



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Estigma de los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental: eficacia de una intervención de contacto

Concepción Martínez Martínez



Tesis **Doctorales**

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Unitat de Digitalització UA
Unidad de Digitalización UA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD HACIA LAS PERSONAS
CON TRASTORNO MENTAL: EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE
CONTACTO DIRECTO.**

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ MARTÍNEZ

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

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Dirigida por:

DR. JUAN DIEGO RAMOS PICHARDO

DR MIGUEL RICHART MARTÍNEZ



Dr. D. JUAN DIEGO RAMOS PICHARDO. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva

Y el Dr. D. MIGUEL RICHART MARTÍNEZ Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante

CERTIFICAN:

Que Dña. Concepción Martínez Martínez ha realizado bajo su inmediata dirección y supervisión el trabajo titulado “Estigma en los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental. Eficacia de una intervención de contacto directo” y habiendo terminado en esta fecha y revisado su contenido, se estima que reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctora en Ciencias de la Salud.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en Alicante a 11 de mayo de 2021.

Fdo. Juan Diego Ramos Pichardo

Miguel Richart Martínez

La Tierra Santa

Conocí Jericó,
yo también tuve mi Palestina,
los muros del manicomio
eran los muros de Jericó
y una poza de agua infesta
nos bautizó a todos.
Allí dentro éramos judíos
y los Fariseos estaban en lo alto
y estaba también el Mesías
confundido con la muchedumbre:
un loco que gritaba al Cielo
todo su amor a Dios.

Nosotros todos, manada de ascetas,
éramos como los pájaros
y cada tanto una red
oscura nos aprisionaba
pero nos dirigíamos hacia la celebración,
la celebración de nuestro Señor
y Cristo el Salvador.

Fuimos lavados y sepultados,
olíamos a incienso.
Y después, cuando amábamos
nos daban los electrochoques
porque, decían, un loco
no puede amar a nadie.

Pero un día desde la tumba
también yo desperté
y también como Jesús
tuve mi resurrección,
mas no ascendí a los cielos,
bajé al infierno
desde donde atónita miro de nuevo

los muros de la antigua Jericó.

Alda Merini (1931-2009)

A Teo Vázquez Martínez, mi futuro

A Froilán Vázquez, mi vida

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera podido hacerse realidad sin la ayuda y colaboración muchas personas a las que quiero agradecer su tiempo y dedicación.

En primer lugar, a mis directores, Miguel Richart y Juan Diego Ramos, gracias por la paciencia, por las orientaciones siempre tan certeras y por la disponibilidad. Siempre presentes a pesar de la distancia física que nos ha separado. Espero que sigamos compartiendo conversaciones telefónicas. ¡¡¡Mil gracias!!!

A Vanessa Sánchez, por su confianza, por su amistad, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles. Ha sido enriquecedor haber compartido contigo este trabajo que no podría haber salido adelante sin tu presencia en él.

A Rafa Sales, por tu sabiduría y tu buen hacer. Siempre luchando por los derechos de las personas con trastorno mental y pionero en introducir en el proceso de aprendizaje a personas con trastorno mental como expertos. Siempre aprendiendo de ti.

A Javier Ballester por tu valentía y honestidad, por tu capacidad de ayuda y tus reflexiones siempre tan certeras.

A los participantes de los grupos de quienes tanto aprendimos: Nuria, Alicia, Natalia, Juan, Jaime, Felipe, Quique, Jorge, Chimo, Toni, José.... Gracias por confiar en nosotras y contarnos una parte tan difícil de vuestras vidas.

A Nacho que nos dejó sumidos en el silencio.

A ASIEM, a su expresidente Gonzalo Nielfa, a la Junta directiva, a comisión de sensibilización, en especial a Pablo Cabeza, Andra Dinca y Laura Aguilar. Gracias por vuestra confianza y por poner a nuestra disposición los medios necesarios para poder llevar a cabo los estudios realizados.

A Froilán, por todo su apoyo, por su cariño y confianza. Mi compañero de viaje a quien siempre puedo recurrir y encuentro. Gracias por tu generosidad.

A mis padres y hermano. Siempre han sido un gran apoyo de forma incondicional en cada uno de los baches de la vida y sin cuya colaboración y tiempo prestado no habría sido posible la consecución de este trabajo.

Finalmente me gustaría tener un recuerdo especial para mi abuelo Francisco Mallebrera, la persona que me enseñó a leer y me inculcó la pasión por descubrir. Con él empezó todo.

INDICE

RESUMEN	1
SECCIÓN I	3
1. INTRODUCCIÓN.	5
1.1 Estigma y enfermedad mental	5
1.2 Consecuencias del estigma en las personas con enfermedad mental _	10
1.3 Profesionales de la salud y estigma.	12
1.4 Métodos para la disminución del estigma en personas adultas	15
2. OBJETIVOS.	19
3. RESULTADOS.	21
3.1 Resultados obtenidos a través de la realización de grupos focales con personas con trastorno menta	21
3.1.1. Descripción sociodemográfica de la muestra.	21
3.1.2 Resultados: Temas, subtemas y categorías.	22
3.2 Resultados obtenidos tras la intervención realizada a los estudiantes de enfermería.	35
3.2.1 Descripción sociodemográfica de la muestra	35
3.2.2 Resultados obtenidos en el cuestionario AQ-27-E	36
4. DISCUSIÓN.	39
SECCIÓN II	47
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: TRABAJOS PUBLICADOS.	47
Estudio 1: A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals	49
Estudio 2: Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students.	67
SECCIÓN III:	77
CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	83

LOCALIZACIÓN DE TABLAS

<i>Tabla 1. Descripción sociodemográfica.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla2. Descripción de los temas, subtemas y categorías</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 3. Temas, subtemas y categorías y la frecuencia de códigos en cada categoría</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 4. Descripción sociodemográfica estudiantes enfermería.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 5. Influencia de variables independientes sobre puntuación obtenida en cuestionario AQ 27 E antes de la intervención.</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 6. Prueba t para muestras pareadas comparando las medias del AQ-27-E antes y después de la intervención.....</i>	<i>37</i>

RESUMEN

Esta tesis doctoral se presenta por compendio de publicaciones según el Reglamento de régimen interno de la Escuela de Doctorado (Consejo de Gobierno de la Universidad de Alicante de 17 de diciembre de 2.013, modificado por Consejo de Gobierno de la Universidad de Alicante 30 de julio de 2019, BOUA de 30 de julio de 2019 y Consejo de Gobierno de la Universidad de Alicante de 29 de septiembre de 2020, BOUA de 16 de octubre de 2020).

Forman parte de esta tesis doctoral dos artículos científicos. El primer artículo titulado: "*A qualitative emancipatory inquiry into relationships between people with mental disorders and health professionals*" fue aceptado para su publicación, en diciembre de 2020 en la revista Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. La revista está situada en el puesto 25/123 (Nursing) con un factor de impacto de 1.947 en 2019 en Journal Citation Reports (JCR).

En él se exploran las percepciones de las personas diagnosticadas con un trastorno mental sobre las relaciones que se establecen con los profesionales de la salud, los efectos del trato recibido por parte de estos y sus demandas para mejorar la atención recibida. A través del análisis del contenido se obtuvieron como resultado 4 temas principales: Estereotipos y prejuicios, Calidad de las interacciones y tratamiento, Impactos emocionales y de comportamiento y Demandas. La principal conclusión del estudio es que los participantes han

percibido que los que no se aplica la toma de decisiones compartida, han tenido experiencias negativas con los profesionales de la salud llegando a vulnerarse sus derechos en casos concretos. Estas experiencias contribuyen a que aumenten sus miedos y se vuelvan cautelosos, ocultando información o mintiendo por miedo a las consecuencias lo que contribuye a confirmar los estereotipos. Los participantes piden de forma unánime un trato más humanitario.

El segundo artículo: "*Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students*", fue publicado en enero de 2019 en la revista *International Journal of Mental Health Nursing*. Dicha revista tuvo un factor de impacto en 2019 de 2.383 y está situada en el puesto 9/123 (Nursing). En este artículo se midió la efectividad de una intervención para disminuir el estigma en estudiantes de enfermería en la que participaban expertos por experiencia. La mejora de las actitudes de los futuros enfermeros hacia las personas con un diagnóstico psiquiátrico puede contribuir de forma positiva al establecimiento de una adecuada relación terapéutica entre ambos.

SECCIÓN I

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Estigma y enfermedad mental

El término estigma tiene su origen en la palabra griega "**στίγμα**" que significa picadura, marca hecha con un hierro incandescente, tatuaje. Goffman (1963) utilizó este término por primera vez para referirse a un atributo negativo por el cual las personas que lo portan son degradadas y rebajadas. El individuo estigmatizado se ve convertido en un ser inferior que deberá sobrellevar sentimientos de vergüenza y culpa asociados. Según Goffman, la sociedad cree que las personas que tienen un estigma no son totalmente humanas. A partir de este supuesto y a través de la racionalización se va construyendo una creencia a la que se van añadiendo atributos tanto negativos como positivos no deseados y seguidamente se ejerce la discriminación y segregación.

El concepto "estigma" no solo se puede contemplar desde el punto de vista de la afectación a la persona de la "marca individual", si no que se debe considerar también como un constructo social dinámico que se va elaborando en función de las experiencias personales, las relaciones interpersonales y las normas sociales imperantes en un momento histórico concreto (Pedersen, 2015). Es decir, la naturaleza del grupo estigmatizado y los atributos que a él se asocian, varían en función de los cambios producidos en la cultura, los valores de cada sociedad y de cada época histórica (Frost, 2011).

