea mala, todo lo contrario, sino porque yo tenía más en mente el tipo de psiquiátrico de película, con más desbarajuste, más situaciones límites, más jaleo..., que conllevaría una dinámica más acelerada o bien tener que improvisar en muchos momentos. Sin embargo he podido comprobar durante este mes que, aun tratándose de este tipo de enfermos, la dinámica es más o menos relajada y que hay bastante organización (por lo menos en el turno de tarde, que es en el que he estado). (DPA, 5:226)

Por lo general han sido unas prácticas que me han gustado más de lo que creía y en las que me he dado cuenta de que la especialidad de enfermería psiquiátrica es una

especialidad que no descartaría hacer, ya que la experiencia en la unidad ha hecho que me guste trabajar con este tipo de enfermos. (DPA, 5:229)

La experiencia de Carmen en la unidad ha sido positiva, pero le ha sido complicado adaptarse, ya que le ha costado bastante entender al enfermo mental. Hay que decir que lo ha intentado. Es por ello que nos cuenta que ha aprendido medicación y observar a los enfermos, pero en lo que se refiere a relacionarse con ellos no lo ha conseguido.

El miedo hacia los enfermos mentales no le ha dejado aprovechar más las prácticas, protegiéndose en su compañera de prácticas y en los profesionales. Pero refiere que ha sido una experiencia positiva. Lo podemos resumir en su expresión el último día de prácticas.

La estancia ha sido positiva, más de lo que me esperaba, pensaba que no me iba a gustar estar allí y así era al principio, pero después me acostumbré a la dinámica y me gustaba estar entre ellos, me lo he pasado muy bien observándoles e intentando entenderles, aunque no siempre lo conseguía. He aprendido mucho de medicación, de observación al paciente, de hablar con ellos (cosa que me daba mucho miedo), de las relaciones que existen entre enfermera y paciente psiquiátrico (cómo ellos confían mucho en la enfermera). (DPC, 6:196)

La experiencia, para mí, muy positiva, me gustó mucho, al final me gustó mucho. (EDC, 6:199)

Lo hubiese pasado mucho peor, muchísimo peor; bueno, igual no hubiera ido con ganas, pero la verdad es que estar con alguien ha ayudado mucho. (EDC, 6:201)

Me gustó mucho, no me lo imaginaba así. (EDC, 6:246)

«Hay ganas», refiriéndose al último día. (OBC, 6:152)

Hoy ha sido el último día y a la hora de irme me ha dado pena porque me ha costado más que en otras prácticas adaptarme, no por el personal sanitario, sino por los pacientes. (DPC, 6:195)

SEXTA PARTE

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

Las conclusiones de los estudios cualitativos deben superar la mera descripción para generar una interpretación y articulación teórica. Por esto mismo el trabajo interpretativo orientado a establecer la significación de un estudio o unos datos exige ciertos grados de audacia, lo que ha producido que muchos informes producto de investigaciones cualitativas se queden en la mera descripción más o menos densa de la realidad que han estudiado (Medina, 2005). En las conclusiones que a continuación se presentan he intentado ir más allá de la mera descripción de las vivencias y significados del estigma al enfermo mental y la influencia del aprendizaje en las prácticas que tiene para sus protagonistas, poniendo en contacto esa perspectiva con los saberes teóricos y/o empíricamente fundados disponibles.

Además, la profusión y riqueza de detalles descriptivos no son suficientes para garantizar la validez de un informe de investigación cualitativa, sino que será la combinación o fusión de esa riqueza descriptiva con la perspectiva de interpretación del investigador lo que haga válidas las conclusiones de un estudio interpretativo (Erickson, 1989).

Después de analizar las opiniones de los alumnos, se abordan las conclusiones en relación a la finalidad propuesta en la investigación, describiendo los siguientes aspectos:

- estigma personal de los estudiantes antes de iniciar las prácticas;
- prácticas académicas en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría: acogida, relaciones con profesionales asistenciales y con el tutor;
- aprendizaje en las prácticas: aprendizaje práctico y diario de prácticas;
- estigma de los estudiantes durante y después de las prácticas;
- estigma de los profesionales y personal no sanitario; y
- valoración de los estudiantes de sus prácticas.

A continuación expondré las principales conclusiones en torno a estos aspectos.

8.1. ESTIGMA DE LOS ESTUDIANTES ANTES DE INICIAR LAS PRÁCTICAS

Para poder concluir sobre el estigma de los estudiantes antes de iniciar las prácticas en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, se ha realizado el análisis previo de las opiniones de los estudiantes sobre el enfermo mental, las experiencias previas y las expectativas hacia las prácticas, así como sobre temas esenciales en psiquiatría.

Opiniones previas de los estudiantes sobre el enfermo mental, experiencias previas y expectativas hacia las prácticas de los estudiantes

Antes de iniciar el periodo de prácticas en el Servicio de Psiquiatría, el alumno pasa por un estado de inquietud e incluso nerviosismo, no solo por el hecho de ir a una unidad nueva, sino que además deben enfrentarse a sus estereotipos, prejuicios, discriminación, e incluso al estigma sobre lo que significa y lo que es la salud mental. Por lo que entran un terreno desconocido, incierto y complejo para ellos, en el que se arriesgan a perder el sentido de su competencia, su control y su propia confianza (Schön, 1992), lo que los sitúa en un estado de vulnerabilidad.

La opinión y creencias estereotipadas que tienen sobre el enfermo mental giran en torno a que lo identifican con peligrosidad y agresividad e intentan justificarlo con que está enfermo, por el diagnóstico severo de esquizofrenia e incluso por la falta de voluntad del enfermo por curarse. Así, se les crean unos sentimientos prejuiciosos de miedo, temor y desconfianza, con reacciones discriminatorias, marcando distancia con ellos. Etiquetando a estos enfermos como personas/enfermos diferentes.

Esta realidad se explica por desconocimiento social y propio sobre la psiquiatría, sobre todo por la desinformación sobre el enfermo mental, sus tratamientos y los mensajes de los medios de comunicación, que hacen que se tenga una visión distorsionada.

Ante la formación previa de la parte teórica, reconocen que hay cierto cambio a sus ideas iniciales, aunque otros crearon una resistencia a la formación previa y opinan que es escasa.

Se prioriza el contacto relacional con los enfermos mentales como esencial para los profesionales de enfermería, pero les preocupan esas relaciones por sus prejuicios y por la falta de formación.

Creer en la existencia de los prejuicios sociales y el estigma de diagnóstico, y en la influencia del grupo en los individuos.

El contacto y las experiencias previas con el enfermo mental, ya sean personales o con familiares con problemas de salud mental o por situaciones vividas durante sus periodos de prácticas anteriores, proporcionan información informal sobre los enfermos y perciben las reacciones de los profesionales asistenciales ante la enfermedad mental. Estas circunstancias pueden influir en una actitud más positiva ante los enfermos mentales, como señalaron Angermeyer y Matschinger (1996), Link y Callen (1986) y Penn et al. (1994), cuando destacaron que consideraban peligroso a un paciente psiquiátrico las personas que no habían conocido a ninguno, y que estimaban importante mantenerlo alejado del trato social. Pero no es tan claro ese resultado. Otros autores, como Perris y Kemali (1985), señalan actitudes negativas hacia el enfermo psiquiátrico, incluso después de haber vivido en el mismo vecindario.

El alumno, ante su inminente inicio de las prácticas en Psiquiatría, vive un proceso de inquietud, inseguridad y estrés, donde piensa sobre la unidad, el enfermo, sus capacidades..., y se le crea un estado anímico de nerviosismo y de temor, pero también motivador.

Las expectativas de los alumnos o lo que esperaban encontrarse al llegar a la unidad pueden ser variados. Sobre la unidad, creen que se encontrarán un lugar desordenado, oscuro y/o iluminado, aislado (con rejas en las ventanas como sistema de seguridad), y a los enfermos los esperan diferentes, como habían visto en las películas.

Tenían claro que las técnicas y procedimientos de enfermería serían diferentes, pero les preocupaban mucho las relaciones con los enfermos y no saberles tratar ni dar respuestas, pero sobre todo no mantener el control de las situaciones con ellos.

A todo ellos se les creaban sentimientos de impotencia, incertidumbre e incluso miedo ante lo desconocido. Hay que tener en cuenta que son estudiantes en formación y que aún no han adquirido los conocimientos, habilidades y la seguridad suficientes para la prestación de cuidados, como señalaron Moya et al. (2013).

Opinión sobre temas esenciales en psiquiatría

Aquí vemos las opiniones de los estudiantes antes de empezar las prácticas psiquiátricas sobre ciertos temas, como causas de la enfermedad mental, derechos civiles y sociales del enfermo, tratamientos y procedimientos aplicados al enfermo mental, importancia de la familia en la reinserción o reclusión en las instituciones psiquiátricas.

La opinión del alumno sobre las causas de la enfermedad mental es muy variada, desde la personalidad individual de la persona, la falta de recursos psíquicos, los estilos de vida, el factor hereditario o la influencia familiar (experiencias en la niñez), coincidiendo con los estudios de diferentes autores, como el de Goerg et al. (1999), que plantea las causas a los problemas psicológicos, el de Hillert (1999), que plantea las dificultades vitales, el de Herzlich (1969), que lo justifica por el estilo de vida, y el de Angermeyer (1999), que se fundamenta en el proceso de socialización del niño.

En cuanto a los derechos civiles y sociales tan tratados a nivel social, los alumnos también tienen su opinión, aunque les crea conflicto personal el plantearlos, ya que sus respuestas las viven como si fueran poco solidarios.

Sus opiniones sobre el derecho al voto del enfermo son en algunos que sí tienen derecho al voto, otros plantean que no saben si sus pensamientos son coherentes, y otros no quieren opinar, dejando ese derecho al dictamen de los profesionales.

Con respecto al derecho al divorcio de las parejas de los enfermos mentales por ese motivo, las opiniones son variadas, desde que no es justificado y apelan a una idea romántica del amor, hasta que depende del diagnóstico, ya que no es lo mismo que se tenga depresión que esquizofrenia. Hay ideas parecidas con las opiniones sobre el matrimonio con enfermos mentales. Atribuyen una importancia primordial a los significados sociales que ellos otorgan al mundo que les rodea (Horton Coiley, 1922).

Sobre la inserción social, los estudiantes siguen en la misma línea, plantean que depende del diagnóstico. Y que socialmente en el mundo empresarial no está normalizado el emplear a un enfermo mental. Pero ellos señalan que si tuvieran que emplearle lo harían pero con vigilancia, por lo que está presente la desconfianza.

Por lo que en estas opiniones de los estudiantes sobre la causa, derechos y reinserción se da el fenómeno conocido como «distancia social» o rechazo, por lo que no los aceptan como amigos, vecinos, empleados, maridos, esposas, nueras o yernos, no les gustaría que fueran a la escuela con sus hijos, etc. Y como señalan Gofman (1993), Corrigan et al. (2003) y Andermeyer (2005), restringe derechos y oportunidades, ya que funciona como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda de los enfermos mentales.

Esta valoración negativa se puede explicar, como también señala el estudio de Eurobarómetro de la Unión Europea (2003), como consecuencia de la ignorancia sobre la enfermedad mental, el prejuicio ante estas personas (miedo, ansiedad y rechazo) y la discriminación en los aspectos de la vida familiar, personal y laboral.

Sobre los tratamientos que se utilizan en psiquiatría, fármacos y/o psicoterapias, sus opiniones son más positivas hacia la psicoterapia, pero también opinan que el uso de fármacos en ocasiones es necesario.

En relación a la terapia electroconvulsionante (TEC), algunos alumnos consideran que es una terapia de tortura o de castigo. Esta opinión viene dada porque durante la parte teórica vieron la película *Alguien voló sobre el nido del cuco*, siendo la única imagen que tienen. Pero otros dudan sobre los efectos secundarios negativos y los efectos positivos de la terapia. Por lo que se convierte, como señalan Coleman et al. (1996), en una desgracia en psiquiatría y para los profesionales en general, aunque está demostrada su eficacia en algunas patologías concretas.

La sujeción mecánica (SM) la pueden unir a enfermos agresivos, pero otros consideran que antes de llegar a ella se debería pensar en otra alternativa. Además, plantean dos ideas importantes, que en ocasiones es necesario su uso y que en ocasiones es más cómodo para los profesionales, por lo que se abusa en su utilización.

En cuanto a la imagen que tienen de los psiquiátricos y de la necesidad de que sean ingresados los enfermos mentales, consideran que los centros psiquiátricos están separados, marginados y aislados de la sociedad, añadiendo que tanto los centros y sus huéspedes están en una situación discriminatoria. Creen que los ingresos son necesarios y preventivos en algún caso, pero que no como motivo de castigo, influyendo el diagnóstico del enfermo. Además, creen importante para el enfermo que las familias lo consideren como importante y positivo para la aceptación del ingreso. Pero también critican al sistema sanitario por no hacer nada ante dicha discriminación cuando organizan las ubicaciones y distribuciones de las diferentes prestaciones del sistema.

¿El estudiante antes de iniciar las prácticas en el psiquiátrico presenta estigma hacia la salud mental y al enfermo mental?

La mayoría de nuestros estudiantes tiene escasa experiencia por contacto con el enfermo mental, pero alguno ha estado en contacto personalmente (Flor, por una depresión) o en la familia (Ana, por una depresión de su madre).

Después de realizar una valoración analítica de las opiniones y creencias sobre el enfermo y la enfermedad mental, los derechos del enfermo, tratamientos y de las instituciones psiquiátricas, podemos afirmar:

- Los estudiantes tienen la creencia y el conocimiento de la enfermedad mental y del enfermo mental aprendido de su propio grupo social, asignándoles unas características concretas como peligrosidad (realizan actos violentos y son agresivos), y además consideran que los enfermos son responsables de su carácter, sus reacciones y su falta de control, por lo que los estudiantes muestran estereotipos.
- Como consecuencia de las creencias estereotipadas, aparecen los prejuicios como actitud que normalmente es negativa, que predispone a la acción, sin que haya un análisis de las razones de dicho comportamiento, es decir, se realiza un juicio arbitrario y parcial. Es cuando el estudiante experimenta reacciones emocionales negativas, como temor, miedo o desconfianza antes de conocer en realidad al enfermo.

- En consecuencia, realiza un trato desigual o diferente con respuestas comportamentales de rechazo a personas que tienen cierta discapacidad, colocando al enfermo en desventaja social.
- Estereotipos, prejuicio y discriminación dan como resultado que la enfermedad mental y el enfermo mental son estigmatizados por el estudiante.

8.2. PRÁCTICAS ACADÉMICAS

Las prácticas académicas de la Diplomatura de Enfermería adquieren mayor relevancia, como señalan Sans y Lucas (2011), ya que ponen al estudiante en contacto directo con la realidad profesional, permitiéndole así integrar y relacionar los conocimientos teóricos en situación real. Se nutre el proceso del aprendizaje más complejo y global de las problemáticas y situaciones de salud/enfermedad, pero se constituye en un ejercicio guiado y supervisado.

Organización de trabajo de la unidad

En el Hospital Sta. María y, por supuesto, en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, la organización del trabajo de enfermería es semicontinua, de turnos (mañanas, tardes y noches) (Nogareda y Nogareda, 2003), pero es habitual que los alumnos coincidan con varios profesionales de enfermería en su periodo de prácticas. Los alumnos tienen asignado un turno, Flor y Rocío van por la mañana, y Maite, Gustavo, Ana y Carmen lo hacen por la tarde.

Los profesionales asistenciales coinciden en el cambio de turno, donde se realiza lo que se conoce como pasar el parte, donde se comunican las incidencias, las novedades, lo pendiente o cualquier tema que se considere importante para todos.

Los estudiante señalan que se trabaja en equipo, pero la relación es jerárquica, ya que hay decisiones que las toman los ejecutivos médicos (determinar diagnóstico, prescripción de fármacos, ingresos, altas, permisos, etc.).

Enfermería trabaja por tareas, que se identifican por medio de las observaciones y los diarios de prácticas, y son las siguientes: determinar dietas alimentarias, repartir las

comidas y darlas si es necesario, realizar y supervisar las higienes personales, preparar y administrar la medicación, supervisar la ejecución de las pruebas diagnósticas (analíticas de sangre, RX, ecografías, etc.), realizar y tramitar los ingresos, altas y permisos, participar en las entrevistas y visitas de los enfermos y familiares, realizar los procedimientos de curas y atender a las necesidades del enfermo.