Por tanto, la conceptualización del estigma en salud mental se entiende combinando las teorías sociológicas y de la psicología social. La teoría del etiquetado de Becker (1963) postula que cuándo las personas se comportan de forma diferente al modo en que lo hace el grupo social mayoritario generalmente se les etiqueta con estereotipos negativos. Esta etiqueta influye en los comportamientos y en la identidad de los individuos estigmatizados, a la par que contribuye a la creación de nuevos estereotipos. A partir de esta teoría sociológica, Link & Phelan (2001) definen los componentes del estigma, explican el proceso de estigmatización y cuáles son las consecuencias para las personas con trastorno mental. Según su modelo, el estigma se produce cuando en primer lugar, se distinguen y se etiquetan las diferencias, en segundo lugar, se asocian las diferencias humanas con atributos negativos creando de este modo estereotipos y en tercer lugar las etiquetas producen una separación entre “ellos” y “nosotros”. Todo ello conlleva a una pérdida de estatus y discriminación tanto a nivel individual como estructural. Para que pueda ocurrir este proceso no basta con tener interiorizados estereotipos y prejuicios, es necesario además que el grupo estigmatizador tenga el poder social, económico y político frente al grupo estigmatizado.

Según Link & Phelan (2006) pueden distinguirse 3 formas principales de discriminación:

Discriminación individual. Es un tipo de discriminación directa. Se manifiesta cuándo la presencia de estereotipos y prejuicios da paso a comportamientos discriminatorios por parte de los individuos. Por ejemplo,

no tener en cuenta a la persona para un empleo o negarle el alquiler de una vivienda.

Discriminación estructural. Este tipo de discriminación es más sutil. Se corresponde con prácticas institucionales que hacen que grupos minoritarios tengan desventajas frente a los mayoritarios. Está respaldada por políticas y normativas siendo independiente por tanto de las creencias individuales. Se evidencia cuándo el grupo estigmatizado tiene problemas de forma generalizada para el acceso a sistemas de ayuda, empleo, educación, sanidad, etc

Discriminación insidiosa. Se produce cuando un individuo es consciente de que se le ha adjudicado una etiqueta y que probablemente sea visto por otros como menos inteligente, violento, etc. Como resultado de esta internalización, las interacciones sociales serán tensas y dificultosas.

Por otro lado, la psicología social define e intenta comprender los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma público, es decir: los estereotipos, los prejuicios, y las actitudes y cómo estos afectan al individuo. Los estereotipos se definen como creencias generalizadas sobre un grupo y son eficaces para obtener una impresión rápida sobre un individuo en función de su pertenencia a un grupo. Entre los estereotipos más comunes sobre las personas con trastornos mentales se encuentran la peligrosidad, la falta de responsabilidad sobre su enfermedad y la culpabilidad (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Los prejuicios hacen referencia a la reacción emocional negativa que resulta del estereotipo y puede llevar a la discriminación como respuesta al sentimiento

original que lo produce. El prejuicio puede manifestarse de distintos modos tales como: hostilidad, coacción, segregación, evitación y negación de ayuda.

Desde la psicología social, y basándose en la teoría de la atribución elaborada por Weiner (1995), Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, (2003) desarrollaron un *modelo conceptual de los procesos de atribución y valoración del peligro aplicados al estigma de la enfermedad mental*. Este modelo explica la relación entre los tres componentes del estigma público y cómo los atributos de familiaridad y controlabilidad pueden modular las actitudes estigmatizantes. Según este modelo, las atribuciones acerca de la causa y controlabilidad de la enfermedad llevan a creencias sobre la responsabilidad de la persona sobre su trastorno mental y pueden conducir a reacciones emocionales tan dispares como enfado o compasión, que repercuten a su vez sobre las conductas de ayuda o segregación. El modelo muestra que efectivamente la creencia de peligrosidad produce aumento en las respuestas de discriminación debido en parte a la relación de atribución que se establece entre responsabilidad y peligrosidad, pero fundamentalmente se debe a la aparición del miedo. El miedo como emoción mediadora aparece en el modelo como un resultado más consistente, considerándose predictor de la evitación. La familiaridad por su parte tendría la capacidad de moderar los efectos de las atribuciones que se hacen a las personas con enfermedad mental y proporcionar respuestas emocionales o comportamentales menos estigmatizantes.

Por último, *The Framework Integrating Normative Influences on Stigma* (FINIS) es un marco teórico elaborado por Pescosolido, Martin, Lang, & Olafsdottir, (2008)

que integra los distintos elementos que intervienen en la formación del estigma en tres niveles de influencia que denomina micro, macro y meso en función de la proximidad al sujeto.

A Nivel micro o psicológico se describen las características de la sociedad y de las personas con trastorno mental, y el modo en que dichas características se interrelacionan entre ellas dando lugar a una evaluación positiva o negativa del comportamiento de la persona. En este nivel también se explican las intenciones, los motivos y las emociones de los individuos pertenecientes al grupo potencialmente estigmatizador, así como de quienes pueden ser estigmatizados. El *nivel macro* tiene presente que los estereotipos se encuentran dentro de un modelo social más amplio. Las normas, la historia, la cultura y la identidad de una comunidad influirán en la elaboración de estereotipos. El modelo tiene en cuenta por un lado la importancia de los medios de comunicación para crear nuevos estereotipos o modificar los ya existentes y por otro lado un entorno más amplio, el nacional en el que se comparte el sistema cultural, la organización social, y el sistema económico. Por último, el *nivel meso* hace referencia a las redes sociales y al sistema de tratamiento. El contacto con personas con trastorno mental cambia la percepción que se tiene sobre ellas. Los autores indican que es necesario tener en cuenta las teorías que indican que el cambio en los estereotipos se produce cuando el contacto es igualitario, intensivo y/o gratificante, prolongado, o cuando hay varias personas implicadas. En relación a los sistemas de tratamiento los autores invitan a los profesionales de la salud mental a hacer una reflexión sobre el efecto que puede tener la etiqueta diagnóstica y la idea de cronicidad de los trastornos mentales sobre su pronóstico

y la evolución en el tiempo, así como en la creación de prejuicios hacia las personas con trastorno mental.

1.2 Consecuencias del estigma en las personas con enfermedad mental

Las personas con un trastorno mental deben hacer frente no solo a los síntomas y discapacidades derivadas del trastorno que sufren, sino también a las consecuencias derivadas del estigma de la sociedad hacia ellos. El estigma es una fuente de estrés crónico ya que de forma constante se priva a la persona de disfrutar de los mismos derechos y oportunidades de los que disfruta el grupo mayoritario. Además, se le recuerda constantemente que no forma parte del grupo. Esta situación contribuye a que aparezcan nuevos problemas de salud asociados a la vivencia de estrés y ansiedad crónica que empeoren los problemas de salud ya existentes (Link & Phelan, 2006).

Otra consecuencia derivada del estigma es la posibilidad de que la persona lo internalice, el llamado autoestigma. Aunque el estigma es una construcción social y no algo inherente al individuo, debido a los procesos de socialización, los atributos negativos elaborados por el grupo social mayoritario en torno a las características e identidades estigmatizadas pueden ser fácilmente internalizados por la persona con un diagnóstico psiquiátrico y llegar a ser asumidos como ciertos por el individuo (Frost, 2011). Como consecuencia los individuos acaban devaluándose a sí mismos lo que repercute en su autoconcepto y autoestima. Si además están preocupados en la respuesta del otro, utilizarán mecanismos de defensa que conducirán a interacciones tensas limitando sus interacciones por miedo a una respuesta negativa de los demás (Link, 1987). La anticipación de la

respuesta negativa influye también en su aislamiento social ya que evaden la realización de actividades en las que es necesario interactuar con otras personas y dejando de ser proactivos tanto en la búsqueda tanto de ayuda médica como de oportunidades en el ámbito laboral y/o educativo. El autoestigma es por tanto un estresor más que añadir a los ya existentes (Corrigan et al., 2003), el cual contribuye a disminuir su calidad de vida y las posibilidades de recuperación convirtiéndose en un factor mantenedor de la enfermedad.

Es tal la magnitud del problema sobreañadido, que el estigma ha sido considerado por algunos autores como una segunda enfermedad (Magliano et al., 2017; Rüsçh et al., 2005). Los costes económicos derivados de los problemas de salud mental y el estigma asociados son muy elevados. El gasto directo derivado de la atención sanitaria en la Unión Europea asciende a 190.000 millones de euros (1,3% del PIB). A este gasto es necesario sumar 170.000 millones de euros (1,2% del PIB) dedicados a programas de seguridad social y 240.000 millones de euros (1,6% del PIB) como costes indirectos al mercado laboral debido al bajo nivel de empleo y productividad (OECD/EU, 2018). La Unión Europea es consciente de la magnitud del problema, y así se recoge en su Plan de Acción Europeo de Salud Mental donde indica la necesidad de respetar los derechos de las personas con problemas de salud mental y de ofrecerles un trato equitativo y las oportunidades necesarias para alcanzar la más alta calidad de vida. Para conseguirlo la Comisión Europea propone a los Estados Miembros abordar el estigma y la discriminación, estableciendo servicios accesibles, seguros y eficaces para responder tanto a las necesidades de salud mental y física de las

personas con trastorno mental, como a las necesidades sociales de ellas y sus familias (World Health Organization Europe, 2013).