Acogida de los estudiantes a la unidad

Al iniciar las prácticas, los alumnos pueden llegar a experimentar lo que Delgado, Salmerón y Gómez (2004) denominaron como «el shock de realidad» (diferencia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y cómo es la realidad), que se agudiza al realizar las prácticas en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. Nuestros alumnos muestran alto grado de ansiedad por miedo a lo desconocido y a sus expectativas estereotipadas y prejuiciosas sobre lo que se van a encontrar, la necesidad de establecer relaciones con diversos profesionales sanitarios, tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están preparados y el sentimiento de no saber. Todos ellos son factores que les generan un alto nivel de estrés.

Inicialmente lo manifiestan como preocupación inicial de que el enfermo les hable, miedo, respeto e impresión provocados por los enfermos, el estar expectantes, la inseguridad o nervios.

Cuando los alumnos llegan a la Unidad de Agudos, se pone en marcha un protocolo de acogida, que como señalan González et al. (2001). Tiene como finalidad dar acogida y orientación a los alumnos de nueva incorporación para conseguir un mayor aprovechamiento de sus prácticas y un aprendizaje eficaz. Para facilitar la incorporación, proporciona información al estudiante de todo aquello que le pueda ser útil para el normal desarrollo de su periodo de prácticas en la Unidad de Agudos.

Este se inicia cuando la profesora asistencial asociada va a buscarlos al *hall* del hospital. Posteriormente se les enseñan los vestuarios y se les asigna una taquilla. Ya en la unidad, se les presenta a todo el personal asistencial de turno, se les enseña el espacio de la unidad (comedor, habitaciones, botiquín, sala limpia, sala sucia, *office*, despachos médicos...), se les explican la dinámica de la unidad, la organización interna, sus

características, y la información de interés, como son normas y reglas para convivir con los enfermos y los profesionales asistenciales. Cuando los alumnos ya están situados, se les incorpora rápidamente a las tareas diarias, donde se les va informando y enseñando a medida que van surgiendo tareas o situaciones, como normas éticas y de confidencialidad (no dar información de los enfermos por teléfono), organización de la unidad, etc.

Este protocolo de acogida es muy bien valorado por los alumnos, ya que de inmediato se sienten parte del equipo y se preocupan de su estado, y por los profesionales de enfermería, ya que lo consideran importante, y sobre todo por el tipo de unidad.

Relaciones de los alumnos con los tutores y profesionales asistenciales

A los estudiantes se les asigna un tutor, pero no siempre se consigue, ya que hay bastante movimiento de personal, como se ha señalado anteriormente, y además en el turno de tarde, por el esquema de trabajo (todo es de todos), es complicado la asignación. Así, en realidad, todos los profesionales asistenciales realizan el papel de tutores.

La interacción con los profesionales asistenciales es determinante para lograr el éxito en el aprendizaje clínico y el desempeño profesional, así como para su desarrollo personal y académico, como señalan Saarikoski (2002) y Reyes et al. (2012), creando un clima educativo.

Los alumnos describen la relación con los tutores y/o profesionales asistenciales como muy buena, incluso manifiestan admiración por lo mucho que les enseñan. Lo argumentan por la ayuda en las dudas en algunos temas y en situaciones que consideran conflictivas (relación con los enfermos).

Les enseñan la dinámica de la unidad, procedimientos, aspectos éticos (confidencialidad de los enfermos mentales) y herramientas para ser resolutivos por medio de la actividad diaria de la unidad. Les permiten que en un inicio sean meros observadores de la actividad o tarea para que posteriormente la realicen ellos, convirtiéndose el profesional en modelo para los estudiantes. Por lo que las funciones que adquieren los profesionales

enfermeros son de acompañamiento, consejo, orientación y evaluación (Solano y Siles, 2013).

También existe un intercambio de destrezas e información entre los alumnos y el profesional, aprovechando la enseñanza en las dos direcciones.

El efecto que se crea en los estudiantes cuando se delegan actividades, tareas y procedimiento es de confianza y estimulante, y le indica sus logros y progresos en el aprendizaje. Y si además añadimos refuerzos positivos, le estimulan la motivación.

Los tutores y profesionales asistenciales han conseguido en esa relación con los alumnos proporcionarles presencia física, tacto pedagógico, tono, diálogo, confianza, reconocimiento, autorización a no saber, a equivocarse y la autorización del estudiante (Van Manen, 1998).

En las prácticas de los estudiantes no todos los profesionales o tutores tenían formación específica. Los que tenían formación han sido significativos en sus relaciones pedagógicas, cuando marcaban objetivos para conseguir y los evaluaban periódicamente, así como cuando determinaban los pasos a seguir para conseguirlos. Es por ello importante que los tutores y profesionales de enfermería asistenciales realicen formación específica de tutorización en prácticas clínicas.

Relación de enfermería y estudiante-médico

Las relaciones entre enfermeras y médicos son complejas y esenciales en la atención de los enfermos, por lo que deberían ser colaborativas y en equipo. Pero en realidad, por lo menos en nuestro país, el médico ejerce de líder jerárquico del equipo de salud y los enfermeros tienen la obligación de seguir las órdenes médicas sin cuestionarlas, reduciendo sus ocupaciones asistenciales exclusivamente a funciones instrumentales (lista de tareas rutinarias y técnicas).

Nuestros alumnos señalan la subordinación del trabajo de enfermería ante las exigencias médicas, y en consecuencia que las acciones o actividades propias quedan relegadas. Es un ejemplo del uso del poder que les proporciona el sistema sanitario, llevándoles a tener comportamientos déspotas.

Estas relaciones crean que los profesionales de enfermería sientan que no se comprende su trabajo y aparezca estrés ante la falta de tiempo para realizar las tareas propias que tienen que hacer por acatar las tareas delegadas.

Los estudiantes no son ajenos a esta situación y también la sufren, y aunque me verbalizan desacuerdo y enfado, delante de los médicos no lo expresan verbalmente, pero sí que guardan silencio y realizan conductas de despiste en las ocasiones despotas (cuando les tratan como si fueran sus secretarios). Como señala Freire (1997) cuando describe que el estudiante de Enfermería en algunos momentos siente estar en un escalón por debajo, cuando se le subordina, se le instrumentaliza y se le ve como un receptor bancario de conocimientos.

¿Cómo es acogido el estudiante por los profesionales sanitarios de la unidad?

- Los estudiantes se incorporan a la unidad en los turnos de mañana y tarde, y se van incorporando a las actividades y a las tareas enfermeras progresivamente.
- El plan de acogida que se pone en marcha por los enfermeros de la unidad sigue un protocolo inicial para todos los estudiantes que va desde la presentación de todo el equipo de enfermería del turno (enfermeros, auxiliares y celadores) hasta enseñarles la unidad y los enfermos, así como informarles del tipo de enfermos que se atienden y las normas de convivencia, siendo muy bien valorado por los estudiantes.
- En las interacciones que se establecen entre los estudiantes y los tutores de prácticas/profesionales asistenciales, se ha conseguido lo esencial, un ambiente propicio para el propósito de las prácticas, que es aprender en un contexto real, creando un clima de confianza y apoyo. Esto es valorada por los estudiantes como positivo y único.
- La relación con los médicos no ha sido considerada positiva. Creen que estos ejercen un poder jerárquico, con comportamientos en ocasiones despotas. A lo que reaccionan con silencios y estrategias de conductas como el despiste.

8.3. APRENDIZAJE PRÁCTICO EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

El análisis del aprendizaje se plantea desde considerar lo que los estudiantes piensan del cuidado enfermero de los enfermos mentales, el aprendizaje práctico en la unidad y contenido de aprendizaje del diario reflexivo.

Cuidados de enfermería de enfermos mentales

El abordaje a la hora de opinar sobre los cuidados de enfermería puede ser variado, desde los objetivos a conseguir hasta cómo realizarlo.

Los estudiantes refieren como objetivo de los cuidados el ayudar al enfermo a conseguir la normalidad. Pero para conseguirlo se debe conocer al enfermo y crear un ambiente de confianza (apoyo y escucha) utilizando la comunicación como método de contención para resolver sus conflictos.

La idea que tienen los estudiantes sobre el cuidado de enfermería es muy parecida a lo que señalan algunos autores como Busquets (2004) y Medina (2006). Pero posiblemente al que más se acercan es a Baggio (2006), cuando define el cuidado como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Aprendizaje práctico

Partiendo del saber práctico definido por Heidegger (1958) como el que se obtiene de una situación donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, no existente en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales, la enseñanza práctica de los estudiantes en la unidad se ha articulado en las dos perspectivas conceptuales, la racionalidad técnica (instrumental) y la racionalidad práctica reflexiva.

De la racionalidad técnica, el aprendizaje que se obtiene en las prácticas de los estudiantes es conocido como «aprendizaje vicario» (Bandura, 1977), ya que en primera

instancia tienen que memorizar las técnicas y procedimientos y repetirlos textualmente; después el estudiante observará con suma atención y cuidado, para en un tercer momento reproducir una imitación lo más fiel posible, dejando de lado elementos como la reflexión, el análisis y la crítica, para mejorar estos mismos procedimientos, utilizando como modelo a los profesionales.

Se plantea el aprendizaje de las acciones más sencillas (higienes personales, preparar y administrar medicación, tomar constantes...), tareas ya conocidas y aprendidas por el estudiante en otras prácticas, para ir introduciendo las más complejas (entrevistas, visitas, conciencia de los aspectos éticos y jurídicos sobre confidencialidad y secreto profesional...). Los profesionales utilizan el castigo y los incentivos en el proceso de aprendizaje.

Los estudiantes han ido adquiriendo habilidades más seguras y rápidas, y son capaces de tomar iniciativa y liderar sus acciones y actuaciones, por lo que son más resolutivos. Se han cumplido los cuatro elementos planteados por Bandura (1977). Los estudiantes han atendido, han retenido, han sido capaces de reproducir a nivel motor y han estado motivados. Y con la reflexión de lo observado han sido capaces de decidir las imitaciones de las situaciones y conductas más adecuadas.

Diario práctico reflexivo

A la formación práctica de nuestros estudiantes, descrita en el apartado anterior, se incorporó la perspectiva de racionalidad práctica, llamada prácticas reflexivas. Producen su aprendizaje en el desarrollo de la reflexión en la acción, con la acción y para la acción, como indican Schön (1992) y Medina (1999), y lo desarrolla el estudiante en el uso del diario reflexivo.

El diario reflexivo como instrumento permite a los estudiantes autoinformarse, evaluarse y ser innovadores, plasmando sus reflexiones cotidianas y narrando sus propias experiencias, por lo que podríamos decir que escriben para aprender. Además, se convierte en un instrumento de evaluación formativa.

Los estudiantes en su diario reflexivo narran observaciones, sentimientos, reacciones, interpretaciones, reflexiones, pensamientos, hipótesis y explicaciones. Y ahí es fácil favorecer los contenidos emocionales y afectivos.

En el diario de prácticas de nuestros estudiantes al realizar el análisis del contenido, se plantean diferentes categorías:

-El equipo asistencial de la unidad. Las opiniones de los estudiantes sobre el equipo son positivas, utilizando expresiones como «el mejor equipo», «trabajan juntos a una con tolerancia y respeto», «calidad humana». Y de los profesionales que son especiales, dicen que dan confianza y que están motivados para enseñar.

Han creado sentimientos en el estudiante de fascinación y de no querer abandonar la unidad ni acabar el periodo de prácticas.

-Expresión de sentimientos que ayudan a la maduración personal. Los sentimientos que van mostrando los estudiantes durante sus prácticas en la unidad van evolucionando desde el inicio (nerviosismo, expectación, inseguridad, agobio, miedo...) ante las nuevas situaciones que viven en las que no saben actuar ni qué decir. Progresivamente van cambiando (disminuye el miedo, hay seguridad y empatía...), ya que han conseguido hablar con los enfermos e incluso reír, y han conocido las historias de los enfermos.

Las reflexiones del proceso les ayudan a madurar como futuros profesionales incluso a nivel personal. La frase narrada por una de las estudiantes es reveladora: «[...] trabajar aquí hace que salga lo mejor y lo peor de cada uno. Aspectos de nosotras que no conocíamos los estamos ahora descubriendo [...]».

-Relación de los estudiantes con el enfermo mental. Antes de iniciar las prácticas, el contacto y la relación con los enfermos mentales eran un tema que les preocupaba a los estudiantes, pero a medida que han ido teniendo contacto con ellos, se han ido relajando, siendo capaces de narrar, reflexionar e incluso resolver las situaciones que se crean con los enfermos.

Plantean la importancia de saber el nombre de los enfermos, que el trato es diferente según el diagnóstico, que al conocerlos se establecen vínculos o conexiones especiales. Así como son capaces de plantear relaciones empáticas cuando narran la soledad del

enfermo y señalan posibles soluciones, como el dedicarles más tiempo con cualquier excusa, como jugar a las cartas o al ajedrez. Y son capaces de asesóralos y aconsejarles. El enfermo responde a esta relación cuando es solidario con el estudiante, cuando agradece los cuidados y la atención.

-Relación de los estudiantes con la familia del enfermo mental. Las vivencias con las familias de los enfermos les han hecho conscientes de cómo viven al tener así a un hijo, a una esposa..., lo duro que es para ellos soportar desplantes, amenazas o prejuicios a la enfermedad mental por parte de la sociedad. Y también saben que son una parte importante para recoger información de su familiar y un aliado en el tratamiento, alta y reinserción.

-Relación entre teoría y práctica. No todos los estudiantes son capaces de relacionar la parte teórica en la práctica, porque la parte práctica en salud mental les desborda. Pero otros refieren que las prácticas complementan la parte teórica. Todos coinciden en que en las prácticas de salud mental es más difícil, ya que la memorización no es suficiente.

-Capacidad crítica. La capacidad crítica de los estudiantes va evolucionando a lo largo de las prácticas. Han sido capaces de plantear la inactividad de los enfermos durante todo el día, exponiendo que eso debería cambiar, también el circuito de ingresos y altas constante, la poca intimidad que tienen en las habitaciones, la gran cantidad de medicación, hablando sobre la afectación secundaria, y las decisiones de la aplicación de la sujeción mecánica sin discriminación.

-Autoevaluación del aprendizaje. Los estudiantes centran lo aprendido en las técnicas y procedimientos, las relaciones con los enfermos, el lenguaje psiquiátrico, la capacidad de resolución y la utilización de metodología enfermera.

Reconocen que el aprendizaje de técnicas y procedimientos enfermeros es escaso y que las que realizan son las ya adquiridas (tensión arterial, temperaturas, administración de fármacos...) en otros periodos de prácticas, pero dicen que sí que han aprendido a realizar entrevistas y a realizar contenciones verbales.

Los estudiantes señalan como muy importantes las relaciones con los enfermos, reconociendo que han aprendido a conocerlos, a crear confianza y a tratarles, así como a resolver situaciones comprometidas.

Han aprendido a utilizar lenguaje psiquiátrico en lo que respecta a patologías y fármacos específicos. Pero el aprendizaje de la metodología enfermera es escasa, ya que no la identifica en el trabajo de los profesionales asistenciales. Pero sí identifican los registros de enfermería (gráficas, partes, seguimiento...).

Señalan que el aprendizaje práctico en la unidad es distinto y han sido capaces de identificar necesidades, han adquirido recursos psicosociales y han aprendido a trabajar en equipo.

¿Ha sido eficaz el aprendizaje práctico de los estudiantes?

Se plantea desde el concepto que tienen los estudiantes de los cuidados de enfermería, los planteamientos del aprendizaje y las estrategias utilizadas.

- Los estudiantes refieren como objetivo de los cuidados el ayudar al enfermo a conseguir la normalidad. Pero para conseguirlo se debe conocer al enfermo, crear un ambiente de confianza (apoyo y escucha), utilizando la comunicación verbal y no verbal como método de contención para resolver sus conflictos.

La enseñanza práctica de los estudiantes en la unidad se ha articulado en las dos perspectivas conceptuales, la racionalidad técnica (instrumental) y la racionalidad práctica reflexiva.

En la racionalidad técnica se utiliza el «aprendizaje vicario», que parte de la observación de técnica y procedimientos de un modelo, el profesional asistencial, para reproducirlo por imitación.