1.3 Profesionales de la salud y estigma.

Las actitudes estigmatizantes no solo se manifiestan en la población general. Diversos autores han señalado que los profesionales sanitarios también muestran conductas estigmatizantes hacia las personas con trastorno mental (Schulze, 2007). Por ejemplo, la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre las personas con esquizofrenia, depresión y trastorno por abuso de sustancias no difiere de la que sostiene la población general. Un gran número de profesionales de la salud atribuyen a las personas con esquizofrenia estereotipos negativos (Giandinoto, Stephenson, & Edward, 2018), concretamente los médicos de atención primaria creen que las personas con trastorno mental necesitan tratamiento farmacológico para su control y contención. Los perciben como peligrosos e incapaces de controlar sus conductas y por ello consideran necesario mantener la distancia social justificando la necesidad de proporcionarles un trato diferente al de los individuos sin un diagnóstico psiquiátrico (Magliano et al., 2017). Las enfermeras por su parte perciben en general a las personas con trastorno mental como peligrosas, impredecibles y emocionalmente inestables, además presentan emociones de temor, culpa y hostilidad hacia los pacientes con enfermedades psiquiátricas (Ross & Goldner 2009; de Jacq, Norful, & Larson, 2016). Entre el personal que trabaja en salud mental también se observan actitudes negativas muy similares a las de la población general (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013) y

concretamente en aspectos como el deseo de distancia social y la creencia de peligrosidad puntúan más alto que esta (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Las actitudes y creencias también pueden depender de distintas variables como son el lugar de trabajo y el diagnóstico psiquiátrico. En concreto el personal que trabaja en un entorno hospitalario tiene actitudes más negativas que el personal sanitario que trabaja en un contexto comunitario. Así mismo, las personas con trastornos psicóticos sufren más discriminación que individuos con otros diagnósticos (Hansson et al., 2013).

Los estereotipos presentes en los profesionales de la salud pueden tener consecuencias negativas sobre el estado de salud de la persona con un diagnóstico psiquiátrico. Algunos estudios han mostrado cómo, en personas con enfermedad mental que describen alguna sintomatología somática, es frecuente que los profesionales los atribuyan a la propia patología psiquiátrica o a los efectos de la medicación y no a la presencia de una patología física” (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2016; Newman, O’Reilly, Lee & Kennedy, 2015; McDonald et al., 2003; Ross & Goldner 2009). Por otro lado, los estereotipos de peligrosidad e imprevisibilidad pueden generar en el profesional temor y por tanto una menor disposición a atender al paciente, menor disposición a realizar una exploración física o a hacerla en solitario (Henderson et al., 2014; Neauport et al., 2012).

Estas situaciones derivan en un retraso en la atención a sus problemas de salud (Magliano et al., 2017) y a diferencias en el cuidado que se producen de forma sistemática (Hansson et al., 2013; Henderson et al., 2014; Neauport et al., 2012; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Es conocido que las personas con

diagnóstico psiquiátrico tienen un riesgo más elevado que la población general de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas o endocrinas (Ljungberg et al., 2016; McDonald et al., 2003) y a pesar de ello no reciben la misma calidad en los cuidados. Por ejemplo, en referencia a la realización de pruebas para el control de patologías relacionadas con el síndrome metabólico, la determinación del colesterol se practica a un 48% de personas con enfermedad mental frente al 63% de la población general. El control de la tensión arterial se practica a un 78% frente al 95% de la población general o en el caso de la diabetes mellitus, las glucemias se realizan a un 75 % en comparación con el 95 % de la población general (Disability Rights Commisión, 2006; Ljungberg et al., 2016). Este conjunto de hechos lleva a pensar que las personas con un trastorno mental sufren una discriminación estructural obteniendo como resultado una pérdida de 14.5 años de vida en relación con la población general (Hjorthøj, Stürup, McGrath, & Nordentoft, 2017; Kessing, Vradi, & Andersen, 2015).

En cuanto a las actitudes de los estudiantes de ciencias de la salud hacia personas con trastorno mental, los datos no son concluyentes. Varios autores reportan actitudes claramente negativas por parte de los estudiantes (Henderson, Happell & Martin, 2007; Tee & Uzar Ozcetin, 2016). Sin embargo, otros estudios no encuentran conclusiones tan obvias ya que obtuvieron puntuaciones positivas en varias de las dimensiones medidas (Poreddi, Thimmaiah, Pashupu, Ramachandra, & Badamath, 2014).

1.4 Métodos para la disminución del estigma en personas adultas

Debido a que en la creación y mantenimiento del estigma están implicados tanto factores intrínsecos a la persona (cognitivos, actitudinales, emocionales), como extrínsecos (políticas socioeconómicas, agentes sociales, medios de comunicación, contactos significativos con personas con trastorno mental, etc). Es necesario un abordaje amplio del problema contando con distintas estrategias que tengan presentes los objetivos que se pretendan conseguir.

Los distintos métodos para la disminución del estigma se pueden englobar en tres tipos de estrategias generales (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüschi, 2012; Corrigan et al., 2001; Finkelstein, Lapshin, & Wasserman, 2008):

1. *Intervenciones de contacto con personas con trastorno mental.* Mediante esta estrategia se pretende cuestionar las actitudes ya establecidas en la sociedad. Dentro de esta estrategia se pueden considerar dos tipos de intervenciones.
 - a. Las intervenciones que se producen mediante un contacto interpersonal directo con personas con trastorno mental o personas de su entorno.
 - b. Las intervenciones de contacto indirecto, entre las que se encuentran el visionado de entrevistas o testimonios grabados y la simulación de alucinaciones.

2. *Los programas educativos.* A través de esta estrategia se pretende cambiar los estereotipos presentes en la población, romper los mitos y transmitir información veraz. Los medios utilizados para ello pueden ser diversos: folletos, debates, infografías, role play, podcast, libros, etc.
3. *La protesta social,* que pretende acabar con las injusticias que se producen cuando se catalogan a las personas dentro de los estereotipos negativos.

Al comparar la eficacia de los métodos para mejorar las actitudes de la población hacia las personas con trastorno mental dos revisiones sistemáticas indican que las intervenciones basadas en el contacto, más concretamente, el contacto directo con personas con trastorno mental o sus familiares, obtienen mejores resultados frente a los otros métodos (Corrigan et al., 2012; Thornicroft et al., 2016). Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias significativas en el uso de contacto directo o psicoeducación en el cambio de actitudes y distancia social (Morgan, Reavley, Ross, Too, & Jorm, 2018). Esto puede ser debido a que el contacto para que sea eficaz debe realizarse cumpliendo ciertos requisitos: el contacto debe producirse en términos de igualdad, las personas con trastorno mental o allegados deben hablar de sus experiencias de recuperación y la intervención debe estar dirigida a un grupo objetivo (Corrigan et al., 2013). Sin embargo, a pesar de cumplir estos requisitos, no hay evidencias suficientes de que los cambios obtenidos se mantengan a largo plazo (Thornicroft et al., 2016).

En cuanto a las intervenciones realizadas a través del contacto indirecto mediante la proyección de grabaciones, no muestran tanta eficacia para mejorar

las actitudes hacia las personas con trastorno mental como las basadas en contacto directo. Sin embargo, su uso no puede descartarse debido a la capacidad que tienen para llegar a grandes audiencias de forma sencilla y a bajo coste (Corrigan et al., 2012). Respecto a la exposición de personas a la simulación de alucinaciones es necesario actuar con prudencia porque si bien parece ser que mejora la empatía al poder comprender las sensaciones que experimentan estas personas, también hay estudios que indican que podría aumentar el deseo de distancia social (Ando, Clement, Barley, & Thornicroft, 2011).

El método de protesta, parece ser que no produce cambios en los atributos negativos asociados a las personas con trastorno mental e incluso se pueden obtener efectos contrarios a los deseados al recordar sucesos negativos que les han ocurrido con el colectivo estigmatizado (Corrigan et al., 2001). Algunos estudios indican que se debe seguir investigando sobre la eficacia de este método ya que existe poca investigación al respecto y su efecto sobre el cambio de comportamiento no es del todo desdeñable (Corrigan et al., 2012).

2. OBJETIVOS.

Conocer cómo perciben las personas con un trastorno mental las relaciones que se establecen con los profesionales sanitarios.

Evaluar la eficacia de una intervención basada en el contacto directo para disminuir el estigma de los estudiantes de enfermería hacia las personas con trastorno mental.

3. RESULTADOS.

3.1 Resultados obtenidos a través de la realización de grupos focales con personas con trastorno menta

3.1.1. Descripción sociodemográfica de la muestra.

La muestra final estuvo formada por 25 sujetos, un 76 % eran hombres. El 24 % tenía estudios básicos y la mitad de la muestra tenía un diagnóstico de equizofrenia. El resto de características sociodemográficas están descritas en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica

Edad (años) media (DE)	46.33 (11.37)
N=25	
GENERO	N%
Hombre	19 (76.0)
Mujer	6 (24.0)
VIVIENDA	
Solo	11 (44.0)
Con su familia	8 (32.0)
Con su familia de origen	5 (20.0)
Vivienda tutelada	1 (4.0)
NIVEL EDUCATIVO	
Básico	6 (24.0)
Ciclos formativos	5 (20.0)
Bachillerato	5 (20.0)
Estudios superiores	9 (36.0)
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	
Esquizofrenia	12 (48.0)
Trastorno bipolar	5 (20.0)
Depresión mayor	5 (20.0)
Trastorno esquizoafectivo	1 (4.0)
Trastorno límite de personalidad	1 (4.0)

(Continuación tabla 1)

Trastorno esquizoide de personalidad	1 (4.0)
TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS	
Si	19 (76.0)
No	4 (16.0)
Desconocido	2 (8.0)
Individuos con enfermedades somáticas	16 (64.0)
Individuos con medicación no psiquiátrica	10 (40.0)
Nº de hospitalizaciones en los dos últimos	
Psiquiatría	10 (40.0)
Otros	0

3.1.2 Resultados: Temas, subtemas y categorías.

El análisis de las transcripciones produjo 350 unidades de significado que fueron clasificadas en 50 códigos. Estos códigos, a su vez, fueron agrupados en 31 categorías. De forma inductiva surgieron cuatro temas principales: Estereotipos y prejuicios, Calidad de las interacciones y tratamiento, Impacto emocional y conductual y Demandas. (Tablas 2 y 3).