- El aprendizaje práctico se realizó desde lo más sencillo (higienes personales, preparar y administrar medicación, tomar constantes...), y tareas ya conocidas y aprendidas por el estudiante en otras prácticas, para ir introduciendo las más complejas (entrevistas, visitas, conciencia de los aspectos éticos y jurídicos sobre confidencialidad y secreto profesional...).
- Los estudiantes han ido adquiriendo habilidades más seguras y rápidas, y han sido capaces de tomar iniciativa y liderar sus acciones y actuaciones, por lo que son más resolutivos.
- La actitud de los estudiantes ante el aprendizaje ha sido positiva, ya que han atendido, han retenido, han sido capaces de reproducir a nivel motor y han

estado motivados. Y con la reflexión de lo observado han sido capaces de decidir las imitaciones de las situaciones y las conductas más adecuadas.

Se incorporó la perspectiva de racionalidad práctica, las llamadas prácticas reflexivas, desarrollada en el diario reflexivo, donde los estudiantes han narrado observaciones, sentimientos, reacciones, interpretaciones, reflexiones, pensamientos y explicaciones.

- Las reflexiones cotidianas y narraciones de sus propias experiencias las han utilizado para aprender y realizar evaluaciones formativas.
- Las categorías que los estudiantes han narrado y reflexionado son el equipo asistencial de la unidad, la expresión de sentimientos, las relaciones con el enfermo mental y con su familia, la relación entre la teoría y la práctica, la capacidad crítica y el realizar un autoevaluación de lo aprendido.
- El uso del diario de prácticas ha sido provechoso y útil para el aprendizaje, ya que les ha permitido realizarse sus evaluaciones formativas.

En relación al aprendizaje, los estudiantes en las prácticas han aprendido conocimientos, habilidades y actitudes enfermeros, pero se han mostrado interesados en las anécdotas de las situaciones que han vivido con los enfermos.

8.4. ESTIGMA DE LOS ESTUDIANTES DURANTE Y DESPUÉS DE LAS PRÁCTICAS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

Para poder concluir sobre el estigma de los estudiantes durante y después de las prácticas en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, se ha realizado el análisis previo de las opiniones de los estudiantes sobre las causas de la enfermedad y sobre temas esenciales en psiquiatría.

Opiniones sobre la causa de la enfermedad mental

Los estudiantes tienen opiniones diferentes, como que proviene de la educación y ponen el ejemplo de los padres, la genética, que es hereditaria, o por situaciones vividas.

Derechos civiles y sociales de los enfermos mentales

Las respuestas son diversas, desde el estudiante que piensa que tienen derecho a todo hasta el que tiene ciertas dudas.

Así, cuando se les pregunta por el voto, encontramos alguno que opina que sí tienen derecho e incluso que son capaces de tener opinión, mientras otros dudan y lo remiten a los profesionales para que les den el derecho.

En relación a que el familiar utilice la enfermedad mental de su pareja para divorciarse, unos lo justifican, pero sí coinciden en que no debe ser el único motivo.

Participación de la familia en el proceso terapéutico

La participación de los familiares durante la hospitalización es importante en los pases de visitas, las visitas a los enfermos, en la planificación y ejecución de permisos de fin de semana e incluso en las altas.

Los estudiantes, en este caso, están de acuerdo en su participación, y además añaden lo beneficioso que es para el enfermo tener contacto con sus familiares y que pueden ayudarles a llevar el estilo de vida monótono que llevan los enfermos en la unidad.

Medidas de sujeción mecánica y terapia electroconvulsionante

Algunos estudiantes ya conocían la sujeción mecánica. Aunque el protocolo es igual para instaurarla, la situación y las reacciones en salud mental son diferentes. Esta diferencia es la que les crea problemas a los estudiantes, es por ello que algunos refieren que es muy exagerada.

La aplicación de la sujeción mecánica en psiquiatría crea una situación de tensión, sobre todo cuando el enfermo está agresivo o violento, y normalmente se realiza la reducción física con bastantes personas. Es por ello que crea sentimientos de tensión y miedo.

Es habitual que el alumno plantee otras soluciones antes de llegar a la sujeción, aunque en algunos casos está de acuerdo. Normalmente lo asocia a enfermos agresivos, y que influye en la relación con él posteriormente.

La estudiante que tuvo la oportunidad de asistir a una sesión de terapia electroconvulsionante tenía la imagen que había visto en una película, por lo que le sorprendió, ya que no la vivió tan agresiva que como se la imaginaba. Pero sí le interesaron las consecuencias para el enfermo.

Reclusión y recursos disponibles para los enfermos mentales

En relación a los centros psiquiátricos, siguen pensando como antes de realizar las prácticas, consideran que sí deben de existir. Pero ahora la afirmación la justifican por las vivencias que han tenido con los enfermos y entienden que hay situaciones en las que no hay más remedio.

Son conscientes de los escasos recursos que el sistema destina a estos enfermos, sobre todo en la recuperación e integración.

¿Ha cambiado la opinión de los estudiantes en ciertos temas psiquiátricos?

- La opinión de las causas de la enfermedad mental es diferente para cada estudiante (educación, genética, herencia, situaciones vividas). Esta opinión no ha cambiado mucho de la que tenían antes de iniciar las prácticas.
- En el derecho a votar ya no tienen tantas dudas, ya que han podido conversar con los enfermos y son conscientes de que tienen opinión de casi de todo. Alguna alumna aún tiene dudas. En relación al derecho de pedir el divorcio de la pareja por razones de enfermedad, coinciden en que no por esta razón, pero algunos lo entienden.
- En la participación de la familia en el proceso terapéutico, están de acuerdo en que intervenga, y además lo consideran beneficioso para el enfermo en su hospitalización y como acompañamiento (visitas, permisos...). Esta opinión ha mejorado y tienen menos dudas que antes de iniciar las prácticas.
- En cuanto a la opinión de la sujeción mecánica, explican que hay casos en que se necesita, pero a la vez consideran que es un procedimiento que no debe ser la

primera elección. Y en lo referente a la situación que se crea, aún hay estudiantes a los que les crea problemas en las relaciones con los enfermos.

- Opinan que deben existir las instituciones psiquiátricas, igual que antes de realizar las prácticas en la unidad, pero la justificación es diferente. Ya no esta movida por el miedo hacia el enfermo mental, sino que lo consideran una necesidad para ayudarles a ellos y las familias.
- Las prácticas les han hecho conscientes de la problemática de la enfermedad mental, es por ello que denuncian los escasos recursos para la recuperación e inserción que destina el sistema sanitario.

Estigma de los estudiantes después de la formación y el contacto con los enfermos mentales

El estigma hacia los enfermos mentales y los estigmas asociados son una realidad, como ha quedado señalado en el marco teórico. Ante esta situación se creó la necesidad de luchar contra ese estigma y, en consecuencia, frente a la discriminación en salud mental. Diferentes autores de la psicología y la sociología (Corrigan y Warson, 2002; Rüsche, Angermeyer y Corrigan, 2005; y Corrigan y Gelb, 2006) han estudiado tres estrategias, protesta social, educación y contacto social, mostrando éxitos y fracasos, dependiendo de los sectores objeto de estigmatización.

Pero el contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor. El contacto con personas con enfermedad mental puede ayudar a aumentar los efectos de la educación sobre la reducción del estigma (Wolfgang, Wiebke y Schlamann, 2010). Por lo que el contacto durante la formación reducía el estigma y mejoraba las actitudes positivas.

Esta situación de educación y contacto es la que se plantea con nuestros alumnos, cuando les proporcionamos desde la universidad dos aprendizajes: teórico y práctico. En el primero les aportamos conocimientos de salud mental y en la práctica les aportamos el conocimiento práctico y el contacto con los enfermos en situación real.

El análisis de las transcripciones de las observaciones, las narraciones del estudiante en sus diarios de prácticas durante las prácticas y las entrevistas posteriores a las prácticas nos permiten sacar conclusiones.

¿La formación y el contacto con el enfermo mental han influido en el estigma de los estudiantes?

- Las creencias de los estudiantes sobre el enfermo mental, así como la opinión de la unidad y la labor que se realiza allí por el enfermo han ido cambiando positivamente durante el desarrollo de las prácticas.
- Las creencias que el alumno tenía sobre el enfermo mental y su conducta, así como la opinión de la unidad y el trabajo que se realiza han ido cambiando positivamente durante el desarrollo de las prácticas en la unidad. Podemos afirmar que los estereotipos de la mayoría de los estudiantes han cambiado positivamente.
- Durante su paso por la unidad, el alumno ha utilizado los siguientes sentimientos y emociones en relación al enfermo mental: miedo, incertidumbre, desconfianza, inseguridad, incomodidad, temor y alerta. A medida que iban desarrollándose las prácticas, fueron desapareciendo. La mayoría de los estudiantes progresivamente ha ido superando los prejuicios negativos y ha introducido sentimientos más positivos y confortables.
- La discriminación se muestra por evitación y marcando distancias con el enfermo mental. La evolución ha sido positiva en casi todos los estudiantes, apareciendo acercamientos positivos con el enfermo mental.
- Las actitudes y creencias que tienen del enfermo mental han cambiado. En la mayoría de los estudiantes ha disminuido el estigma, la actitud hacia el enfermo es más positiva y empática.
- La visión del psiquiátrico y del enfermo mental les ha cambiado a raíz de estar en la unidad, del aprendizaje práctico y del contacto con los enfermos mentales.

8.5. ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y PERSONAL NO SANITARIO

Los diferentes estudios sobre el estigma de los profesionales de la salud señalan resultados diferentes. Algunos autores como Nordt, Rössler y Lauber (2006) y Lauber (2008) consideran que las concepciones de la población general y de los profesionales de la salud no difieren significativamente. Y Angell, Cooke y Kovac (2005) señalan que los profesionales de la salud también desarrollan actitudes estigmatizantes.

En cambio, Mauleón (1993) destaca el hecho de que los profesionales más cualificados muestran las actitudes más favorables.

Para el personal no sanitario, el estigma hacia los enfermos mentales se manifiesta básicamente igual que en la población en general, manteniendo actitudes y creencias usualmente basadas en el miedo y la falta de información acerca de las condiciones de salud mental (Hinshaw, 2007; Overton y Medina, 2008; y Wesselman y Graziano, 2010).

¿Hay actitudes negativas estigmatizantes en los profesionales de la salud y en el personal no sanitario?

- Para algunos psiquiatras y psicólogos, las relaciones con algunos enfermos mentales son difíciles. Además, consideran limitadas las posibilidades de recuperación del enfermo. Algunos comentarios que realizan de los enfermos son prejuiciosos y faltos de consideración.
- En los profesionales de enfermería se dan comentarios prejuiciosos vinculados a la peligrosidad del enfermo mental.
- Con respecto a los celadores, dudan de la posibilidad de la recuperación del enfermo mental. Sus comentarios son prejuiciosos, vinculados a la agresividad del enfermo mental, e instauran conductas marcando distancia con ellos.
- El personal no sanitario (hostelería) muestra comportamientos estereotipados y prejuicios vinculados a sentimientos de miedo.
- Estas actitudes negativas hacia los enfermos mentales son observadas por los estudiantes, y en algunos de ellos reafirman sus propios estereotipos y prejuicios hacia el enfermo mental.

8.6. VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE SUS PRÁCTICAS PSIQUIÁTRICAS

En las prácticas se desarrollan unas enseñanzas y unos aprendizajes que para cada estudiante es individual y único.

Durante las prácticas, los estudiantes viven situaciones y adquieren irrepetibles e inolvidables vivencias que van a configurar la adquisición de valores y actitudes de su propia identidad personal y sus competencias profesionales, asumiendo el rol del profesional enfermero. Se desarrolla también la inteligencia emocional, que es tan importante como la inteligencia académica, como señalan Goleman (1995) y Extremera y Fernández-Berrocal (2005).

Cuando los estudiantes valoran su estancia en la unidad, inevitablemente lo hacen en comparación con sus prácticas en periodos anteriores, con las experiencias vividas con profesionales asistenciales y enfermos.

Tener unas prácticas satisfactorias para los estudiantes es importante en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Los elementos que han influido en ese proceso son la acogida en la unidad, el estar por el alumno, resolver dudas, el ambiente de inclusión y la ruptura de barreras prejuiciosos.

Concluiremos con la valoración que realiza cada alumno de sus prácticas.

➤ **Valoración de Flor**

Narra y explica el trato personalizado recibido de los profesionales asistenciales de la unidad, señalando la acogida que recibió y que rápidamente pasó a ser Flor y no «la estudiante», como en otras prácticas, creándole conciencia de estudiante con perfil de profesional integrada en el equipo de profesionales y con los enfermos.

El aprendizaje fue intenso y provechoso, aunque lo centra sobre todo en la comunicación y relación con el enfermo y en la toma de decisiones de acción rápida. Señala que a raíz de su paso por la unidad ha sido capaz de valorar las prácticas no por la cantidad de técnicas y procedimientos enfermeros.

Y que estas la ayudaron a reafirmar en su estilo, forma y tiempo de dedicación a la relación con los enfermos. Ha sido capaz de reivindicar su personalidad, autonomía y el modo de hacer en la aplicación de cuidados integrales a los enfermos.

Con respecto a la unidad, considera que es la mejor para ver y aprender habilidades y actitudes, así como para adquirir recursos psicosociales para la actuación como enfermera.

Pero considera que el periodo de tiempo destinado a estas prácticas, un mes, es corto, comparándolas con el total de prácticas de la titulación.

Su valoración general de las prácticas es positiva y las cataloga como las mejores, por el personal asistencial y la nueva visión que tiene del enfermo mental, creándosele sentimientos de tristeza cuando llegó el momento de finalizarlas.

➤ **Valoración de Maite**

Considera que este periodo de prácticas le ha hecho cambiar el concepto que tenía del enfermo mental y que le ha disminuido el sentimiento de miedo inicial que tenía. Refiere entenderlos mejor y que ya no los trata de «locos».

Las prácticas en la unidad le han permitido relacionarse con los enfermos mentales. Y le han dado la oportunidad de aprender patología y recursos psicosociales, como la contención verbal, para relacionarse con los enfermos.

Le ha gustado estar en esta unidad, pero considera que la duración de estas prácticas es corta para lo que hay que aprender.

➤ **Valoración de Gustavo**

Valora lo aprendido en el manejo del enfermo mental, para intuir y trabajar con sus actitudes e intenciones, ya que señala que no se le ha dado formación en este aspecto en la parte teórica de la titulación.

Su estancia en la unidad la ha valorado positivamente y remarcando sobre todo la buena relación con el personal asistencial.

Al finalizar las prácticas señala que no le importaría trabajar en la unidad como profesional enfermero cuando acabe la carrera.

➤ **Valoración de Rocío**

Las prácticas las valora como sorprendentes y dice que no le han sido indiferentes, que han sido enriquecedoras en el aprendizaje.

Aunque reconoce que se lo ha pasado bien, no piensa que su futuro profesional sea la psiquiatría.

Manifiesta al final de las prácticas estar contenta por haberlas acabado.

➤ **Valoración de Ana**

Resalta lo cómoda que se ha sentido con el personal de la unidad, que desde el principio fue muy bien acogida y que los profesionales le han prestado ayuda ante cualquier duda o problema.

La visión con respecto a la dinámica de trabajo ha cambiado, ya que pensaba que sería desbarajustada y con situaciones límites, y le ha sorprendido que sea relajada y organizada.

Ha tenido la oportunidad de relacionarse con los enfermos mentales y cambiar progresivamente el concepto que de ellos tenía, como ella dice: «He podido mantener conversaciones normales». Aunque reconoce haber vivido alguna que otra situación que la ha desbordado.

Señala que ha podido conocer a todos los enfermos por su nombre, cosa que no había podido hacer anteriormente, y eso la ha ayudado a tratar a cada uno de ellos y a entenderlos.

Refiere que la experiencia en la unidad la ha ayudado a ser más fuerte emocionalmente para enfrentarse con las situaciones que ella señala como impresionantes, como las sujeciones mecánicas, la enfermedad mental de personas muy jóvenes o de los retrasados mentales.

Ha podido ver en la realidad práctica lo que se trató a nivel teórico, aprendiendo sobre todo patología, medicación psiquiátrica y recursos psicosociales para poder relacionarse con los enfermos.

El balance de sus prácticas es positivo e incluso se plantea realizar la especialidad de salud mental cuando acabe la carrera.

Ha vivido su paso por la unidad como una oportunidad para conocer el ámbito de la salud mental.

➤ **Valoración de Carmen**

Le costó adaptarse a la unidad y a los enfermos mentales, aunque lo intentó.

El miedo hacia los enfermos mentales no le dejó aprovechar más las prácticas. Se apoyó y protegió en su compañera de prácticas y en los profesionales.

Es por ello que nos cuenta que ha aprendido medicación y a observar a los enfermos, pero en lo que se refiere a relacionarse con ellos no lo ha conseguido hacer.

Valora sus prácticas como una experiencia positiva, aunque está encantada de terminar las prácticas.

8.7. CONCLUSIONES GENERALES

- Los alumnos presentan prejuicios y actitudes negativas hacia la enfermedad mental antes de iniciar sus prácticas.
- Los estudiantes se han sentido muy bien acogidos por los profesionales asistenciales.
- Los profesionales asistenciales y tutores y los estudiantes han creado un buen clima para la de enseñanza y el aprendizaje enfermero
- El conocimiento teórico y sobre todo el conocimiento práctico, sumado al contacto con el enfermo mental, han disminuido los estereotipos, prejuicios y la discriminación, y como consecuencia ha disminuido el estigma hacia la psiquiatría, la salud mental y los enfermos mentales.
- Los prejuicios hacia el enfermo mental han influido en la calidad del proceso en el aprendizaje de los estudiantes.
- La utilización del diario de prácticas reflexivo ha sido efectivo en la formación y evaluación.
- La duración del periodo de prácticas resulta insuficiente para que se trabaje el estigma y pueda iniciarse un aprendizaje de calidad.
- Los estudiantes han valorado positivamente las prácticas.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, B. A. y Paredes, E. F. (1999). *Aproximación a la psiquiatría comunitaria. Una Perspectiva desde Andalucía*. España: Grafiranzo, S. L.
- Ajzen, I. (1993). Attitudes Theory and the attitude-behavior relation. En D. Krebs y P. Schmidt, P. (Eds.). *New directions in attitude measurement* (pp. 41-58). Berlín: Walter de Gruyter.
- Alberdi, R. y Vasco, A. (1994): Incidencia de los factores sociales en la salud y en la enfermedad mental. *Rev. Rol Enfermería*, 191-192: 65-68. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.
- Albuixech, R. (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.
- Alonso L. M. y Escorcía I. (2003). El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*, 17, 3-8. En A. J. Carrillo, L. García, C. L. M. Cárdenas, I. R. Díaz y N. Yabrudy (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Álvaro, J. L. y Garrido, A. (2003). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Allen, D. (1990). Critical Social Theory and Nursing Education. En J. L. Medina (orig. 1999). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes-Psicopedagogía.
- Allport, F. H. (1924). *Social Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Dir.). *Handbook of Social Psychology*. Worcester, Mass.: Clark University Press. En J. E. Bullock (orig. 2002). *Mental Health and Substance Abuse Professionals. Attitudes toward Dually Diagnosed Clients in a Community-Based Treatment Center*. Tesis Doctor of Education. Polytechnic Institute and State University Northern Virginia.
- Allport, G.W. (1985). *Desarrollo y cambio: consideraciones básicas para una psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Amezcua, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 30, 30-35.

- Amezcua, M. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud pública*, 76: 423- 436.
- AMP (1996). Programa institucional de la asociación mundial de psiquiatría para combatir la estigmatización y la discriminación debidas a la esquizofrenia. Asociación Mundial de Psiquiatría.
- Andrade, C. y Thyagarajan, S. (2007). The influence of name on the acceptability of ECT: the importance of political correctness. *J ETC*, 23(2), 75-7. En Finalé, A. y Zarragoitía, I. (2008). Aspectos bioéticos relacionados con el tratamiento del electroshock en pacientes psiquiátricos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 5(2).
- Andreu, A. (1990). La técnica en enfermería: ¿un fin o un medio? *Rev. Rol Enfermería*, 139: 58-60.
- Angell, B., Cooke, A. y Kovac, K. (2005) First person accounts of stigma. En P. W. Corrigan (Ed.) *On stigma on mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington D. C.: American Psychological Association, 39(6): 472-482. En B. Ibáñez, C. Pérez, E. Utrera, L. Pérez, M. J. Barrios, M. J. Lopera. (2016). Reflexión sobre el papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma. 2º Premio de comunicación. XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Cádiz.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (1996). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 94(5), 326-336.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude toward individuals suffering from mental disorders. *Epidemiol Psychiatric Soc.*, 31: 321-6. En R. Vezzoli, L. Archiati, C. Buizza, P. Pasqualetti, G. Rossi y R. Pioli. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur Psychiatry* (Ed. Esp), 9: 108-116.
- Angermeyer, M. C., Cooper, B. y Link, B. G. (1998). Mental Disorder and Violence: Results of Epidemiological Studies in the Era of De-institutionalization, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 33, supl. 1, 1-6.
- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany.

Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 34: 275-281. En J. Guimón (orig. 2001), *Los prejuicios contra la psiquiatría* 5. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.

- Angermeyer, M. C. y Matschinger, H. (2005). Labelling —Stereotype— Discrimination. An Investigation of the Stigma Process, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 40(5), 391-395. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, 101, pp. 43-83.
- Angulo, J. F. (1988). *Análisis de la racionalidad científica en el ámbito de la didáctica*. Universidad de Málaga.
- Antonak, R. y Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales*. Springfield: Thomas. En J. E. Bullock (orig. 2002). *Mental Health and Substance Abuse Professionals. Attitudes toward Dually Diagnosed Clients in a Community-Based Treatment Center*. Tesis Doctor of Education. Polytechnic Institute and State University Northern Virginia.
- Arendt, H. (1993). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Asch, S. E. (1956). Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied*, 70(9, Whole No. 416).
- Ashmore, R. (1970). The problem of intergroup prejudice. En B. E. Collins (Ed.). *Social psychology* (pp. 245-296). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Asociación de Enfermería en Salud Mental. www.anesm.net. Consulta marzo 2009.
- Ayuso, J. L. (1973). Actitudes hacia la psiquiatría de los médicos de un hospital general. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, III y IV, 347-363.

- Avery, M. R. (1989). The impact of technology on school health: a national Delphi probe of change to 2005 A.D. Tesis doctoral inédita. University of Connecticut, Storrs. 173.
- Baez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeno, L. y Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.
- Baggio, M. A. (2006). O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermería*, 8(1), 9-16. Disponible en http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
- Balint, M., Omstein, P. H y Balint, B. (1972). *Psychotherapeutic: techniques in Medicine*. London: Tavistoik Publications. En J. Guimón (orig. 2011), *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Bandura, A. (1969) *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Wonston.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press. En M. C. Tovar-Moncada, S. Crespo-Knopfler (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 115-20
- Bairan, A. y Farnsworth, B. (1989). Attitudes towards mental illness: does a psychiatric nursing course make a difference. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 351-357.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall.
- Barona, J. L. (2000). La construcció sociocultural de les malalties. *Viure en salut*, 49, 4-5. En R. Albuixech. El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.
- Bartoli, P. (1989). Antropología en la educación sanitaria. *Revista D'Antropologia social*, 7, 17-24.
- Bates, L. y Stickley, T. (2012). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. En B. Ibáñez, C. Pérez, E. Utrera, L. Pérez, M. J. Barrios y M. J. Lopera (2016). Reflexión sobre el papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma. 2º Premio de

comunicación. XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Cádiz.

- Bauman, A. y O'Brien-Pallas, L. (2001). Integrating workforce planning, human resources and service planning. *World Health Organization (WHO)*. Disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/en/Integrating_workforce.pdf
- Bautista, E., Devesa, A., Guitart, M., Palma, M. y Pérez, M. (2008). Enfermería: ¿trabaja en equipo? *Fundació La Caixa*. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf
- Becker, H. S. y Geer, B. (1957). Participant observation and interviewing: A comparison. *Human Organization*, 16(3). En S. J. Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós S.A.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, S.A.
- Benner, P. (2005). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*; 24 (3), 188-199. En P. M. Molina, P. T. Jara (2010). El saber práctico en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. y Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation*. United States of America: Jossey-Bass.
- Benney, M. y Hughes, E. C. (1970). Of sociology and the interview. En S. J. Taylor y R. Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Bent, K. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 9(5). En J. L. Medina (orig. 1999), *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes- Psicopedagogía.
- Bertolín-Guillén, J. M., Peiró-Moreno, S., Hernández de Pablo, M. E. (2006). Patterns of electroconvulsive therapy use in Spain. *European Psychiatry*, 21(7), 463-70. En A. Finalé e I. Zarragoitia (2008). Aspectos bioéticos relacionados

con el tratamiento del electroshock en pacientes psiquiátricos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 5(2).

- Bertolote, J. M. (1995). Legislação Relativa à Saúde Mental: Revisão de Algumas Experiências Internacionais. *Revista de Saúde Pública*, 29(2).
- Betolaza, E. y Alonso, I (2002). El diario reflexivo y el aprendizaje tutorizado. *Metas de Enfermería*, 45, 14-18. En M. Moreno y M. Ruiz (2003). El diario reflexivo: herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería. Proyecto de Diario Reflexivo del Alumno del Departamento de Enfermería. Universidad Europea de Madrid.
- Bevis, E. y Watson, J. (1989). Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing, New Cork: National League for Nursing. En J. L. Medina (Ed.). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes- Psicopedagogía.
- Bhugra D. (1989). Attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 80, 1-6.
- Bjoklund, R. (1998). First Person Account: Psychosocial Implications of Stigma Caused by Misdiagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 653-655.
- Blascovich, J., Wyer, N. A., Swart, L. A. y Kibler, J. L. (1997). Racism and racial categorization, *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1364-1372. En F. Morales, M. Moya, J. A. Pérez, I. Fernández, J. M. Fernández-Dols, C. Huici, D. Páez y J. Marqués (Coords) (1999). *Psicología social*. Ed. McGraw-Hill/Internacional de España.
- Blumer, H. (1969). Symbolic Interactionism: Perspective and Method. En S. J. Taylor y R. Bogdan (orig. 1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (p. 21). Buenos Aires: Paidós.
- Bogardus, E. M. (1925). Measuring Social Distance. *Journal Of Applied Sociology*, 9, 299.
- Bonal R. y A. Ros (1991). La representació social de la justicia. Barcelona: Generalitat de Catalunya. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.
- Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: overview and meta-analysis of research, 1968-1987. *Psychological Bulletin*, 106(2), 265-289.

- Browne J. S., Tookeb S. K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med.*, 35(5), 711-21.
- Browne, D. (2010). *Attitudes of mental health professionals toward mental illness*. Massachusetts: Smith College School for Social Work. En F. Mascayano, W. Lips, C. Mena, C. Manchego (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Brykczynski K. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En A. J. Carrillo, L. García, C. L. M. Cárdenas, I. R. Díaz y N. Yabrudy (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Burgueño Torijano, A. A. (2007). Memoria del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Disponible en: <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php> (Consultado 28 mayo 2011).
- Burjalés, M. D. y Prats R. (1997). Actitudes hacia el enfermo mental en enfermería generalista y de salud mental. *Enfermería Científica*, 184-185, 48-50.
- Burns, N. y Grove, S. K. *Investigación en enfermería*. Madrid: El Servier.
- Burney, Virginia H. (2008). Applications of social theory to gifted education. *Rosper Review*, 30, 130-139. En P. M. Molina y P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Busquets M. (2004). La ética del cuidar. V congreso nacional de enfermería en ostomías. En A. J. Carrillo, L. García, C. L. M. Cárdenas, I. R. Díaz y N. Yabrudy (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Buss, M., Leopardi, M. T., Coelho, S. y Oliveira, I. C. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300013&script=sci_arttext.
- Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 618 -620.
- Byrne, P. (1999). Stigma of mental illness. Changing minds, changing behavior. *British Journal of Psychiatry*, 174.

- Cacioppo, J. T., Crites, S. L., Jr., Berntson, G. G. y M. G. H. Coles (1993). If attitudes affect how stimuli are processed, should they not affect the event-related brain potential? *Psychological Science*, 4, 108-112. En H. T. Schupp, B. N. Cuthbert, M. M. Bradley, J. T. Cacioppo, T. Ito y P. J. Lang. (2000). Affective picture processing: The late positive potential is modulated by motivational relevance. *Psychophysiology*, 37, 257-261. USA: Cambridge University Press
- Callaghan, J. y Clark, L. (1977). *Planning for Excellence Foundations of Education*. Nueva York: MacMillan Publishing Co., Inc.
- Cano, E. (1991-95). *La calidad de la educación*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Barcelona.
- Caparrós, N. (1973). *Crisis de la familia: revolución del vivir*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Carr, P. (2012). The use of mechanical restraint in mental health: a catalyst for change? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(7), 657-64. En M. Sastre y F. Campaña (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Ene Revista enfermería*, 8, noviembre.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1983). *Becoming Critical: Knowing Through Action Research*. Victoria: Deakin University. En J. P. Gotees y M. D. LeCompte (orig. 1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa* (p. 116). Madrid: Morata.
- Carr, W., y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza: la investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carrillo, A. J., García, L., Cárdenas, C. L. M., Díaz, I. R. y Yabrudy, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Castañar, M. (2001). *La comunicació interna com a eina per optimizar l'empresa de serveis esportius*. Tesis Doctoral. Universidad de Lleida.
- Castejón, L., Díaz, C., Ponce, J. A., Hernández, R. (1998). Enfermo mental: ¿es igual para todo el personal de Enfermería? En *Investigación en Enfermería: Un reto para avanzar* (69-72). Sevilla: Hospitales universitarios Virgen del Rocío.

- Castellanos, M. T., Otero, M. D. y Comendador, C. (1997). El apoyo psicológico: una realidad o un tópico en Enfermería. *Enfermería Científica*, 180-181, 61-63.
- Catani, M. (1990). Algunas precisiones sobre el enfoque biográfico oral. *Historia y fuente oral*, 3, 151-164.
- Tafur, C. y Elar, L. (2007). Emociones que experimentan los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Frente a la atención de los pacientes del Instituto Especializado Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Tesis doctoral. Lima, Perú: Facultad de Medicina Humana, EAP de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cerdá, L., Duperval, T. y Rey, M. (1997). La enfermera psiquiátrica en la terapéutica biológica. *Rev Cubana Enfermería*, 3(3), 351-365.
- Cibanal, L. y Siles, J. (1998). El mundo de los valores en el cuidado enfermero. *Enfermería Científica*, 194-195, 20-24.
- Clarke, I. (1989). The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *Journal Of Advanced Nursing*, 14(6), 485-493.
- Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, 2002.
- Colás, M. P. y Buendía, L. (1994). *Investigación cualitativa*. Sevilla: Alfar.
- Colás, M. P. y Rebollo, M. A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- Coleman, E. A., Sackeim H. A., Prudic, J. Devanand, D. P., McElhiney, M. C. y Moody, B. J. (1996). Subjective memory complaints prior to and following electroconvulsive therapy. *Biol Psychiatry*, 39(5), 346-56.
- Colina, J. y Medina, J. L. (1997). Construir el conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. *Rol de Enfermería*, 232, 23-30.
- Comelles, J. M. (1992). De médicos de locos a médicos de cuerpos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939). En C. Sacristán (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [online], 16(45), 163-188.
- Comelles, J. M. y Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social, la Medicina y la Psiquiatría*. Madrid: Eudema.

- Cook, J. S. y Fontaine, K. L. (1993). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Cook, T. D., y Reichardt, C. S. (1986). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. En M.P. Sandín (orig. 2003), *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones* (p. 37). Madrid: McGraw-Hill.
- Corrigan, P. W. y Waltson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity and education of the perceiver. *Community Ment Health J.*, 43, 439-58. En I. Gilaberte, I. Failde, A. Salazar y L. Caballero (2012). Actitud de los alumnos de quinto de Medicina hacia la salud mental. *Educ. Med.*, 15(4), 227-233. www.educmed.net.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. y Penn, D. L. (2001). Familiarity with a social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv.*, 52, 953-8. En I. Gilaberte, I. Failde, A. Salazar, L. Caballero (2012). Actitud de los alumnos de quinto de Medicina hacia la salud mental. *Educ Med.*, 15(4), 227-233. www.educmed.net.
- Corrigan, P. W. (2001). Three Strategies for Changing Attributions, *Schizophr. Bull.*, 27, 187-195. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, 43-83.
- Corrigan, P. W. (2004). Target-specific Stigma Change: a Strategy for Impacting Mental Illness Stigma, *Psychiatr. Rehabil. J.*, 28, 113-121. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, 43-83.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. y Campbell, J. (2003). Perceptions of Discrimination Among Persons with Serious Mental Illness, *Psychiatr. Serv.*, 54(8), 1.105-1.110. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, 43-83.