Tema 1. Estereotipos y prejuicios.

Este tema incluye cinco categorías en las que los participantes percibieron que los profesionales tenían ideas preconcebidas sobre las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Se recogen las percepciones sobre gestos, expresiones o actitudes de los profesionales que revelaban la presencia de estereotipos y prejuicios una vez conocido el diagnóstico. De este modo los participantes en el estudio percibían que los profesionales no daban credibilidad a sus palabras y los profesionales realizaban acciones para confirmar la información proporcionada. Por ejemplo: "*siempre me hablan primero a mí y luego miran a mi madre para ver si lo que digo es verdad o mentira*" (H 1). Además, los participantes tenían la

impresión de que los profesionales consideraban que sus capacidades intelectuales eran limitadas y que necesitaban estar acompañados por otro adulto al que dirigirse. Por ejemplo, durante una visita al cardiólogo un participante declaró: *"mi padre se enfadó y le dijo, hable con él, es inteligente"* (H 4). Otro participante refirió: *"iba con mi pareja, me atendieron y todo y luego van a explicar lo que tenía que hacer, las pruebas y todo, y dice: Bueno, le explicamos a tu pareja y ella luego pensó, le tenía que haber dicho "explíqueselo a él".* (H6) También informaron de diferencias en la discriminación en función del diagnóstico psiquiátrico, la apariencia física o el grado de deterioro cognitivo: *"Si no estás afectado cognitivamente por la enfermedad, te ponen en una situación de superioridad sobre otras personas que toman más medicamentos o que están más afectadas por el trastorno"* (M 1).

También es importante señalar que los participantes percibieron que los profesionales de la salud interpretaban su estado de ánimo, su comportamiento o sus reacciones como parte del trastorno: *"Todas las actitudes negativas... todo hace referencia al trastorno. Si no tengo ganas de levantarme, es el trastorno. No...no es que estoy cansado...o estoy agotado, no puedo, necesito un día para mí"* (H 1). Los profesionales parecían no entender que la persona experimenta reacciones a los acontecimientos de la vida (del mismo modo que experimenta la población general), y juzgaban sus reacciones, basándose en estereotipos. En cuanto al grado de peligro, los participantes percibían temor cuando eran profesionales no especializados en el tratamiento de personas con trastornos mentales: *"Él [el médico] estaba temblando; el primer día, ni siquiera me miró, y el segundo, estaba temblando..."* (H 6).

Tema 2. Calidad de las interacciones y tratamiento.

En este tema, recogimos las expresiones sobre cómo perciben el comportamiento de los profesionales durante las interacciones terapéuticas. Estas conductas voluntarias y manifiestas de los profesionales fueron consideradas por los participantes como la consecuencia natural del prejuicio contra ellos.

Identificamos cuatro formas en que los profesionales de la salud ejercían el abuso de poder. La primera es a través de subestimarlos, faltarles al respeto o despreciarlos a través de sus comentarios. Por ejemplo, un médico le dijo a un participante *"para qué vas a estudiar si no vas a trabajar"* (H 9). La segunda forma implicaba que los profesionales silenciaban las voces de las personas con trastornos mentales negándose a considerar sus demandas en relación con su tratamiento. Un participante declaró *"El Risperdal® me fue inyectado a través de un procedimiento judicial porque dije que no quería tomarlo"*. *"No se me dio ninguna alternativa"* (H 12). La tercera forma implicaba que los profesionales no admitían hospitalizaciones cuando eran solicitadas de forma voluntaria. Un participante declaró *"lo que te dicen es que te vayas a casa, que no cumples criterios para la admisión"* (H 5). Finalmente, la cuarta forma implicaba que los participantes percibían la falta de ayuda de los profesionales cuando la necesitaban, una participante que afirmaba *"no tuve ningún apoyo, de ninguna clase, que estuviera conmigo al teléfono, que me dijera que me había pasado"* (M 3).

Además, algunos participantes percibieron que los profesionales no tenían las aptitudes necesarias para establecer una relación significativa. Sentían que la falta de empatía dificultaba la comunicación. *"fui al médico de cabecera y le dije que me habían aumentado el porcentaje de discapacidad y me dijo que mejor porque así cobraría más. No he querido volver, y de hecho he ido ahora porque he tenido una bronquitis pero hacía dos años que no iba. No es solo lo que dice sino como lo dice"* (H 9). Las barreras de comunicación son evidentes en el siguiente caso: *"cuando vas al psiquiatra él está mirando la pantalla, ...no te apetece compartir nada con él"* (M 2). Los participantes sentían que los profesionales no daban importancia a síntomas, sentimientos o efectos adversos del tratamiento que eran prioritarios para ellos, centrándose fundamentalmente en el control de los síntomas psicóticos *"y luego, cosas importantes, como no haber funcionado sexualmente durante siete años; ¿no te afecta psicológicamente? Pero no preguntan"* (H 11) Por último, la inconsistencia en el tratamiento y la sobremedicación. Los participantes percibieron arbitrariedad en las decisiones y aleatoriedad en función del profesional asignado; *"Hay colegas que decían que este psiquiatra siempre medica más"* (H 12) *"todo el día prácticamente sedada, muerta, demasiado sedada"* (M 3).

Los participantes describieron el paternalismo como una de las prácticas más frecuentes que los profesionales de la salud mostraron hacia ellos, describiendo situaciones en las que el profesional interfería en la autonomía del paciente. En nuestro estudio, el paternalismo se observó por un lado a través del uso del poder, en el que la superioridad del profesional influía en la toma de decisiones. En cuanto a la reprobación de los comportamientos de la persona con

diagnóstico psiquiátrico, un participante afirmó *"el psicólogo criticó la actitud de mi madre y me comparó con un bicho, como un niño mimado que no hace nada para recuperarse"* (H 7). También se describió la presión para aceptar el tratamiento o la administración de fármacos sin el debido consentimiento: *"Estoy en tratamiento ambulatorio involuntario. Esta es la segunda vez que me lo prescriben, y les he dicho que no me sienta bien"* (H 8)

La categoría Mala praxis describe situaciones vividas de actitudes y actos negligentes por parte de profesionales sanitarios. Los participantes nos reportaron varios incumplimientos de los protocolos que se produjeron durante la contención mecánica. Un participante señaló: *"De acuerdo con el protocolo, tienen que valorar tu estado cada 15 ó 30 minutos porque si estás atado no puedes moverte. Pero no cumplen el protocolo, como estás atado saben que no te puedes mover, ni agredir, ni nada, así que te ignoran"* (H 13). Además, la sumisión se produce cuando se toman medidas para imponer la autoridad o la disciplina de la organización, lo que fue evidente en el siguiente caso: *"Recuerdo que tenía una mano libre y como no paraba de decir: "Por favor, que venga alguien; por favor, que venga alguien, la enfermera vino y me ató la otra mano"* (M 2).

Por último, las personas con trastornos mentales percibían que los profesionales no tenían una visión holística, hacían una excepción de los médicos de atención primaria, siendo la terapia biológica la única que recibían. Uno de los participantes declaró: *"Me ponían la inyección, me iba a casa casi vomitando y luego pensaba... si me hubieran escuchado y hablado conmigo, no habría habido tantas inyecciones"* (H 12).

Tema 3. Impactos emocionales y de comportamiento.

Este tema incluye subtemas y categorías en los que las personas con trastornos mentales expresaron cómo se sentían y se comportaban debido al trato recibido. Los participantes sintieron que los prejuicios y la forma en que los profesionales los trataron tuvieron un impacto en su estado emocional. Este tema incluye tres subtemas: Efecto en el autoconcepto, Miedo y Mentir como alternativa.

Expresaron que su autoconcepto se veía afectado negativamente por las múltiples ocasiones en las que se sentían maltratados e infravalorados: *"Escuchábamos a los profesionales hablar y no participábamos; era como si tuvieran que enseñarnos algo. Al final del curso nos daban calificaciones. Totalmente infantil"* (H 12). *"Recuerdo haberle dicho cosas a un psicólogo, y él solo me miró, se rio y no dijo nada. No es que no me entendiera, es que pensó que estaba loco y me dejó así, me sentí humillado y me fui"* (H 6). Además, refirieron sentimientos de pérdida de confianza en sí mismos, y desarrollaron autoestigma. Un participante señaló que *"no quieres que nadie te conozca en la sala de espera del médico"* (H 5).

El miedo podía clasificarse a su vez en desconfianza, miedo a perder el control de sus vidas. Un participante declaró que se sentían *"desprotegidos"*, *"vulnerables"*, *"como si todos mis derechos se hubieran evaporado"*, *"no era nada"* (M 2). Además, el miedo se representó como un temor a las consecuencias de la expresión de emociones y comportamientos. *"No es miedo; es pavor"*. *"El miedo*

se traduce principalmente en barreras que nosotros mismos construimos, en obstáculos que no podemos superar, en limitaciones y en el hecho de un modus operandi que tal vez no nos beneficia a nosotros, pero que se nos ha inculcado a lo largo del circuito de la salud mental" (H 11).