- Corrigan, P. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington: Edited by Patrick Corrigan, American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. y Penn, D. L., (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma, *Am. Psychol.*, 54(9), 765-776. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, 43-83.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Creech, S. K. (1977). Changes in attitudes about mental illness among nursing students following a psychiatric affiliation. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 15, 9-14.
- Creu, M. (1991). Calidad de vida enfermera: Condición indispensable para prestar cuidados de calidad. *Rev. Rol de Enfermería*, 154, 83-84.
- Crisp, A. H., Gelder, M., Goddard, E., Meltzer, H. (2005). Stigmatisation of people with mental illness: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 106-13. En I. Gilaberte, I. Failde, A. Salazar y L. Caballero (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educ. Med.*, 15(4), 227-233. www.educmed.net.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.). *The Handbook of social psychology* (pp. 504-553). Nueva York: McGraw-Hill.
- Cunha, M. I. (2005). Conta-me agora: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. da Fac. de Educ.* Disponible en: <http://bit.ly/Y2TYKF>. En S. Rodríguez, M. Cárdenas y A. Blando (2012). Los diarios reflexivos en la tutoría clínica de enfermería. Significados atribuidos por los tutorados. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(4), octubre-diciembre, 9-20.

- Cuñado, A., Sánchez, F., Muñoz, M. J., Rodríguez, A. y Gómez, I. (2011). Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *Nure Investigación*, 8(52), 1-11.
- Cutcliffe, J. R. y Hannigan, B. (2001) Mass Media, monsters and mental health clients: The need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315-321. En M. Muñoz, E. Pérez, M. Crespo y M. I. Guillén, (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense..
- Damasio, A. (2002). *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Chile: Andrés Bello.
- Darwin, Ch. (1873). *The expression of emotions in animals and man*. Nueva York: Appleton. Traducción al castellano en Madrid: Alianza, 1984.
- Davenport, S., Goldberg, P. y Millar, T. (1987). How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet*, 3, 439-442.
- Davis, R. (1984). *Learning Mathematics. The cognitive Science Approach to Mathematics Education*. Australia: Croom Helm.
- Daza C. y Medina L. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados*;19 (10), 55-62. En F. J. Báez- Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos- Cedeno y O. M. Medina-López, (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.
- De la Cuesta, B. C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112. En F. J. Báez- Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos- Cedeno y O. M. Medina-López, (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.
- De Ketele, J. M. (1984:21). *Observar para educar*. Madrid: Aprendizaje-Visor.
- Delgado, J. M., Salmerón, J. M. y Gómez, S. (2004). Nuestras prácticas en urgencias: cómo nos ven y cómo nos vemos. *Caber Revista*, 21.
- Del Rincón, M. J. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe de la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana.
- Demarzo, L. (1990). The effect of direct psychiatric experience on nursing students attitudes to mental illness. Tesis doctoral no publicada, Rutgers The State University of New Jersey, Brunswick.
- Desviat, M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid.
- Devine, P. G. (1995). Prejudice and Out-Group Perception. En A. Tesser (Ed.) *Advanced Social Psychology*. Nueva York: McGraw Hill. En F. Morales, M. Moya, J. A. Pérez, I. Fernández, J. M. Fernández-Dols, C. Huici, D. Páez y J. Marqués (Coords.) (1999). *Psicología social*. España: McGraw-Hill/Internacional de España.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality & Social Psychology*, 56(1), 5-18.
- Deutscher, I. (1973). What We Say/What We Do: Sentiments and Acts; Glenview, III, Scott, Foresman. En S. J. Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Díaz, F. A y Hernández G. (1999). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: McGraw-Hill. En M. C. Tovar-Moncada y S. Crespo-Knopfler (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 115-20.
- Diccionario Ideológico de la Lengua Española (1992). España: Casares.
- Diekelmann, N. (1988). Curriculum revolution: A theoretical and philosophical mandate for change. En J. L. Medina (orig. 1999), *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 191). Barcelona: Laertes-Psicopedagogía.
- Diaz Manrique, J. F., M. Arango, J., Samaniego, C., Vázquez B., J. L., Guillén, J., Lequerica, J., Liaño, A., García Quintana, L. R., Peña, C., Morales, M. y Lombardero, R. (1979) Actitud Médica hacia la Unidad Psiquiátrica de un Hospital General. *Informaciones Psiquiátricas*, 77, 4º trimestre, 276-291.

- Díez, L., Galletero, J. M. y Calle, R. (1987). Estudio de opiniones hacia la psiquiatría en el marco de un hospital general. *Psiquis*, VIII, 25-32.
- Dillehay, R. C. (1973). On the irrelevance of the classical negative evidence concerning the effects of attitudes on behavior. *American Psychologist*, 28, 887-891.
- Dixon, R., Roberts, L., Lawrie, S., Jones, L. y Humphreys, M. (2008). Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Medical Education*, 42, 1.080-1.087. En N. Polanco, I. Cajigas, E. Rivera, N. Varas, A. Santos y E. Rosario (2011). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
- Douglas, M. (1991). Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y Tabú. Madrid: Paidós. En R. Albuixech. El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.
- Dueñas, E. (2003). Análisis del trayecto de formación inicial enfermera versus las teorías de la complejidad: resistencias. En V. Ferrer, J. L. Medina y C. Lloret, C. (Comps.) (orig. 2003), *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación*. Barcelona: Laertes.
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, Jovanovich. En F. Morales, M. Moya, J. A. Pérez, I. Fernández, J. M. Fernández-Dols, C. Huici, D. Páez, D. y J. Marqués (Coords.) (1999). *Psicología social*. España: Ed. McGraw-Hill/Internacional de España.
- Echevarría, A., Villarreal, M., Garaigordovil, M. T. y González, J. L. (Eds.) (1995). *Psicología social del prejuicio y del racismo*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Eker, D. y Oner, B. (1999). Attitudes toward Mental illness among the General Public and Professionals, Social Representations and Change. En J. Guimón (orig. 2001), *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental 5.
- Elliott, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Barcelona: Morata. En X. Bonal (1995). El profesorado y el cambio educativo. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Papers*, 47, 131-153.

- Elliot, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Eiser, J. (1989). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.
- Eisner, E. W. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona, Paidós. En M^a Paz Sandín (2003). La enseñanza de la investigación cualitativa. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 21, 37-52.
- Eskin, M. (1989). Rural population's opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. *Journal Soc. Psychiatry*, 35, 324-328.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. (2005) La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*.
- Farmer, E. (1985). *Introducing a systematic method for the practice and study of nursing*. Edimburgo: University of Edinburgh.
- Fazio, R., y Zanna, M. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 14). Nueva York: Academic Press.
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior? En Sorrentino y Higgins (Eds.). *Handbook of motivation and cognition*. Nueva York: Wiley.
- Fazio, R. H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. En A. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (Eds.). *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fenton, W. S. y Berkewr (1997). Esquizofrenia y delirio. Manual Merck, Barcelona: Océano. En A. Belmont (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Rev. Enfermería Nefrológica*, 10(1), 53-55.
- Fein, S. y Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31-44.
- Fernández, C. y Amat, J. (2012). Experiencias negativas de aprendizaje en estudiantes de Enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería Docente*, 96, 26-30.

- Fernández San Martín, M. I. (1990). Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ante los problemas de salud mental: una encuesta de opinión. *Aten. Primaria*, 7, 94-100.
- Fernández, J. (1998). Necesidad de las especialidades: Aumentar la calidad del cuidado enfermero. *Enfermería Científica*, 198-199, 67-68.
- Fernández, P., Flores, M., Rey, M., Samper, E. y Sánchez, M. (2009). Personalización de cuidados de enfermería en una unidad de hospitalización oncohematológica. *Sociedad Española de Enfermería Oncológica*. Disponible en: <http://congreso2009.seeo.org/pages/comunicaciones/ponencias/251.pdf>.
- Ferrer, A., García X., Lerma, B. y Polo, C. (2006). *Psiquiatras de celuloide*. Valencia: Ediciones de la Filmoteca.
- Ferrer, M. A., Rojo, C., Ruiz, M. C., Fernández, A. M., Guerrero, M. y Martínez, J. C. (2002). Análisis situacional de las prácticas clínicas en la escuela de enfermería de Soria. *Metas*, 44, 18-22.
- Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester, M., Edo, S., Danjurjo, I. y Ysem, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 32(114), 271-286.
- Fink, M. (1979). *Convulsive Therapy: Theory and Practice*. Nueva York: Raven Press.
- Finalé, A., Zarragoitía, I. (2008). Aspectos bioéticos relacionados con el tratamiento del electroshock en pacientes psiquiátricos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 5(2).
- Fischer, W., Goerg, D., Zbinden, E. y Guimón, J. (1999). Determining factors and the effects of attitudes towards psychotropic medication. En J. Guimón (2001). Los prejuicios contra la psiquiatría (pp. 162-186). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Flórez, J. A. (1997). La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Cap.V. El desarrollo de la relación enfermera-médico-paciente. *Azprensa*.
- Fontaine, K. L. (1993). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill.

- Forghieri, Y. C. (1991). *Fenomenologia do existir de urna professora universitária*. São Paulo: Universidad. Instituto de Psicología.
- Fornés, J. (1997). Registros de Enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Específico para pacientes con trastornos mentales. *Rev Rol de Enfermería*, 223, 56-63.
- Forsyth, D. R. (1995). *Our social world*. Pacific Grove, Estados Unidos; Brooks/Cole.
- Foucault, M. (1961). *Folié et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, París: Plon.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época Clásica*. París: Editions Gallimard. Reimpresión en España, 4ª, 1997 (Fondo de Cultura Económica de España). En A. Runte (2005). El estigma y la esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad de Granada.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. Londres: Penguin, Handmonsworth. En J. L. Medina (orig. 1999). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes- Psicopedagogía.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Freire, P. (2006). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. México: Siglo XXI Editores S.A.
- Fuentenebro de Diego, F. y Huertas García-Alejo, R. (2004). Historia de la psiquiatría en Europa. Modos de hacer historia de la psiquiatría. En C. Sacristán (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [online], 16(45), 163-188.
- Furnham, A. y Bower, P. (1992). A Comparison of Academic and Lay Theories of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 201-210.
- Gadamer, H. (2007). *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme.
- Galende, E. (1994). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón.
- García, S. (1998). The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud mental*, 21(5), 7-19.

- García-Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública Mex.*, 44, 289-96.
- Garrido, M. y Serrano, M. D. (1990). Comunicación terapéutica y cuidado. *Rev. Rol de Enfermería*; 147, 123-128.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Galli, E. y Patrucco, R. (1997). *Aspectos inmunológicos en esquizofrenia*. *Psiqu. Biológ. Aportes Latinoamericanos*. Buenos Aires: Editorial Cangrejal.
- Gastmans, C. y Milisen. K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J. Med Ethic.*, 32(3), 148-152. En M. Sastre y F. Campaña (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Ene Revista enfermería*, vol. 8, noviembre.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Gellman, W. (1959). Roots of prejudice against the handicapped. *Journal of Rehabilitation*, vol. 40, nº 1. Alexandria: National Rehabilitation Association.
- Gething, L. (1982). The Cumberland Disability Project. *Acrod Newsletter*, junio, 9-12.
- Gilaberte, I., Failde, I., Salazar, A. y Caballero, L. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de Medicina hacia la salud mental. *Educ. Med.*, 15(4), 227-233. www.educmed.net.
- Giner, S. y Lano-Espinosa (1988). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E. y Guimón, J. (1999). Public attitudes towards deviant situation in daily life: Interventions proposed. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* 5 (p. 24). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Goetz, J. P. y Le Compte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Goffman, E. (1990) *Asilos: Ensayos en la situación social de los pacientes mentales y de otros internos*. Nueva York: Doubleday. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre, 1-9.

- Goffman, E. (1993). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre. 1-9.
- Goffman, E. (1975). *Les usages sociaux des handicaps*. París: Les Editions de Minuit. Coll. Le sens commun.
- Goffman, E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la citación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1964). *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Goetz, J. P. y LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo de investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Barcelona: Kariós.
- Gómez, A. y Acosta, H. (2003). Acerca del trabajo en grupos o equipos. *ACIMED, Ciudad de La Habana*, 11, 6. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/5035/1/acerca.pdf>.
- Gonzáles, M. (2006). El profesor tutor: una necesidad de la universidad del siglo XXI. *Revista Cubana de Educación Superior*, 26(2), 23-36. En J. L. Hidalgo-Rivera, M. Cárdenas-Jiménez y S. Rodríguez-Jiménez (2013). El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 92-97.
- González Ortega, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan*, 7(2), 130-138. En P. M. Molina, P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- González, J. R., García, A., Meléndez, C., Núñez, S., Soler, A. M. y Macías, J. (2001). Evaluación del plan de acogida de los alumnos de nuevo ingreso de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. España. *Rev. Cuid.*, 2(2), 119-126.
- González, E. y Comelles, J. M. (Comps.) (2000). *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gordón de Isaacs, L. (2010). Patrones de pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3).

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/rt/printerFriendly/7604/7535>.

- Grau, S. (1995). *La formación de profesores de Primaria con alumnos superdotados*. Murcia: Servicio de publicaciones Universidad de Murcia.
- Griffiths, A. P. (1982). La creencia. En R. F. Dearden, P. H. Hirst y R. S. Peters. *Educación y desarrollo de la razón. Formación del sentido crítico* (pp. 220-233). Madrid: Narcea.
- Gualtero, R., y Leonardo Turek, L. (1999). Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XIX, 70, 225-234.
- Guba, E. (1983). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno y A. Pérez. *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 149-187). Madrid: Akal.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Guimón, J. (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Guimón, J. (2004). Presente y futuro de la asistencia psiquiatría en España. II Foro de los derechos ciudadanos. Institución del Defensor del Pueblo de Castilla la Mancha. Cap. 6.
- Guinsberg, E. (1985). *Sociedad, salud y enfermedad mental*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Gastmans, C. y Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J. Med. Ethic.*, 32(3), 148-152. En M. Sastre y F. Campaña (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Ene Revista enfermería*, vol. 8, noviembre.
- Gutiérrez, M. I. y Latorre, I. (2002). Las prácticas clínicas de Enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso. *Metas de enfermería*, 49, 50-53.
- Grupo de Cuidado. (2002). Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos. En F. J. Báez-Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos- Cedeno y O. M. Medina-López (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.

- Haag-Heitman, B. (1999). *Clinical practice development using novice to expert theory*. Gaithersburg: Aspen. En P. M. Molina y P. T. Jara, PT. (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*; 26(2), 37-43
- Haghgha, R. (2001). A Unitary Theory of Stigmatisation. Pursuit of Self-interest and Routes to Destigmatisation, *Br. J. Psychiatry*, 178, 207-215. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, pp. 43-83.
- Hall, P., Brockington, I. F., Levings, J. y Murphy, C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 99-108.
- Hamilton, D. L. (1979). A cognitive-attributional analysis of stereotyping. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (pp. 53-84). Nueva York: Academic Press.
- Hamilton, D. L. y Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. En J. Dovidio y S. Gaertner (Eds.). *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 127-163). Orlando, FL: Academic Press.
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., y Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *J Affect Disord*, 150(2), 181-191.
- Heidegger, M. (1958). *¿Qué significa pensar?* Buenos Aires: Nova.
- Heinemann, W., Pellander, F., Vogelbusch, A. y Wojtek, B. (1981). Meeting a deviant person: Subjective norms and affective reactions. *European Journal of Social Psychology*, 11, 1-25.
- Henderson, V. A. (1995). *La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. París: Editions de l'Escole de hautes études en sciences sociales. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* 5 (p. 23). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.

- Hidalgo-Rivera, J. L., Cárdenas-Jiménez, M. y Rodríguez-Jiménez, S. (2013). El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 92-97.
- Hillert, A., Sandmann, J., Ehmig, S. C., Weisbecker, H., Kepplinger, H., Mathia y Benkert, O. (1999). The General Public's Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitudes Research. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness an agenda for change*. Nueva York: Oxford University Press. En N. Polanco, I. Cajigas, E. Rivera, N. Varas, A. Santos y E. Rosario, E. (2011). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
- Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2008). *Psicología Social*. Madrid: Panamericana.
- Hollander, E. P. (1958). Conformity, Status, and Idiosyncrasy Credit. *Psychological Review*, 65, 117-127.
- Hollander, E. (1968). *Principios y métodos de psicología social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Horton Cooley, C. (1922). Human nature and the social order. Nueva York: Scribner's Sons. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre. 1-9.
- Ibáñez, B., Pérez, C., Utrera, E., Pérez, L., Barrios, M. J. y Lopera, M. J. (2016). Reflexión sobre el papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma. 2º Premio de comunicación. XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Cádiz.
- Informes Técnicos del Instituto Andaluz de Salud Mental (1989). Gabinete técnico: Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Sevilla: IASAM. En A. Runte (2005). El estigma y la esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad de Granada.

- Instituto Andaluz de Salud Mental. (1988). Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales. Sevilla: Instituto Andaluz de Salud Mental. En M. Muñoz, E. Pérez, M. Crespo y M. I. Guillén (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense.
- Jakobson, R. (1981). Lingüística y poética. En (1981) *Ensayos de Lingüística general*. Barcelona: Seix Barral (el artículo citado data de 1960).
- Jenkins J. (1998). Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*, 35(3), 357-76.
- Jewell, M. (1994). Paternship in learning: education as liberation. *Nursing and Health Care*, 15(7). En J. L. Medina (orig. 1999). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes-Psicopedagogía.
- Jodelet, D. (1989). *Les representations sociales*. París: Presses Universitaires Françaises. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* 5 (p. 76). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2009). En M. Sastre y F. Campaña (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *Ene Revista enfermería*, vol. 8, noviembre.
- Jones, A. H. (1998). Mental illness made public: Ending the Stigma? *The Lancet*, 352(26), 1060.
- Jorge, M. R. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatria*, 23(1), 3-6.
- Judd, C., Drake, R., Downing, J. y Krosnik, J. (1991). Some dynamic properties of attitude structures: Context-induced response facilitation and polarization. *Jornal of Personality and Social. Psychology*, 60. En R. A. Baron y D. Byrne (orig. 1998). *Psicología Social* (p. 130). Madrid: Prentice Hay Iberia.
- Junker, B. H. (1960). *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*. Chicago: University of Chicago Press. En S. J. Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

- Kingdon, D., Sharma, T. y Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull*, 28, 401-406. En F. Mascayano, W. Lips, C. Mena y C. Manchego (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Knapp, M. (1990). Costs of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 509-518.
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why nurses leave nursing*. ST. Louis: Mosby.
- Kresman, D. E y Joy, V. D. (1974). Family response to the illness of a relative: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10(1), 34-57.
- Lamy, R. E. (1966). Social consequences of mental illness. *J. Consult Psychol*, 30, 450-455.
- LaPiere, R. (1934). Attitudes versus Actions. *Social Forces*, 13, 230- 237.
- Larrea, C. y Plana, M. (1993). Antropología y educación para la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 179-180, 65-70.
- Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.
- Lauber, C., Anthony, M., Adjacic-Gross, V. y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423-427. En M. Muñoz, E. Pérez, M. Crespo y M. I. Guillén (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense.
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 10-13. En N. Polanco, I. Cajigas, E. Rivera, N. Varas, A. Santos y E. Rosario (2011). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
- Legris J., Walters, M. (1999). The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *J. Adv. Nurs.*, 30(2), 448-59.
- Levinson, D. J. y Gallagher, E. B. (1964). *Sociología del enfermo mental*. Argentina: Amorrortu.
- Lewis, D. L. y Cleveland, S. E. (1966). Nursing students attitudinal changes following a psychiatric affiliation. *Journal of Psychiatric Nursing*, 67, 226-233.

- Lifshitz, A. (2011). Relación del médico con el personal de salud. *Cirujano General*, vol. 33, supl. 2, abril-junio. www.medigraphic.org.mx.
- Light, D., Keller, S. y Colohum, C. (1992). *Sociología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Link B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. y Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *J. Public Health*, 89(9), 1.328-1.333. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J. y Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1.461-1.500. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Link, B. y Cullen, F. (1983). Recosidering the social rejection of exmental patient: levels of attitudinal response. *American Journal of Community of Psychology*, 11, 261- 273.
- Link, B. G. y Callen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *J. Health Soc. Behav.*, 27: 230-89. En R. Vezzoli, L. Archiati, C. Buizza, P. Pasqualetti, G. Rossi y R. Pioli. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur. Psychiatry* (Ed. Esp.), 9, 108-116.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112. <http://dx.doi.org/10.2307/2095395>.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J. y Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am. J. Sociol.*, 92, 1.461-1.500.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E. y Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J.C. y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and*

- Social Behavior*, 38(2), 177-190. En J. E. Bullock (orig. 2002). *Mental Health and Substance Abuse Professionals. Attitudes toward Dually Diagnosed Clients in a Community-Based Treatment Center*. Tesis doctoral. Polytechnic Institute and State University Northern Virginia.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1.621-1.626.
 - Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
 - Livneh, H. (1982). On the Origins of Negative Attitudes Toward People with Disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43, 338-347. En A. L. Aguado y M. A. Alcedo (1991). Tratamiento de la discapacidad en la prensa asturiana. *Psicothema*, 3(1), 175-198. <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=2013>.
 - López, M. J. (1998). *Administrar en enfermería, hoy*. Murcia: Universidad de Murcia, EDITUM.
 - López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXVIII, 101, 43-83.
 - López-Medina, I. M. y Sánchez Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6), 307-313. En M. Moya, S. Larrosa, C. López, I. López, L. Ruiz y A. Simón (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. www.um.es/eglobal.
 - López, J. M., Orbañanos, L. y Cibanal, M. L. (2013). Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanid. Mil*, 69(1), 13-21.
 - López-Ibor, J. J. y Cuenca, O. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*. Madrid: Lilly.
 - López-Ibor, J. y Cuenca O. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas*. Madrid: Aula Médica.
 - Luis, M. T. (1997). Diagnóstico enfermero. *Rev. Rol de Enfermería*, 222, 27-31.

- Lyons, M. y Haynes, R. (1993). Student perceptions of persons with psychiatric and other disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(6), 541-548.
- Mabel, P. y Jara, P. T. (2010). El saber práctico en Enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* [online], 26(2).
- Mackie, M. M. (1973). Arriving at truth by definition: case of stereotype inaccuracy. *Social Problemas*, 20. En J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina y F. J. Cantero (Comps.) (orig. 1998). *Psicología social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos* (p. 135). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- MacLeod Clark, J., Maben, J. y Jones K. (1997). Project 2000. Perceptions of the philosophy of nursing: preparation for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 246-256. En C. Fernández y J. Amat (2012). Experiencias negativas de aprendizaje en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería Docente*, 96, 26-30.
- Maddi, S. (1967). The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 311-125. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Makas, E. (1989). The Relationship Between Contact with and Attitudes Toward People with Disabilities: A Question of Theory or of Method. The Changing World of Impaired and Disabled People in Society, edited by Stephen: En C. Hey, Gary Kiger, and Daryl Evans. Salem, OR: The Society for Disability Studies and Willamette University, pages 18-25.
- Makas, E. (1993). Getting in touch: The relationship between contact with and attitudes toward people with disabilities. En M. Nagler (Ed.). *Perspectives on disability* (pp. 121–136). Palo Alto, CA: Health Markets Research.
- Marcelo, C. (2001). Aprender a enseñar para la sociedad del conocimiento. *Revista Complutense de Educación*, 12 (2), 531-593
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Editorial Harcourt Brace.
- Martín, A. (1999). *Atención Primaria. Conceptos, organización y prácticas clínicas*. Barcelona: Harcourt de España.

- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Mexico: Trillas.
- Martínez, O. (2005). Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes-denuncia para el recuerdo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXV, 96, 9-28.
- Massó, E., Fernández, J., Macías, C. y Betancourt, Y. (2008). Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*, 24:(3-4). En A. J. Carrillo, L. García, C. L. M. Cárdenas, I. R. Díaz y N. Yabrudy (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Mauleón, M.A. (1993). Enfermería ante el paciente psiquiátrico. *Rev. Rol de Enfermería*, 177, 35-38.
- Mauleón, M. A. (1993). Pacientes Psiquiátricos perfil sociodemográfico y asistencial. *Rev. Rol de Enfermería*, 183, 79-82.
- McLean, B. (1992). Technical curriculum models: are they appropriate for the nursing profession? *Journal of Advanced Nursing*, 17. En J. L. Medina (orig. 1999). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes- Psicopedagogía.
- Madianos M., Garelis E. y Alevisos B. (1983). The impact of psychiatric education to the formation of attitudes towards mental illness. *Encefalos*, 20, 80-83.
- Madianos M., Madianou D., Vlachonikolis, J. y Stefanis A. N. (1987). Attitudes towards mental illness in the Athens area: Implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatrica Scand.*, 75, 158-165.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Editorial Harcourt Brace. En P. M. Molina y P. T. Jara. (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Martin, J. (2004). Self regulated learning, social cognitive theory, and agency. *Educational psyhologist*, 39(2), 135-145. En P. M. Molina y P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.

- Medina, J. L. (1994). Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado. *Enferm. Clín.*, 4(5), 221-32.
- Medina, J. L. (1996). La pedagogía del cuidado: Racionalidad, tradición y poder en el currículum de enfermería: Un estudio interpretativo. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina, J. L. (2002). Práctica educativa y prácticas de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*, 15, abril.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i Edicions. Universidad de Barcelona.
- Medina, J. L., y Do Prado, M. L. (2009). El currículum de enfermería como prototipo de *Tejné*: Racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(4), 617-626.
- Merriam, S. (1988). *Case study reseca in education. A qualitative approach*. San Francisco: Jossey Bass. En G. Rodríguez, J. Gil y E. García (orig. 1996). Metodología de la investigación cualitativa (p. 92). Málaga: Aljibe.
- Metha, S. y Farina, A. (1988). Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 192-202. En M. Muñoz, E. Pérez, M. Crespo y M. I. Guillén (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense.
- Miguel Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Micklin, M. (1978). Cultural basis of causation in psychological disorder. A Colombian survey. *Soc. Psychol.*, 24, 79-94.
- Millán, T., Ercolano, M., Pérez, M. y Fuentes, C. (2007). Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién egresados de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *Revista médica Chile*, 135, 1479-86.
- Moccia, P. (1990). No sir, it's a revolution. *Journal of Nursing Education*, 29(7). En J. L. Medina (orig. 1999). *La pedagogía del cuidar: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* (p. 159). Barcelona: Laertes- Psicopedagogía.

- Molina, P. M. y Jara, PT. (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Morales, F., Moya, M., Pérez, J. A., Fernández, I., Fernández-Dols, J. M., Huici, C., Páez, D. y Marqués, J. (Coords.) (1999). *Psicología social*. España: McGraw-Hill Internacional.
- Moreland, R. L y Zajonc, R. B (1977). Is stimulus recognition a necessary condition for the occurrence of exposure effects? *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 191-199.
- Moreno, M., Ruiz, M. (2003). *El diario reflexivo: herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería. Proyecto de Diario Reflexivo del Alumno del Departamento de Enfermería*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.
- Moscovici, S. y Ricateau, P., (1972). Confonnité, minorité et influence sociale. En S. Moscovici (Ed.). *Introduction a la psychologie sociale*. Vol. 1, París: Larousse. Trad. esp. en: S. Moscovici, S. (Ed.) (1975). *Introducción a la psicología social*, vol. 1 (pp. 181, 244). Barcelona: Planeta.
- Moscovici, S. y Faucheux, C. (1972). Social influence, conformity bias, and the study of active minorities. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, vol. 6, (pp. 149-202). New York: Academic Press. En M^a. D. Riba y G. Mugny (1981). Consistencia y rigidez de las minorías: reinterpretación. *Cuadernos de Psicología*, 11, 37-56.
- Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse: son image et son public. Etude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. París: Presses Universitaires de France. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* 5 (pp. 23-24). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología social I: influencia y cambio de actitudes. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Moya, M. y Rodríguez-Bailón, R. (2011). *Fundamentos de Psicología Social*. Madrid: Pirámide.
- Moya, M., Larrosa, S., López, C., López, I., Ruiz, L., y Simón, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. www.um.es/eglobal.

- Mueser, K. T. y cols. (2002). Illness management recovery: a review of the research. *Psychiatr Services*, 53(10),1272-84.
- Mugny, G. y Doise, W. (1979). Niveaux d'analyse dans l'étude expérimentale des processus d'influence sociale. *Information sur les Sciences Sociales*, 18(6), 819-876.
- Mugny, G. (1981). El poder de las minorías. Barcelona: Rol.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, M. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense.
- Murray, M. y Chambers, M. (1991). Effect of contact on nursing students attitudes to patients. *Nurse Education Today*, 11, 363-367.
- Myers, D. (1990). *Social Psychology*. Nueva York: Teachers College Press.
- Myers, D. (2000). *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Nagler, M. (1993). *Perspectives on Disability*. Palo Alto: Health Markets Research.
- Nelson S. (2007). Embodied knowing? The constitution of expertise as moral practice in nursing. *Texto contexto-enferm.*, 16(1), 136-141. En P. M. Molina y P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?* Barcelona: Masson Salvat Enfermería.
- Nogareda, C. y Nogareda, S. (2003). *NTP 455. Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Nolla, M. (1991). Calidad de vida enfermera. Condición indispensable para prestar cuidados de calidad. *Rev Rol de Enfermería*, 146, 37-42.
- Norma Técnica Terapia Electroconvulsivante modificada, normas técnicas y metodología de aplicación (2000). División de Salud de las personas. Dpto. Programas de las Personas Unidad de Salud Mental. Chile: Ministerio de salud.
- Nordt, C., Rössler, W. y Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. En N. Polanco, I. Cajigas, E. Rivera, N. Varas, A. Santos y E. Rosario (2011). Estigma hacia problemas de salud mental

- entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
- Novel, G., Vendrell, T. y J. Palomés (1985). Actitudes de Enfermería que fomentan o impiden la asistencia adecuada a los pacientes. *Rev. Rol de Enfermería*, 88: 69-73.
 - Novel, G., Lluch, T. y Rigol, A. (1988). Concepción holística de la salud mental. *Rev. Rol de Enfermería*, 115, 33-36.
 - Novel, G., Lluch, T. y Rigol, A. (1988). Asertividad y fomento de la salud mental. *Rev. Rol de Enfermería*, 116, 46-50.
 - O'Brien, P. G., Kennedy, W.Z y Ballard, K.A. (2001). *Enfermería Psiquiátrica*. México D. F.: McGraw Hill. Océano.
 - Oestergaard, S. y Moldrup, O. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: A meta-analysis. *J. Affect Disord*, 131, 24-36. En V. Ferreres, J. Pena-Garijo, M Ballester, S. Edo, I. Danjurjo y L. Ysem (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online], 32(114), 271-286.
 - Oldewening, K., Lange, R. T., Willan, S., Strangway, C., Kang, N. e Iverson, G. L. (2007). Effects of an education training program on attitudes to electroconvulsive therapy. *J. ETC*, 23(2), 82-8. En A. Finalé e I. Zarragoitia (2008). Aspectos bioéticos relacionados con el tratamiento del electroshock en pacientes psiquiátricos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 5(2).
 - OPS (2004). *Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica*. Costa Rica: Ministerio de Salud.
 - Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata. Atención Primaria de salud. Ginebra.
 - Organización Mundial de la Salud (2001). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf.
 - Ortega C. (2002). El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10(3), pp. 88-89. En F. J. Báez-Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos-Cedeno y O. M. Medina-López. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.