En cuanto al impacto en el comportamiento, los participantes informaron que la forma en que fueron tratados modificó su comportamiento. La mayoría reconocieron que no buscarían ayuda de los profesionales de la salud mental en presencia de sufrimiento psíquico. *"Si ya me han atado dos veces, ¿cómo esperan que me sienta segura yendo a urgencias cuando me siento mal?" porque para mí ir a urgencias es un peligro. [...] Así que, por supuesto, si te atan, y tienes esa sensación, no quieres ir al hospital a pedir ayuda porque el hospital es una amenaza para tí" (M 2).* Como consecuencia de no poder dialogar o llegar a acuerdos con los profesionales de la salud, mintieron sobre sus síntomas y sobre el cumplimiento del tratamiento prescrito. Además, debido al temor a las consecuencias adversas se sentían incapaces de entablar un diálogo o llegar a acuerdos con los profesionales de la salud. De modo que ocultaban información o mentían para protegerse, como señaló un participante: *"Con la medicación he tenido efectos secundarios. Dejé de tomarla y no la he tomado hasta ahora. Me hacen chequeos y análisis de sangre. Como ya le dije al médico los efectos que me producía, y le había pedido que me la redujera, y me dijo que no, lo hice por mi cuenta, y funcionó bien. Antes del análisis de sangre, tomo 3 ó 4 pastillas como antes. Cuando encuentre otra solución o cuando hayan pasado dos o tres años, se lo diré" (H 14).*

Tema 4. Demandas.

En este tema, los participantes ofrecen sugerencias para mejorar la atención sanitaria de las personas con trastornos mentales. Hubo unanimidad entre los participantes del estudio en cuanto a sus demandas. Se obtuvieron tres categorías principales: Información sobre fármacos y sus efectos secundarios, Necesidades terapéuticas y Humanización del cuidado.

En la categoría relativa a la información sobre fármacos y sus efectos secundarios, los participantes informaron que querían más información sobre los medicamentos prescritos y sobre sus efectos adversos. Un participante refirió *"tomo quetiapina; sé lo que es la olanzapina, sé lo que es el litio, pero no por lo que me ha dicho el médico", "Y sobre los efectos secundarios, por supuesto, no se te informa"* (H 7).

En las categorías relativas a las necesidades terapéuticas y a la humanización de la asistencia sanitaria, los participantes expresaron que les gustaría recibir otro tipo de terapia además del tratamiento biológico ya que no recibían ninguna terapia complementaria. Algunos participantes sugirieron que los profesionales que los trataban no se preocupaban por lo que ellos consideraban esencial, si no que se centraban únicamente en el tratamiento de los síntomas y no entrar a escuchar las necesidades de la persona. *"Esto falta en el sistema de salud para la persona con un problema de salud mental; no se escucha al paciente; se favorece la medicación psiquiátrica, que a veces es incluso forzada"*. Sienten que necesitan hablar de sus experiencias y emociones para curarlas *"Quiero enfatizar el valor del trabajo terapéutico"*. *"Yo era una persona que, a los*

40 años, no era consciente de lo que había sucedido en su vida, ¡ni siquiera recordaba que había sufrido abusos sexuales! Y eso es como sacar a la luz tu propia vida, que no la conoces" (M 5).

Respondieron unánimemente que les gustaría ser tratados más humanamente por los profesionales de la salud: *"Creo que los médicos en la escuela de medicina deberían ser entrenados por unas horas en..." (H 1). "... Humanidad" (Todos asienten).*

Tabla 2. Descripción de los temas, subtemas y categorías

ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS	Incluye categorías en las que los participantes percibieron que los profesionales tenían ideas negativas preconcebidas hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico.
Desigualdades en la discriminación	Incluye códigos en los que los participantes afirman que el grado de discriminación varía según los diferentes trastornos.
Peligrosidad	Incluye códigos en los que los participantes perciben el miedo en el profesional
No dar credibilidad	Incluye códigos en los que los participantes refieren que el profesional realiza acciones para confirmar por diferentes medios que la información proporcionada por la persona con un diagnóstico psiquiátrico es verdadera
Falta de capacidad	Incluye códigos en los que los participantes declaran que el profesional les atribuye falta de inteligencia.
Todo es enfermedad	Incluye códigos en los que los participantes declaran que cualquier sentimiento, acción o comportamiento es atribuido y explicado a través del trastorno mental.
CALIDAD DE LAS INTERACCIONES Y TRATAMIENTO	Abarca subtemas que reflejan la percepción de los participantes sobre los prejuicios en las intervenciones terapéuticas voluntarias de los profesionales y el tratamiento proporcionado
Abuso de poder	Incluye categorías en las que los participantes describen situaciones en las que los profesionales utilizan su posición de superioridad para imponer sus criterios.
Subestimar	Incluye códigos en los que los participantes declaran que son vistos desde una posición de superioridad y tratados con rechazo por los profesionales
Silenciando su voz	Incluye códigos en los que los participantes reflejan que no se les escucha cuando expresan preocupaciones o quejas.
Incompetencia profesional	Incluye categorías en las que los participantes describen la percepción de que el equipo de cuidados carece de las habilidades o los conocimientos necesarios para desempeñar sus funciones profesionales.
Comunicación ineficaz	Incluye códigos en los que los participantes perciben que la comunicación no es eficiente y que falta empatía para escuchar atentamente y ser capaces de entender y sintetizar la información proporcionada por la persona con un trastorno mental.
Falta de preocupación	Incluye códigos en los que los participantes describen que los profesionales de la salud no muestran interés o preocupación por los efectos secundarios de la medicación.
Inconsistencia en el tratamiento	Incluye códigos en los que los participantes informan que están tomando más medicamentos de los que necesitan.
Sobremedicación	Incluye códigos en los que los participantes informan que están tomando más medicamentos de los que necesitan.

Tabla 2 (continuación)

Mala-praxis	Incluye categorías en las que los participantes describen situaciones que exponen actitudes y actos negligentes de los profesionales.
Sumisión	Incluye códigos en los que los participantes describen que los profesionales realizan acciones para someterlos a la autoridad o disciplina de la organización.
Incumplimiento protocolo	Incluye códigos en los que los participantes declaran que los profesionales de la salud no siguen los protocolos y procedimientos para garantizar la seguridad de la persona.
Paternalismo	Incluye categorías en las que los participantes describen situaciones en las que los profesionales interfieren en la autonomía y libertad de elección de la persona.
Poder	Incluye códigos en los que los participantes atribuyen la capacidad o superioridad de los profesionales de la salud para influir en la toma de decisiones.
Presión para el tratamiento	Incluye códigos en los que los participantes perciben que los profesionales realizan intervenciones dirigidas a inducir a la persona a aceptar el tratamiento.
Reprobar	Incluye códigos en los que los participantes declaran que los profesionales de la salud desapruedian sus acciones mediante palabras o gestos.
Tratamiento involuntario	Incluye códigos en los que los participantes declaran que el profesional de la salud impone tratamientos en contra de su voluntad para evitar daños mayores.
Terapia Biológica	Incluye categorías en las que los participantes perciben que los profesionales ignoran sus dominios sociales y psicológicos.
Concepto reducido de la enfermedad	Incluye códigos en los que los participantes expresan que sienten que los profesionales no ven a la persona de manera holística.
Fármacos como única opción de tratamiento	Incluye códigos en los que los participantes declaran que los profesionales prescriben medicamentos como único tratamiento.
Perspectiva Holística	Incluye códigos en los que los participantes expresan que se sienten bien tratados por el profesional.
Perspectiva Holística	Incluye códigos en los que los participantes expresan que se sienten bien tratados por el profesional.
IMPACTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL	Incluye subtemas y categorías en las que los participantes expresan cómo se sienten sobre el tratamiento recibido de los profesionales.
Efecto en el autoconcepto	Incluye categorías en las que los participantes declaran que sus percepciones se ven afectadas por la forma en que son tratados.
Malos tratos	Incluye códigos en los que los participantes describen haber sido tratados de manera inapropiada por los profesionales.
Sentirse infravalorado	Incluye códigos en los que los participantes sufren como consecuencia de ser considerados menos capaces por los profesionales.
Autoestigma	Incluye códigos en los que los participantes describen la interiorización de las características negativas vinculadas a los trastornos mentales.
Pérdida autoconfianza	Incluye códigos en los que los participantes describen la subestimación de sus capacidades.
Miedo	Incluye categorías en las que los participantes describen tener miedo de las implicaciones de sus interacciones con los profesionales.
Desconfianza	Incluye códigos en los que los participantes describen la pérdida de confianza en los profesionales.
Pérdida de control de su propia vida	Incluye códigos en los que los participantes describen sentirse desprotegidos o restringidos en la toma de decisiones cuando están con los profesionales.
Miedo a las consecuencias	Incluye códigos en los que los participantes describen tener miedo a las reacciones de los profesionales ante sus expresiones o comportamientos.
Mentir como alternativa	Incluye una categoría en la que los participantes describen que para evitar consecuencias negativas, una de sus opciones para protegerse es ocultar información o mentir a los profesionales.
Mentir	Incluye códigos en los que los participantes describen el no decir la verdad a los profesionales.
DEMANDAS	Incluye categorías en las que los participantes expresan deficiencias de atención y sugieren intervenciones para mejorar la forma en que los profesionales los tratan.
Información sobre fármacos y efectos secundarios	Incluye códigos en los que los participantes indican que la información proporcionada sobre la medicación y los efectos secundarios de la misma es muy escasa o inexistente.
Necesidades terapéuticas	Incluye códigos en los que los participantes expresan los tipos de terapias que creen que necesitan.
Humanización del cuidado	Incluye códigos en los que los participantes exigen la humanización del tratamiento.