- Ortiz, M. A., Sales, R. y Albertos, S. (2002). Cuidados de enfermería en el enfermo con esquizofrenia ingresado en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Viure en salut*, 56, 12-13.
- Oskamp, S. (1991). *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Pacheco, G., Porras, A. y Bilbao, C. (1999). Posibilidades de intervención en el quehacer cotidiano. *Cul. Cuid.*, 5, 69-74.
- Pades, A. y Homar, C. (2006) El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. *Rev. Rol Enferm.*, 29(9), 19-24. En M. Moya, S. Larrosa, C. López, I. López, L. Ruiz y A. Simón, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. www.um.es/eglobal.
- Páez, D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A. (1991). *Sida: imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Valencia, J. F., Morales, J. F. y Ursua, N. (1992). Metateoría y problemas metodológicos en psicología social. En D. Páez, J. F. Valencia, J. F. Morales, B. Sarabia y N. Ursua (Eds.) (1992). *Teoría y método en psicología social*. Barcelona: Anthropos.
- Palton, M. Q. (1987). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pelto, P. J. y Pelto, G. H. (1978). *Anthropological Research: The Structure of Inquirí*. Cambridge: Cambridge University Press. En J. P. Gotees y M. D. Le Compte (orig. 1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa* (p. 125). Madrid: Morata.
- Penn, D. L., Guyman, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P. y Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of Schizophrenia: What sort of Information is Best? *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 567- 574. En R. Vezzoli, L. Archiati, C. Buizza, P. Pasqualetti, G. Rossi, y R. Pioli (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur. Psychiatry* (Ed. Esp.), 9, 108-116.
- Penn, D. L., Kommana, S., Mansfiel, M. y Link, B. G. (1999). Dispelling the Stigma of Schizophrenia. *Bulletin*, 25(3), 437- 446.
- Penn, D. L y Couture, S. M. (2002). Strategies for Reducing Stigma Towars Persons with Mental Illness, *World Psychiatry*, 1(1), 20-21. En M. López, M.

- Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, 101, pp. 43-83.
- Penney, D y Stastny, P. (2009). *The Lives they Left behind. Suitcases from a State Hospital Attic*. New York: Bellevue Literary Press.
 - Paksoy Erbaydar, N. y Cilingiroglu, N. (2010). Does medical education influence the attitudes of medical students towards individuals with mental health problems? *Turkish Journal of Psychiatry*, 1-11. En N. Polanco, I. Cajigas, E. Rivera, N. Varas, A. Santos y E. Rosario (2011). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
 - Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
 - Perales, A. y Gómez, M. (2002). Estigmatización y esquizofrenia. *Viure en salut*, 56, 10-11.
 - Pérez Gómez, A. (2009). Las funciones sociales de la escuela: de la reproducción a la reconstrucción crítica del conocimiento y la experiencia. En M. C. Tovar-Moncada y S. Crespo-Knopfler (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 115-20.
 - Pérez, C., Alameda, A. y Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud pública*, 76(5), 517-530.
 - Pérez, A., Barallobre, A., Cuadrado, A., Cuadri, M. J., Jara, F., González, A., Pérez-Minayo, T. y Tirado, A. (2002) Perfil de valores profesionales elegido por estudiantes de enfermería al inicio de sus estudios. Experiencia en Sevilla. *Enfermería Clínica*, 12(3), 109-116. En J. C. Francisco del Rey (2008). *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Alcalá de Henares: Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Universidad de Alcalá de Henares

- Pérez, A. G., Castresana, C. C., Rivera, J. L. G y Benítez, M. H. (1990). ¿Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica? *Anales de Psiquiatría*, 6(4), 167-170.
- Pérez, G. (1990). *Investigación-Acción. Aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid: Dyckinson.
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, E., Valero, J., Toledo, A., Hormigo, A., Enríquez, C. y Castro, F. (2000). Valoración inicial ante la enfermedad mental. *Enfermería Científica*, 224-225, 67-72.
- Perloff, R. M. (1993). *The dynamics of persuasion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Perris, C. y Kamali D. (1985). Focus on the Italian psychiatric reform: an introduction. *Acta Psychiatr Stand*, 316(supl.), 135. En R. Vezzoli, L. Archiati, C. Buizza, P. Pasqualetti, G. Rossi y R. Pioli (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur. Psychiatry* (Ed. Esp.), 9, 108-116.
- Peset J. (1983). *Locos en ciencia y marginación. Sobre negros locos y criminales*. Barcelona: Crítica.
- Pettit, J. W., Voelz, Z. R. y Joiner, T. E. (2001). Combined treatment for depression. En M. T. Sammons y N. B. Schmidt (Eds.). *Combined treatments for mental disorders: a guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 131–160).
- Petty, R. E. y Wegener, D. T. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. En D. Gilbert. S. Fiske y G. Lindzey (Eds.). *Handbook of social psychology* (pp. 323-390). Nueva York: McGraw-Hill.
- Phelan, J. C. y Link, B. G., (1998). The Growing belief that People with Mental Illnesses Are Violent: the Role of the Dangerousness Criterion for Civil Commitment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 33(supl. 1), 7-12.
- Polanco, N., Cajigas, I., Rivera, E., Varas, N., Santos, A. y Rosario, E. (2011). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.

- Poletti R. (1980). Aspectos psiquiátricos de los cuidados de Enfermería. *Rev Rol de Enfermería*, 167.
- Keane, M. (1991). Beliefs about mental illness in a culturally diverse nursing students population: implications for education and practice. *Journal of the New York State Nurses Association*, 22(4), 15-18.
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions about mental illness: a review of literature. *Psychol. Bull.*, 77(3), 153-71.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10. En J. Guimón (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* (p. 83). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Ramos Brieva, J. A. (1999). *Contención mecánica*. Barcelona: Masson.
- Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo (M. Trab. y S. S., BOE 29 de marzo de 1995).
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría? Entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental*, 19, 49-57.
- Reyes, J. F., García, J. J., Fernández, C. y Amat, J. (2012). Experiencias negativas de aprendizaje en estudiantes de Enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería Docente*, 96, 26-30. http://www.index-f.com/edocente/informacion_autores.php.
- Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental*. Barcelona: Paidós.
- Riba, M^a. D. y Mugny, G. (1981). Consistencia y rigidez de las minorías: reinterpretación. *Quaderns de psicologia*, 11, 37-56.
- Rist, E. (1997). On the relations among education research paradigma: From disdain to detente. *Anthropology and education*, 8. En S. J. Taylor y R. Bogdan (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, M. y Herrera, L. M. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & contexto Enfermagem*, 15, 158-163. En P. M. Molina y P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Rivera, L. N. (2013). Saber y experiencia de el /la estudiante de Enfermería en sus prácticas de cuidado. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona,

- Robinson, W. (1978). *Lenguaje y conducta social*. México: Trillas. En J. M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina y F. J. Cantero, F.J. (Comps) (1988). *Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M. y Blando, A. (2012). Los diarios reflexivos en la tutoría clínica de enfermería. Significados atribuidos por los tutorados. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(4), 9-20.
- Rodríguez-Jiménez, S. y Cárdenas, J. M. (2011). La tutoría clínica reflexiva. Un modelo de práctica docente en enfermería. México, UNAM, Porrúa, 83. En S. Rodríguez, M. Cárdenas y A. Blando (2012). Los diarios reflexivos en la tutoría clínica de enfermería. Significados atribuidos por los tutorados. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(4), 9-20.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, J. (2011). Contencions mecàniques: diàleg a partir de les sensacions del professional. Resultats i conclusions del taller de sensibilització sobre l'ús de les contencions físiques. [Consultado 18 agosto 2015]. Disponible en: <http://solofisio.files.wordpress.com/2011/10/taller-de-sensibilitzacic3b3-sobre-lc3bas-de-les-contencions-resultats-i-conclusions.pdf>.
- Roman, P. M. y Floyd, H. H., Jr. (1981). Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 16, 16-21.
- Rosenberg, M. y Hoveland, C. (1960). Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes. En C. Hoveland y M. Rosenberg (Eds.) (1961). *Attitude Organization and Change*. New Haven: Yale University Press.
- Rosnow, R. (1981). *Paradigms in transition. The methodology of social inquiry*. Oxford: Oxford University Press. En J. Guimón. (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Rössler, W., Salize, H. J., Trunk, V. y Voges, B. (1996). Die Einstellung von Medizinstudenten gegeneüber psychisch Kranken. *Nervenarzt*, 67. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* (p. 84). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.

- Ruiz, M. A., Montes, J. M., Correas, J., Álvarez, C., Mauriño, J. y De Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106.
- Ruiz Ruiz, M. (1979). *La imagen de la locura. Actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. Barcelona: Ed. Centro de Estudios Psiquiátricos y psicológicos (CEPYP).
- Ruiz, J. I. e Ispizua, M. A. (1989). *La entrevista en profundidad. En La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Runte, A. (2005). El estigma y la esquizofrenia. Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada. Granada
- Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., y Corrigan, P. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *Eur. Psychiatry*, 20, 529-539. En M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, 101, pp. 43-83.
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Saarikoski, M. (2002). Clinical learning environment and supervision. Development and Validation of the CLES Evaluation Scale. Dissertation. *Annales Universitatis Turkuensis Medica-Odontologica Ser D. Tum.*, 525 (University of Turku, Finlandia). En C. Fernández y J. Amat (2012). Experiencias negativas de aprendizaje en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería Docente*, 96, 26-30.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [online], 16(45), 163-188.
- Sáez, J. (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Sáez, J. (2006). *El Arte: conversaciones imaginarias con mi madre*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.

- Sánchez, E., Guillén, F., Pineda, C., Moreno, N., Medina, I., Barón, F. J. y Lavajos, M. (2001). Cambio de actitudes hacia la enfermedad mental y somática en estudiantes de Fisioterapia tras seguir un programa de psicósomática. *Cuaderno de Medicina psicósomática y psiquiatría de enlace*, 58/59.
- Sánchez, M. (1992). Estrés de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Científica*, 127, 43-46.
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- San Juan, Q. A. (2007). Enfermería en la sociedad: relación teoría práctica. *Cultura de los cuidados*, XI (21). En M. C. Tovar-Moncada y S. Crespo-Knopfler (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 115-20.
- Sanvisens, A. (1984). Educación, pedagogía y ciencias de la educación. En A. Sanvisens y cols. *Introducción a la Pedagogía*. Barcelona: Barcanova.
- Sanz, M. A. y Lucas, C. (2011). *Escenarios de formación. La coordinación de prácticas curriculares de enfermería en el hospital universitario Méndez de Lorca*. Congreso internacional de innovación docente. Cartagena, España: Universidad Politécnica de Cartagena.
- Saraceno, C. (1992). *Sociología da familia*. Lisboa: Estampa.
- Sastre, M. y Campaña, F. (2014). Contención mecánica. Definición conceptual. *ENE Revista enfermería*, 8.
- Sayce, L. (1998). Stigma, Discrimination and Social Exclusion: What Is in a Word. *Journal of Mental Health*, 7(4), 331-343.
- Schein, E. H. (1956). The Chinese indoctrination program for prisoners of war: A study of attempted brainwashing. *Psychiatry*, 19, 149-172.
- Shön, D (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Schön D. (2008). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.

- Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2010). *Teorías de la personalidad*. CENGAGE Learning, 407. En M. C. Tovar-Moncada y S. Crespo-Knopfler. (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc.*, 23(2), 115-20.
- Schurmans, M. N. (1990). *Maladie mentale et sens común. Un étude de sociologie de la connaissance*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. En (orig. 2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* (p. 24). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Sherif, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 187.
- Seppilli, A. (1985). *Educazione sanitaria. L'educazione sanitaria, la partecipazione e la difesa della salute*. Roma: Pensiero Scientifico. En P. Bartoli (1989). Antropología en la educación sanitaria. *Revista D'Antropologia social*, 7, 18-24.
- Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Patina, M., Lester, D., Angeletti, G., Tatarelli, R., Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 576–585. En B. Ibáñez, C. Pérez, E. Utrera, L. Pérez, M. J. Barrios y M. J. Lopera (2014). *Reflexión sobre el papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma*. 2º Premio de comunicación. (<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/06/2-PREMIO>)
- Serrano, R., Saracíbar, M. I., Carrascal, E., Tina, P., Narvaiza, M. J., Sanz, M. y Díaz, M. T. (1997). Estandarizar cuidados. Cuando lo hecho es válido. *Revista Rol de Enfermería*, 20(227-228), 23-31.
- Shaw, C. (1931). *The Natural History of a Delinquent Career*. Chicago: University of Chicago Press. En S. J. Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Sherif, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 187.
- Seoane, A., Alava, T., Blanco, M. y Díaz H. (2005). *Protocolo de contención de pacientes*. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias. En R. P. Vázquez, M. G. Nava y M. García (2013). Intervención educativa a familiares

sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos. *Enfermería Neurológica*, 12(1), 10-17. www.medigraphic.org.mx.

- Silva, I., Vieira, M., Dias, S., Isse, S., Radünz, V., Atherino, E. y De Santana, M. E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 43(3), 697-703. En A. J. Carrillo, L. García, C. L. M. Cárdenas, I. R. Díaz y N. Yabrudy (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32, 346-361.
- Sivakumar, K., Wilkinson, G., Toone, B. K. y Greer, S. (1986). Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med.*, 16(2), 457-60.
- Slimmer, L. W., Wendt, A. y Martinkus, D. (1990). Effects of psychiatric clinical site learning on nursing students attitudes toward mental illness and psychiatric nursing. *Journal of nursing education*, 29(3), 127-132.
- Smith, E. R. (1993). Social identity and social emotions: Toward new conceptualizations of prejudice. En D. M. Mackie y D. L. Hamilton (Eds.). (1993). *Affect, cognition, and stereotyping: Interactive processes in group perception* (pp. 297-315). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Solá, A. (2006). *Hollywood, cine y psiquiatría*. Barcelona: Editorial Base.
- Solano, M. C. y Siles, J. (2013). La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. *Index Enfermería*, 22(4). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300014>.
- Spinato, L. y Rubin, E. (2009). Experiences of learning about nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 506-511. En P. M. Molina y P. T. Jara (2010). El saber práctico en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 37-43.
- Stafford, M. C. y Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control: Some conceptual issues. En S. C. Ainlay, G. Becker, y L. M. Coleman (Eds.). *The dilemma of difference* (pp. 77-91). Nueva York: Plenum Press.
- Stangor, C., Crandall, C. S., Heatherton, T., Kleck, R. y Hebl, M. (2000). The social psychology of stigma. Threat and the social construction of stigma. En J.