Tabla 3. Temas, subtemas y categorías y la frecuencia de códigos en cada categoría

Temas		Categorías	Códigos	Enraizamiento
Estereotipos y prejuicios		Desigualdades en la discriminación	Trato discriminatorio en función de la afectación	1
			Trato discriminatorio en función del diagnóstico	1
			Trato discriminatorio en función de la apariencia	1
		Peligrosidad	Miedo del profesional	9
			No dar credibilidad	Contrastar información con el acompañante
		Falta de capacidad	Control toma de medicación	2
			Dirigirse al acompañante	7
		Todo es enfermedad	Falta de inteligencia	3
			Atribución de síntomas físicos al trastorno mental	8
			Reacciones como síntomas de trastorno mental	7
			Te trato diferente porque tienes un trastorno mental.	8
			Atribución del comportamiento al trastorno mental	5
		Categorías 5	Códigos 12	Enraizamiento 54
Temas	Subtemas	Categorías	Códigos	Enraizamiento
Calidad de las interacciones y tratamiento	Abuso de poder	Subestimar	Falta de respeto	12
			Silenciando su voz	Falta de negociación sobre la medicación
		Incompetencia profesional	Comunicación ineficaz	No ingreso arte sdcitud de la persona
	Falta de ayuda por los profesionales			6
	Barreras de contacto: no mirar a los ojos			8
	Falta de empatía		6	
	Falta de preocupación		No preguntar sobre los síntomas	8
	Inconsistencia en el tratamiento	Arbitrariedad en las decisiones	4	
		Aleatoriedad del profesional asignado	17	
	Mala-praxis	Sobremedicación	Sobremedicación	6
		Sumisión	Castigo	2
		Incumplimiento Protocolo	Incumplimiento protocolo	3
	Paternalismo	Poder	Superioridad del profesional	27
			Presión para el tratamiento	Coacción medicación
		Reprobar	O coerción	5
		Reprobar	Refirir	2
		Tratamiento involuntario	Contención mecánica	18
	Terapia Biológica	Concepto reducido de la enfermedad	Tratamiento ambulatorio involuntario	3
			Síntomas por los que pregunta el psiquiatra	6
		Concepto reducido del trastorno	5	
	Perspectiva holística	Fármacos como terapia única	Medicación como tratamiento	9
		Perspectiva holística		
			Categorías 15	Códigos 21

Tabla 3 (continuación)

Temas	Subtemas	Categorías	Códigos	Enraizamiento	
Impacto emocional y comportamental	Efecto en el autoconcepto	Malos tratos	Infantilizado	6	
			Sentirse maltratado	3	
			Sentirse infravalorado	12	
			Sentirse avergonzado	6	
			Pérdida de valor de la opinión	8	
		Autoestigma	Autoestigma	10	
		Pérdida autoconfianza	Pérdida autoconfianza	1	
		Miedo	Desconfianza	Desconfianza debido a la falta de información	3
				No buscar ayuda frente al malestar psíquico	2
				Pérdida de control de su propia vida	Desprotegidos
	Miedo a las consecuencias			Incertidumbre	4
	Miedo a expresar			3	
		Miedo a sus emociones	3		
		Mentir como alternativa	Mentir	Mentir al psiquiatra	10
			Categorías 8	Códigos 14	Enraizamiento 74
Demandas		Información sobre fármacos y efectos secundarios	Falta de información sobre la medicación prescrita	20	
		Necesidades terapéuticas	Necesidades terapéuticas usuarios	18	
		Humanización del cuidado	Humanidad	3	
		Categorías 3	Códigos 3	Enraizamiento 41	
Total		Categorías 31	Códigos 50	Enraizamiento 350	

3.2 Resultados obtenidos tras la intervención realizada a los estudiantes de enfermería.

3.2.1 Descripción sociodemográfica de la muestra

La muestra final estuvo formada por 185 sujetos de los cuales el 83.4 % eran mujeres con una edad media de 23.66 años. Casi el 60 % de la muestra tenía un conocido o familiar con una enfermedad mental, El resto de las características sociodemográficas están descritas en la tabla 4.

Tabla 4 Descripción sociodemográfica estudiantes enfermería

N=185	Total	Universidad Pública	Universidad Privada	P-value	t
		38.9 % (n= 72)	61.1 % (n=113)		
EDAD (AÑOS) media (DE)	23.66 (5.75)	23.92 ±7.09	23.50 ± 4.72	0.65	0.46
	N (%)	n (%)	n (%)	P-value	X ² (df =1)
GENERO				0.369	0.806
Hombre	30 (16.4)	14 (19.4)	16 (14.4)		
Mujer	153 (83.6)	58 (80.5)	95 (85.6)		
Trabajo sector sanitario	36 (19.8)	9 (12.5)	19 (21.3)	0.141	2.169
Conocido/familiar con EM	108 (58.4)	43 (60.5)	65 (58.5)	0.788	0.720
Conocido/familiar con esquizofrenia	42 (22.8)	16 (22.2)	26 (23.2)	0.876	0.024
Grado de parentesco				0.194	1.690
Familiar 1er grado	12 (14.4)	2 (11.7)	10 (27.7)		
Familiar 2º grado	41 (77.3)	15 (88.2)	26 (72.2)		
EM conocidos/familiares					
Esquizofrenia	139 (78.5)	53 (76.8)	86 (79.6)	0.656	0.198
Depresión	123 (69.8)	53 (76.8)	70 (65.4)	0.108	2.586
Trastorno bipolar	99 (55.9)	32 (47.3)	67 (62.0)	0.410	4.189
Trastorno límite personalidad	75 (42.3)	23 (33.3)	52 (48.1)	0.520	3.784
Trastorno esquizoafectivo	64 (36.6)	24 (34.7)	40 (37.0)	0.761	0.930
Trastorno ansiedad	28 (15.8)	11 (15.9)	17 (15.7)	0.971	0.001
Trastorno alimentación	6 (3.4)	3 (4.2)	3 (2.8)	0.607	0.265

EM = Enfermedad Mental

DE = Desviación Estándar

*P<0.005

3.2.2 Resultados obtenidos en el cuestionario AQ-27-E

3.2.2.1 Puntuaciones previas a la intervención

Como se puede apreciar en la tabla 5 no hay diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida antes de la intervención, para ninguna de las dimensiones del cuestionario AQ-27-E entre los sujetos de la muestra que habían tenido contacto con personas con trastorno mental en general, ni con personas con esquizofrenia en particular, frente a los que no habían tenido contacto. El grado de parentesco (familiar de primer grado; familiar de segundo grado) con la persona con trastorno mental tampoco influye en los resultados obtenidos, al igual que tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que podían haber tenido contacto con personas con trastorno mental por haber trabajado en sanidad con anterioridad a la intervención frente a los que no lo habían hecho.

Tabla 5. Influencia de variables independientes sobre puntuación obtenida en cuestionario AQ 27 E antes de la intervención.

Atribución	Conocidos y familiares con enfermedad mental			Conocidos y familiares con esquizofrenia			Trabajo previo en sistema sanitario		
	<i>t</i>	gl	<i>P</i>	<i>t</i>	gl	<i>P</i>	<i>t</i>	gl	<i>P</i>
Responsabilidad	-1.21	180	0.23	1.05	183	0.30	-0.12	182	0.91
Piedad	-0.06	180	0.95	-1.62	183	0.11	0.22	182	0.83
Ira	0.16	180	0.88	0.08	183	0.94	0.86	182	0.39
Peligrosidad	0.11	180	0.91	-0.75	183	0.45	1.45	182	0.15
Miedo	-0.36	180	0.72	-0.75	183	0.46	0.75	182	0.46
Ayuda	-0.41	180	0.69	0.57	183	0.57	1.68	182	0.08
Coacción	-0.79	180	0.43	-1.45	183	0.15	-1.60	182	0.11
Segregación	-0.69	180	0.49	-0.46	183	0.65	-1.57	182	0.12
Evitación†	-1.41	180	0.16	-0.92	183	0.36	0.08	182	0.93

†La interpretación del resultado es a la inversa en esta dimensión

3.2.2.2 Puntuaciones tras la intervención

Al comparar los resultados obtenidos antes y después de la intervención observamos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para 8 de las 9 dimensiones del cuestionario de atribución AQ-27-E, considerándose una magnitud del efecto de tamaño medio (Cohen, 1988) para los atributos ira, peligrosidad, miedo y evitación. Para las dimensiones segregación, coacción, tendencia de ayuda y piedad también se producen cambios positivos estadísticamente significativos aunque para estas la magnitud del efecto se considera baja (Cohen, 1988) (Tabla 6).

Tabla 6. Prueba *t* para muestras pareadas comparando las medias del AQ-27-E antes y después de la intervención.

Atribución	Pre-intervención (media) \pm DE	Post-intervención (media) \pm DE	Diferencia de medias	IC	<i>P</i>	<i>t</i>	<i>d</i> Cohen
Responsabilidad	9.780 \pm 3.174	9.720 \pm 3.795	0.065	-0.433 a 0.563	0.798	0.257	0.0189
Piedad	17.770 \pm 3.780	17.230 \pm 3.979	0.535	0.040 a 1.031	0.034*	2.130	0.1566
Ira	8.446 \pm 3.727	6.430 \pm 3.371	2.018	1.501 a 2.536	0.000*	7.700	0.5661
Peligrosidad	10.120 \pm 4.198	7.450 \pm 3.871	2.655	2.025 a 3.305	0.000*	8.211	0.6034
Miedo	9.000 \pm 4.462	6.520 \pm 3.842	2.476	1.835 a 3.117	0.000*	7.621	0.5604
Ayuda	23.330 \pm 3.322	24.180 \pm 3.386	-0.854	-1.263 a -0.445	0.000*	-4.117	-0.3026
Coacción	18.210 \pm 4.641	16.720 \pm 5.246	1.486	0.837 a 2.136	0.000*	4.515	0.3318
Segregación	7.905 \pm 4.551	6.300 \pm 4.007	1.602	0.951 a 2.254	0.000*	4.853	0.2368
Evitación†	18.360 \pm 4.936	20.660 \pm 5.167	-2.303	-2.964 a -1.642	0.000*	-6.871	-0.5053

†La interpretación del resultado es a la inversa en esta dimensión

DE Desviación Estándar

IC Intervalo de confianza

* $P < 0.005$

4. DISCUSIÓN.

Con los artículos compendiados en esta tesis se ha pretendido aportar nueva información de cómo perciben las personas con trastorno mental la relación que establecen con los profesionales sanitarios, las reacciones a ellas y sus principales demandas. Así como, conocer si a través de una intervención basada en el contacto directo existe la posibilidad de mejorar las actitudes estigmatizantes de los futuros profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental.

El primer objetivo de esta tesis era conocer como percibían las personas con trastorno mental **las relaciones que se establecían con los profesionales sanitarios**. Los participantes en nuestro estudio han percibido que las relaciones entre el paciente y el profesional sanitario están mediadas por el estigma ya que observan prejuicios y estereotipos hacia ellos lo que condiciona la relación que se establece entre ambos. Estas actitudes son comunes e independientes de la especialidad (cardiología, oncología, urología, urgencias, psiquiatría) o de la profesión (medicina, enfermería, psicología).

A pesar de las diferencias socioculturales hemos obtenido resultados similares a los obtenidos en estudios realizados en países del norte de Europa y EEUU (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Ljungberg et al., 2016; Newman et al., 2015). Las personas con trastorno mental que han participado en nuestro estudio perciben de forma negativa las relaciones que se establecen con la mayoría de

los profesionales sanitarios. Las barreras que han encontrado los participantes este estudio para establecer una relación terapéutica con los profesionales sanitarios son similares a las encontradas en países con distintas tradiciones culturales como la Anglosajona mucho más individualista y con mayor tradición por el respeto a la autonomía del paciente (Busquets, Roman, & Terribas, 2012).

Dada la importancia que la literatura científica atribuye a la alianza terapéutica como herramienta fundamental para la eficacia del tratamiento (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011), llama la atención que ninguno de los tres componentes descritos por Bordin (1979) sea considerado en la práctica. Los participantes en nuestro estudio expresaron que los profesionales de la salud no buscaban el consenso sobre los objetivos terapéuticos ni las tareas a realizar para conseguirlos. Por el contrario, percibían que asumían un papel paternalista. Este rol se traduce en actitudes coercitivas y estilos de comunicación en los que las personas con trastornos mentales perciben una pérdida de libertad de actuación y se sienten vulnerables (Norvoll & Pedersen, 2016). Estas actitudes se manifiestan en situaciones en las que los profesionales sanitarios no están de acuerdo con las decisiones del individuo e imponen su opinión considerando que tienen un mayor conocimiento y autoridad sobre la materia. Dando mayor relevancia por tanto al principio de beneficencia frente al de autonomía (Beauchamp y Childress, 2013). Cabe recordar que la coerción no es únicamente objetiva, también puede ser percibida (Jaeger y Rossler, 2010) y se produce fundamentalmente debido a dos factores. Por un lado la posición de superioridad que se le otorga al profesional y por otro lado a la escasa información que se proporciona al paciente respecto a su tratamiento, de modo que el usuario puede

interpretar un ofrecimiento como una amenaza, creyendo que si no acepta lo que el profesional le propone tendrá consecuencias negativas para él. Así, la falta de información y clarificación ante las dudas del paciente puede ser considerada coerción (Szmukler & Appelbaum, 2008).

Las personas con trastornos mentales que han participado en esta investigación consideran que los profesionales sanitarios tienen prejuicios y actitudes estigmatizantes que impiden que se establezca un vínculo emocional entre ambos, por lo que el tercer componente de la alianza terapéutica descrito por Bordin (1979) tampoco se produce. Otra consecuencia de la presencia de estereotipos en los profesionales sanitarios como la atribución de falta de capacidad y la falta de credibilidad (Alexander, Rllis, & Barrett, 2016) es la interpretación errónea de su sufrimiento tanto físico como psicológico. Así, perciben que la mayoría de las veces, los profesionales sanitarios interpretan su sintomatología como efecto adverso de la medicación psiquiátrica, aumentando en consecuencia el riesgo de no detectar la presencia de patología orgánica, subestimar la gravedad del problema y retrasar el tratamiento (Henderson et al., 2014; Neauport et al., 2012).

Los participantes de nuestro estudio consideraban que las decisiones, especialmente las relacionadas con la medicación, eran tomadas unilateralmente por el profesional sanitario, y en ocasiones se sentían forzados, castigados o incluso humillados cuando intentaban rechazar la medicación o hacían comentarios al respecto. Estos resultados son coherentes con estudios similares realizados en otros contextos culturales (Bacha, Hanley and Winter, 2019; Raboch

et al., 2010; Szmukler & Appelbaum, 2008; Seo, Kim and Rhee, 2013; Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007), en los que las personas con trastornos mentales describieron percepciones similares de ser castigadas y humilladas en sus relaciones con los profesionales sanitarios.

La percepción de no poder comentar sus tratamientos es especialmente relevante, y puede relacionarse con la percepción de inconsistencia en los tratamientos prescritos. Los participantes informaron que los medicamentos específicos y las dosis prescritas varían dependiendo del psiquiatra asignado, resultado comparable al obtenido por Schulze (2007). Incluso perciben incoherencias entre la intensidad de los síntomas que describen y los fármacos prescritos, incluyendo la percepción de estar sobremedicados. Varios estudios, realizados hace más de una década, ya mostraban una gran variabilidad en la prescripción de fármacos en cuanto a tipos de medicamentos y dosis para personas con trastornos mentales (Bitter et al., 2003; Sim et al., 2004). Las diferencias en el enfoque terapéutico entre distintos profesionales pueden estar relacionadas con el sistema categorial de clasificación diagnóstica que lleva a los profesionales a poner el foco en identificar etiquetas diagnósticas en vez de hacerlo en la experiencia individual de las personas con sufrimiento mental (Allasop, Read, Corcon, & Kinderman, 2019), una conclusión que también es consistente con la de los discursos de los participantes de nuestro estudio.

Teniendo en cuenta que los profesionales de la salud, y específicamente los especialistas en salud mental, son los profesionales a los que las personas

con trastornos mentales deben dirigirse en busca de ayuda, sorprende que las experiencias descritas en sus ingresos en las unidades psiquiátricas especializadas sean muy negativas. Incluso algunas personas han afirmado sentirse castigados deliberadamente por enfermeras, principalmente a través del uso poco adecuado de la contención mecánica. Aunque son escasos, en algunos estudios los participantes también han expresado abiertamente haber sido contenidos físicamente como castigo (Ljungberg et al., 2016; Tingleff et al., 2017). Sin embargo, no hemos encontrado ninguno en el que, como se describe en nuestros resultados, los participantes hayan percibido posible mala praxis por parte de los profesionales de la salud, ya que eran conscientes de que durante el tiempo que duró la contención mecánica se deberían haber controlado periódicamente sus constantes vitales. Sin embargo, no se vigiló su estado de salud durante el espacio en que estuvieron sujetos, incumpliendo así con los protocolos habituales sobre contención.

Por otro lado, los participantes en el estudio han coincidido unánimemente en que la principal consecuencia de haber sufrido experiencias negativas con profesionales sanitarios es la aparición de diferentes tipos de miedo. Estudios llevados a cabo por Corrigan (2004) y Tingleff et al. (2017), también lo confirman. Cuando la persona es identificada con una etiqueta, tiene miedo a que todo cuanto haga sea interpretado bajo esa perspectiva. Tiene miedo a que su enfermedad sea evidente por su comportamiento o a que se atribuyan emociones cotidianas a síntomas de la enfermedad (Ljungberg et al., 2016; Newman et al., 2015). Temen perder el control de sus vidas y ser considerados discapacitados.

Todo esto afecta a su autoestima y autoconcepto, disminuyendo su confianza y la capacidad de adopción de decisiones (Corrigan, 2004; Seo et al., 2013).

La reacción natural a este miedo es la defensiva, y como resultado evitan buscar ayuda profesional en una situación de enfermedad (Seo et al., 2013; Sickel, Seacat, & Nabors, 2015). Se vuelven celosos y terminan mintiendo o escondiendo información (Ådnøy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2014; Bacha et al., 2019) lo que sirve para confirmar a los profesionales los estereotipos asignados a las personas con trastornos mentales.

La principal demanda de los participantes de este estudio es que se aplique la toma de decisiones compartida. La toma de decisiones compartida contribuye a mejorar la autoestima y la calidad de vida relacionada con la salud (Newman et al., 2015) ya que permite un autocuidado proactivo (Zeber et al., 2008) siendo además el elemento clave en la recuperación de la salud mental (Klingaman et al., 2015). Sin embargo, los participantes en este estudio han percibido que los profesionales sanitarios no aplican este principio de forma rutinaria en el campo de la salud mental. Parece que se necesitan estrategias claras para incorporar instrumentos de apoyo para la integración de la toma de decisiones compartida junto con otras intervenciones de apoyo a la recuperación de las personas con trastorno mental en las instituciones sanitarias (Scholl, LaRussa, Hahlweg, Kobrin, & Elwyn, 2018).