- Arboleda Flórez (2003). Stigmatization and human rights violations. *Can. J. Psychiatry*, 48(10), 58-71.
- Stake, R. E. (1997). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
 - Star, S. A. (1956). *Psychiatry, the Press and the Public*. Chicago: National Opinion Research Center-University of Chicago. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría* (p. 23). Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
 - Strack, F., Martin, L. L. y Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 768-777.
 - Stroebe, W., Lenkert, A. y Jonas, K. (1988). Familiarity may breed contempt: The impact of student exchange on national stereotypes and attitudes. En W. Stroebe, A. W. Kruglanski, D. Bar-Tal y M. Hewstone (Eds.), *The social psychology of intergroup conflict. Theory, research and applications*. Berlín: Springer.
 - Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well being of others. *The journal of nursing scholarship*, 24(4), 352-357. En F. J. Báez-Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos-Cedeno y O. M. Medina-López (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.
 - Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
 - Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2008). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
 - Thurstone, L. L. (1927). Psychophysical Analysis. *Amer. J. Psychology*, 38, 368-389.
 - Thurstone, L. L. (1928). The measurement of opinion. *Journal of Abnormal Social Psychology*. En Y. Álvarez (2008). Actitudes hacia las matemáticas en estudiantes de ingeniería en universidades autónomas venezolanas. Tesis doctoral. Universidad Centroccidental.
 - Timmins, F. y Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students—fact-finding sample survey. *Nurse Educ. Today*, 22, 203-211. En M. Moya, S. Larrosa, C. López, I. López, L. Ruiz,

- L. y A. Simón (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. www.um.es/eglobal.
- Tovar-Moncada, M. C. y Crespo-Knopfler, S. (2015). Del aprendizaje vicario al aprendizaje reflexivo en la formación profesional de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 115-20.
 - Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. Nueva York: Wiley.
 - Triandis, H. C. (1974). *Actitudes y cambios de actitudes*. Barcelona: Toray.
 - Tringo, J. L. (1970). The hierarchy of preferences toward disability groups. *Journal of Special Education*, 4, 295-306.
 - Úbeda, J., Pujol, G., Olivé Ferrer, C., Álvarez Miró, R. y Segura, M. S. (1993). Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docente. *Enferm Clíin*, 3(1), 11-15.
 - Üçock, A., Polat, A., Sartorius, N., Perkoç, S. y Atakli, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 89-91. En M. Muñoz, E. Pérez, M. Crespo y M. I. Guillén (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial U. Complutense.
 - Ulloa, R. L. (2007). Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192007000400002&lng=es.
 - Universidad Complutense de Madrid y Obra Social Caja Madrid (2003-2007). *Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmación que sufren las personas con enfermedad. Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica*. Comunidad Autónoma de Madrid.
 - UPN (2002). *Prácticas profesionales y servicio social. Programa de reordenamiento de la oferta educativa de la universidad UPN. Licenciatura en Intervención Educativa*.
 - UNAM. (2005). Perfil del tutor (Módulo I). En: Taller del Tutor. México. <http://bit.ly/IBy3tP>

- Valdés, M. (1994). Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Van Manen, M. (1998). *El tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.
- Vázquez, R. P., Nava, M. G. y García, M. (2013). Intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos. *Enf. Neurol.*, 12(1), 10-17. www.medigraphic.org.mx.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur. J. Psychiatry*, 9(2º edición especial), 57-61.
- Villoro, L. (1982). *Crear, saber, conocer*. Bogotá: Siglo XXI.
- Von Wright, G. H. (1987). *Explicación y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bull.*, 25(3), 467- 478.
- Walkey, F. H., Green, D. E. y Taylor, A. J .W. (1981). Community Attitudes to Mental Health: A Comparative Study. *Soc. Sci. Med.*, 15, 139-144.
- Walker, R. (1983). La realización del estudio de casos en educación: ética, teoría y procedimientos. En W. B. Dockrell y D. Hamilton, D. *Nuevas reflexiones sobre investigación educativa* (pp. 42-80). Madrid: Narcea.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the Philosophy and Science of caring*. Boston: Little Brown and Company. En F. J. Báez-Hernández, V. Nava-Navarro, L. Ramos-Cedeno, O. M. Medina-López (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127-134.
- Weber, M. (1985). *Ensayos de sociología contemporánea*. Barcelona: Planeta Agostini. En R. Albuixech (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: la formación como alternativa. *Nure Investigación*, 10, noviembre. 1-9.
- Weiss, M. G. y Ramakrishna, J. (2001). Interventions: Research on reducing stigma. www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm

- Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad*. Cognición y desarrollo. Barcelona: Editorial Paidós.
- Whatley, C. (1959). Social attitudes toward discharged mental patients. *Social Problems*, 6, 313-320. En J. Guimón (2001). *Los prejuicios contra la psiquiatría*. Madrid: Core Academic-Biblioteca de salud mental.
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus action: the relationships of verbal and over behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25, 41-78.
- Wilcock, A. (1998). *An Perspective Occupational of Health*. Thorofare NJ: Slack
- Wilkinson, C. R. (1982). Significance of sponges with cyanobacterial symbionts on Davies Reef. Great Barrier Reef. Proc. 4th Int. *Coral Reef Symp*, 2, 705-712.
- Wills, T. A. (1978). Perceptions of clients by professional helpers. *Psychological Bulletin*, 85(5), 968-1.000.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. y Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168, 183-190. En I. Gilaberte, I. Failde, A. Salazar y L. Caballero (2012). Actitud de los alumnos de quinto de Medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*, 15(4), 227-233. www.educmed.net.
- Wolfgang, G., Wiebke, A. y Schlamann, P. (2010). Concepción e implementación de intervenciones contra el estigma de las enfermedades mentales: recomendaciones y resultados a base de investigación y práctica. Alianza alemana para la salud mental: proyecto contra el estigma. *Stand*, 9 septiembre, 1-7.
- Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001, mental health: new understanding*. New Hope: Geneva.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., y Olson, J. M. (2002). *Psicología Social*. Madrid: Thompson-Paraninfo.
- Wright, G. (1980). *Explicación y Comprensión*. Madrid: Alianza Universidad.
- Wyer, R. S. y Srull, T. K. (Eds.) (1994). *Handbook of social cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. En R. A. Baron y D. Byrne (1998). *Psicología social* (p. 130). Madrid: Prentice Hall.

- Wyer, R., Thomas, S. y Cruel, K. (1994). *Handbook of social cognition*. Hillsdale: Erlbaum. En R. A. Baron y D. Byrne (1998). *Psicología social* (p. 130). Madrid: Prentice Hall.
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research. Design and Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications. En G. Rodríguez, J. Gil y E. García (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (p. 96). Málaga: Aljibe.
- Yllá, L. y González-Pinto, A. (2003). Terapia de grupo y cambios de actitudes hacia la enfermedad mental en estudiantes de Medicina. *Revista Avances en salud mental relacional*, 2(1).
- Yllá, L., Ozamiz, A. y Guimón, J. (1982). Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad Mental. *Rev. Psiquis*, 3(III), 30-44.
- Yllá, L., González-Pinto, A., Eguiluz, A., Zupiria, X. e Iturriaga, J. (1993). Aplicación en estudiantes de Medicina, del cuestionario de Zielke para cambios tras procesos grupales. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 21(4), 149-156.
- Yuker, H. E., (1988). *Attitudes Toward Persons with Disabilities*. New York: Springer-Verlag. En J. E. Bullock (2002). *Mental Health and Substance Abuse Professionals. Attitudes toward Dually Diagnosed Clients in a Community-Based Treatment Center*. Tesis doctoral. Polytechnic Institute and State University Northern Virginia.
- Yuker, H. E., Block, J. R. y Young, J. H. (1966). *The measurement of attitude toward disabled persons*. Nueva York: Human Resources Center.
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology Monograph Supplement*, 9,(2, Pt.2), 1-27.
- Zinder, M y Miene, P. (1994). On the functions of Stereotypes and Prejudice. En M. P Zanna y J. M. Olson (Eds.). *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium*, vol. 7. Hillsdale: Erlbaum.
- Zryewskyj, T. y Davis, L. (1987). Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. *AARN-New-Lett.*, 43, 24-5. En M. Moya, S. Larrosa, C. López, I. López, L. Ruiz y A. Simón (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 12(31). www.um.es/eglobal.

- Zupiria, X. (1999). Fenómenos psicológicos emergentes en el comienzo de las prácticas hospitalarias en estudiantes de primero de Enfermería. *Boletín de la APAG.*, 13, 45-52. En J. M. López, L. Orbañanos y M. L. Cibanal (2013). Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanid. mil.*, 69(1), 13-21.
- Zupiria, X. (2000). *Relación enfermo-profesional de la salud*. Bilbao: Universidad del País Vasco. En J. M. López, L. Orbañanos y M. L. Cibanal (2013). Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanid. mil.*, 69(1), 13-21.
- Zupiria, X., Uranga, M^a. J., Alberdi, M. J. y Barandiaran, M. (2003). KEZKAK: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit.*, 17(1), 37-51. En M. Moya, S. Larrosa, C. López, I. López, L. Ruiz y A. Simón (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. www.um.es/eglobal.
- Zupiria, X., Uranga, M^a J., Alberdi, M. J., Barandiaran, M., Huitzi, X. y Sanz, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: evolución a lo largo de la diplomatura. *Enferm Clín.*, 16(5), 231-237.

ANEXOS

Anexo 1. : BOE: Plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería del Universidad de Lleida

44622

Martes 19 diciembre 2000

BOE núm. 303

23104 RESOLUCIÓN de 15 de noviembre de 2000, de la Universidad de Lleida, por la que se hace pública la adaptación del plan de estudios conducente al título oficial de Diplomado en Enfermería a la normativa vigente. Este plan de estudios fue aprobado por Resolución de este Consejo de fecha 28 de septiembre de 1992 y modificado en el «Boletín Oficial del Estado» de 10 de agosto de 1995.

Homologado por el Consejo de Universidades, por acuerdo de su Comisión Académica de fecha 17 de octubre de 2000, el plan de estudios conducente al título oficial de Diplomado en Enfermería de la Universidad de Lleida.

Este Rectorado ha resuelto publicar la adaptación al plan de estudios de Enfermería, estructurado conforme figura en el siguiente anexo.

Lleida, 15 de noviembre de 2000.—El Rector, Jaume Forta Casanellas.

ANEXO 2-A. Contenido del plan de estudios

UNIVERSIDAD LLEIDA

PLAN DE ESTUDIOS CONDUCENTES AL TÍTULO DE

DIPLOMADO EN ENFERMERÍA

Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza/ diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)
				Totales	Teóricos/Prácticos/ clínicos		
1		Administración de Servicios de Enfermería	Administración de Servicios de Enfermería	4 T	3 T	Sistemas de Salud. Planificación y economía sanitarias. Administración de Servicios de Enfermería	Enfermería
				7 T			
				7	3		
1		Ciencias Psicosociales Aplicadas	Ciencias Psicosociales Aplicadas	8	2 T	Aspectos psicológicos y sociales de los cuidados de Enfermería	Enfermería, Psicología básica, Psicología social, Sociología, Personalidad, evaluación, tratamiento psicológico y
				8	6		
				6T+2A	4T+2A		
				8	2		

1. MATERIAS TRONCALES									
Ciclo	Curso (1)	Denominación (2)	Asignatura/s en las que la Universidad en su caso, organiza/diversifica la materia troncal (3)	Créditos anuales (4)		Breve descripción del contenido	Vinculación a áreas de conocimiento (5)		
				Totales	Teóricos			Prácticos/ clínicos	
1		Enfermería Médico-Quirúrgica	Enfermería Médico-Quirúrgica 1	55 48T+7A	19 12T+7A	36T 36	Bases para el cuidado del paciente con alteraciones médico-quirúrgicas. Observación y valoración del paciente. Mecanismos biológicos de defensa. Problemas más comunes de enfermería médico-quirúrgica y cuidados de enfermería.	Enfermería. Medicina y Cirugía. Oftalmología. Otorrinolaringología	
			Enfermería Médico-Quirúrgica 2	8	4T+1,5A	2,5	Procesos desencadenantes de las enfermedades. Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud. Necesidades y/o problemas derivados de las patologías más comunes que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano. Tecnología de enfermería para la atención a individuos con problemas médico-quirúrgicos. Cuidados de enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos		
			Enfermería Médico-Quirúrgica 3	26	5T+4A	17			
			Enfermería Médico-Quirúrgica 4	7	3T+1,5A	2,5			
				14		14			Enfermería
1		Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	11 6T+5A	4 2T+2A	7 4T+3A	Salud Mental y modo de vida. Atención de Enfermería de Salud Mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de Enfermería		
			Estructura y Función del Cuerpo Humano 1	11	4	7			
			Estructura y Función del Cuerpo Humano 2	12,5 8T+4,5A	10,5 6T+4,5A	2T 2	Citología. Embriología. Histología. Fundamentos de genética. Estudio anatómico y fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biotecnologías. Oligoelementos. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y biofísica de las membranas, músculos y nervios.	Bioquímica y Biología Molecular. Biología Celular. Ciencias morfológicas. Fisiología. Enfermería	
				8	4T+3A	1			
				4,5	2T+1,5A	1			

Anexo 2. :

DIARIO DE PRACTICAS ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL

CENTRO DE PRACTICAS:

ESTUDIANTE:

SERVICIO:

UNIDAD:

TUTOR:

PERIODO:

- PERSPECTIVAS PERSONALES Y PROFESIONALES DE ESTAS PRACTICAS

- ¿ QUE ES PARA TI CUIDAR EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL?

- DESCRIBE ALGUNAS SENSACIONES / EMOCIONES / SENTIMIENTOS DE TU PRIMER DIA DE PRACTICAS (justifica la respuesta):

A. Al conocer al personal de la unidad

B. Al conocer la primera paciente psiquiátrico

C. Al conocer al primer familiar

D. Otros

- VALORA EL RECIBIMIENTO QUE HAS RECIBIDO POR PARTE DE

(justifica la respuesta):

A. PERSONAL DE LA UNIDAD

B. PACIENTE PSIQUIATRICO

C. FAMILIAR

- DESCRIBE ALGUNAS SITUACIONES DONDE HAS TENIDO DIFICULTADES

DIARIO DE PRACTICAS

Anotar y reflexionar sobre los aspectos relevantes de tus practicas y experiencias significativas.

Los siguientes ejemplos podrían ser temas de inclusión en el diario de practicas: Experiencias relevantes de la practica – técnicas realizadas – actividades habituales que hayan dado lugar a una reflexión – problemas y dificultades – logros obtenidos – sentimientos que se hayan generado durante una practica concreta a lo largo del periodo de practicas.

Sobre ellos el estudiante podrá reflexionar cuestionándose aspectos como: ¿ Qué paso?, ¿por qué fue significativo?, ¿Cuándo ocurrió el hecho?, ¿Por qué?, ¿Donde ocurrió?, ¿Qué personas estaban implicadas?, ¿Cuál era el estado emocional y físico?, ¿hasta donde se implico?, ¿Como afronto el suceso? Y ¿Que ha aprendido del suceso?

FECHA	EXPOSICIÓN DE LA EXPERIENCIA PRACTICA

- VALORACION O COMENTARIO DE TU ESTANCIA EN LA UNIDAD

- QUE PIENSAS QUE PODRIAS APORTAR DE TU EXPERIENCIA EN ESTAS PRACTICAS

CUESTIONARIO OPINIONES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

El objetivo de esta encuesta de opinión es el de conocer la existencia de prejuicios hacia la psiquiatría.

Quisiéramos saber lo que usted opina acerca de estas manifestaciones. Cada una de ellas va seguida de seis elecciones:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 3. :

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN

“EL PREJUICIO EN LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL, EN EL ALUMNO UNIVERSITARIO EN SU FORMACIÓN INICIAL PRÁCTICA: LÍMITES Y POSIBILIDADES”

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Esta Tesis tiene como finalidad proponer pautas de intervención educativa para mejorar la enseñanza y aprendizaje practica de los estudiantes universitarios noveles en enfermería psiquiátrica y salud mental. Para lo cual es necesario:

- Explorar actitudes y prejuicios culturales, sociales e intelectuales.
- Describir y analizar la evolución de actitudes y prejuicios durante el periodo de prácticas.
- Valorar las competencias en el aprendizaje practico
- Proporcionar líneas de mejora y ayuda en el aprendizaje.

A usted se le pide que tome parte de este estudio por considerar que posee el perfil para participar como informante. El tiempo previsto del estudio, y de su participación en el mismo será de cinco meses (marzo a julio 2006).

B. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted decide participar, se le realizaran:

- Entrevistas en profundidad antes y después de su periodo de prácticas, se las realizara el investigador principal y le realizaran preguntas personales tipo biográfica y relacionada con su actitud y prejuicios hacia la psiquiatría y salud mental, así como sus vivencias en su periodo de prácticas

Si usted decide participar, puede decidir no responder cualquier pregunta que le haga sentir incómodo y puede parar la entrevista en cualquier momento. Las entrevistas duraran entre 30 y 45 minutos.

La conversación será grabada para que la información obtenida pueda ser transcrita, y posteriormente dejárselas leer y confirme que realmente quería decir lo que dijo. Además el entrevistador tomara notas.

- Observaciones durante el periodo de prácticas en la unidad de agudos del servicio de psiquiatría del Hospital Sta. María, que serán realizadas también por el investigador principal. Estas observaciones se realizaran en momentos diferentes durante las actividades que se desarrollan en la unidad.

Las observaciones serán anotadas por el observador en libreta de campo, para posteriormente transcribirlas.

- Diario de prácticas del alumno, que tendrá que realizar durante dicho periodo, realizando anotaciones casi diariamente. Y que una vez finalizadas sus prácticas deberá entregar al investigador.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio puede suponer para usted molestias por el tiempo que tendrá que dedicar así como por ser sometido a una observación durante su aprendizaje práctico.

D. BENEFICIOS:

Usted entiende que no puede recibir ningún beneficio directo por participar en este estudio; pero puede aprender a reflexionar sobre la enfermedad mental y el enfermo mental así como de su aprendizaje en prácticas.

E. Antes de dar su autorización para este estudio debe haber hablado con la Sra. Maria Sánchez Fernández sobre el mismo y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas.

F. Recibirá una copia de este formulario firmado para su uso personal.

G. La participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una forma anónima, por lo cual se le identificara con un nombre ficticio.

H. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

Yo he leído, o se me ha leído, toda la información descrita en este formulario, antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto informante de investigación en este estudio.

Nombre, DNI y firma del sujeto

Fecha

Nombre, DNI y firma del Investigador

Fecha

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