El segundo objetivo de esta tesis fue **Evaluar la eficacia de una intervención basada en el contacto directo para disminuir el estigma de los estudiantes de enfermería hacia las personas con trastorno mental.**

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que la intervención que hemos realizado, basada en el contacto directo con personas que tienen experiencia directa con el trastorno mental, es eficaz para mejorar las actitudes estigmatizantes y las emociones de los estudiantes de enfermería. Se ha obtenido un cambio estadísticamente significativo en 8 de las 9 dimensiones medidas a través del cuestionario AQ-27-E: peligrosidad, piedad, ira, tendencia de ayuda, miedo, evitación, segregación y coacción. Al compararla con otras intervenciones similares basadas en el contacto con personas con experiencia vivida, observamos que Happell et al. (2014) obtienen cambios positivos en la mejora de los estereotipos negativos y la tendencia de ayuda pero no para la dimensión ansiedad. La medición se realizó con un cuestionario diseñado ad hoc para la intervención. Clement et al. (2012) no obtienen cambios en las dimensiones miedo y peligrosidad medidas con el cuestionario Emotional Reactions to Mental Illness Scale (ERMIS). Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en el estudio llevado a cabo por Bingham & O'Brien (2017) en el que miden con el cuestionario AQ-27 el cambio en las actitudes estigmatizantes mediante una intervención de contacto directo, observamos que obtuvieron resultados positivos para los atributos piedad, peligrosidad, miedo y evitación pero no para segregación y coacción. Las diferencias de nuestros resultados con los estudios anteriores pueden ser debidas a que nuestra intervención se basó en los criterios considerados por Corrigan et al. (2013) como claves para que una intervención de

contacto directo sea efectiva. No todos los tipos de contacto son útiles para reducir el estigma (Eisenberg, Downs, & Golberstein, 2012). De hecho, los profesionales de la salud mental, a pesar de la continua relación con las personas con diagnósticos psiquiátricos, siguen manteniendo actitudes estigmatizantes (Hansson et al., 2013; Schulze, 2007). Una posible explicación puede ser que el contacto no se produce en las condiciones descritas como necesarias por la teoría del contacto intergrupar de Allport (1954). Para producir un cambio de actitud, el contacto debe tener algunas características específicas: igualdad de estatus de grupo, objetivos comunes, cooperación intergrupar y el apoyo normativo. Estas características no están presentes en el contacto entre profesionales y usuarios de los servicios de salud mental, ya que suele producirse en un entorno hospitalario en el que la interacción es asimétrica y la sintomatología está muy agudizada (Koukia, Mangoulia, Stathopoulos, & Madianos, 2013). Además, los profesionales no tienen la oportunidad de observar la evolución de la persona en su propio entorno personal, ignorando las posibilidades de recuperación, lo que favorece el mantenimiento o la aparición de actitudes estigmatizantes (Couture & Penn, 2003; Ungar, Knaak. & Szeto, 2016). Estas razones nos hacen considerar que las intervenciones para disminuir el estigma basadas en contacto directo pueden ser especialmente útiles y eficaces cuando se llevan a cabo durante el periodo de formación, de modo que contribuyan a que el futuro profesional adquiera las competencias necesarias para poder establecer una adecuada relación terapéutica favoreciendo la recuperación de la persona (Tidefors & Olin, 2011).

SECCIÓN II

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA:

TRABAJOS PUBLICADOS.

SECCIÓN III:

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

Los participantes en este estudio percibieron prejuicios y actitudes estigmatizantes por gran parte de los profesionales sanitarios que los trataron, independientemente de su profesión y su especialidad.

El sentimiento predominante fue el de miedo. Miedo a que cualquier respuesta fuera interpretada como parte del trastorno mental y a las consecuencias que de ello se derivan.

Las respuestas ante los profesionales de la salud estaban condicionadas por el trato recibido: mentir sobre la toma de la medicación prescrita, ocultar información o evitar la búsqueda de ayuda entre los profesionales de la salud ante la presencia de malestar psíquico.

Sus demandas fueron unánimes: reclamaron un nuevo modelo basado en el establecimiento de relaciones significativas y la toma de decisiones compartidas.

A través de una intervención de contacto directo con personas con diagnóstico psiquiátrico y familiares es posible mejorar actitudes estigmatizantes y las emociones de los futuros profesionales de la salud hacia las personas con trastorno mental.

Las intervenciones para disminuir el estigma basadas en contacto directo, pueden ser especialmente útiles y eficaces para disminuir las actitudes estigmatizantes cuando se llevan a cabo durante el periodo de formación.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Sería necesario hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de los participantes en este estudio para investigar si los efectos de la intervención realizada se mantienen en el tiempo y contribuyen a establecer una adecuada relación terapéutica con personas con un diagnóstico psiquiátrico.

Es necesario que las personas con trastornos mentales participen junto a profesionales de la salud en la elaboración de protocolos y procedimientos que faciliten su participación en el cada una de las etapas del proceso de recuperación. Estos procedimientos deberían incluir instrucciones psiquiátricas anticipadas en las que se indiquen los deseos de la persona si, en un momento determinado, se considera que es incompetente para decidir qué opción de tratamiento es más aconsejable para restablecer su salud (Kisely & Campbell, 2014).

En la misma línea, la investigación debe seguir explorando los efectos de las relaciones terapéuticas y sus influencias en los criterios de evaluación de la calidad de la atención recibida y en la reducción del número de ingresos en las unidades de hospitalización psiquiátrica. Además, se debería explorar cuales son las percepciones de las personas con trastornos mentales tanto sobre las

cantidades y los tipos de medicamentos que se les administran como sobre sus efectos, ya que las prescripciones de los medicamentos varían mucho en cuanto al tipo y la dosis si no se ha establecido previamente el objetivo terapéutico (Bitter et al., 2003)

REFERENCIAS

-
- Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110–117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical–Surgical Nurses’ Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2015.06.018>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison Wesley
- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., & Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>
- Ando, S., Clement, S., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2011). The simulation of hallucinations to reduce the stigma of schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 133(1–3), 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.011>
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2019). ‘Like a human being, I was an equal, I wasn’t just a patient’: Service users’ perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2). <https://doi.org/10.1111/papt.12218>
-
-

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). Principles of Biomedical Ethics, Seventh Edition. Oxford.
- Becker, H. (2009). Outsiders. Hacia una Sociología de la Desviación [1963]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bingham, H., & O'Brien, A. J. (2017). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 201(1), 7–8. <https://doi.org/10.1111/inm.12322>
- Bitter, I., Chou, J. C., Ungvari, G. S., Tang, W. K., Xiang, Z., Iwanami, A., & Gaszner, P. (2003). Prescribing for inpatients with schizophrenia: an international multi-center comparative study. *Pharmacopsychiatry*, 36(4), 143–149. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41199>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi.org/10.1037/h0085885
- Busquets, E., Roman, B., & Terribas, N. (2012). Bioethics in Mediterranean culture: The Spanish experience. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(4), 437–451. doi.org/10.1007/s11019-011-9354-8
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S. L., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-36>
- Corrigan, P. W., River, P. L., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., ... Kubiak, M. A. (2001). Three Strategies for Changing

-
- Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162–179. <https://doi.org/10.2307/1519806>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüscher, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R., ... Buchholz, B. (2013). The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 173–179. <https://doi.org/10.1037/prj0000006>
- Couture, S. M. & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291–305.
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 375–385. <https://doi.org/10.1111/inm.12159>
-
-

- de Jacq, K., Norful, A. A., & Larson, E. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>
- Disability Rights Commisión. (2006). *Equal Treatment: Closing the gap*.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., & Golberstein, E. (2012). Effects of contact with treatment users on mental illness stigma: Evidence from university roommate assignments. *Social Science and Medicine*, 75(6), 1122–1127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.007>
- Finkelstein, J., Lapshin, O., & Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.002>
- Frost, D. M. (2011). Social Stigma and its Consequences for the Socially Stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824–839. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00394.x>
- Giandinoto, J. A., Stephenson, J., & Edward, K. L. (2018). General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 942–955. <https://doi.org/10.1111/inm.12433>
- Goffman, E. (1963). *Stigma Notes on the Management of Spoiled Identity*. (I. Prentice-Hall, Ed.) (10th ed.). New Jersey.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *The International Journal*

-
- of *Social Psychiatry*, 59(1), 48–54.
<https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J., & Davies, J. (2014). Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. *Journal of Mental Health*, 23(3), 427–434.
<https://doi.org/10.1111/inm.12077>
- Henderson, S., Happell, B., & Martin, T. (2007). So what is so good about clinical experience? A mental health nursing perspective. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2006.06.003>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
doi.org/10.1037/a0022186
- Jaeger, M. & Rossler, W. (2010) 'Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness', *Psychiatry Research*, 180(1), 48–53. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.011.
- Kessing, L. V., Vradi, E., & Andersen, P. K. (2015). Life expectancy in bipolar
-
-

- disorder. *Bipolar Disorders*, 17(5), 543–548.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12296>
- Kisely, S. R., & Campbell, L. A. (2014). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12):CD004(12), CD004408.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub4>
- Klingaman, E. A., Medoff, D. R., Park, S. G., Brown, C. H., Fang, L., Dixon, L. B., ... Kreyenbuhl, J. A. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 242–248.
<https://doi.org/10.1037/prj0000114>
- Koukia, E., Mangoulia, P., Stathopoulos, T. & Madianos, M. (2013). Greek mental health nurses' practices and attitudes in the management of acute cases. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 192–197.
- Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., ... Roth, L. H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of Coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1254–1260. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.9.1254>
- Link, B. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. doi:10.2307/2095395
- Link, B G, & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528–529. [https://doi.org/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/S0140-6736(06)68184-1) [pii]
- Link, B G, & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol*, 27,

- 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness*. *Journal of Mental Health, 25*(3), 267–277. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427>
- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., ... Cerrato, F. (2017). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society, & Education, 4*(2), 169. <https://doi.org/10.25115/psye.v4i2.489>
- McDonald, D. D., Frakes, M., Apostolidis, B., Armstrong, B., Goldblatt, S., & Bernardo, D. (2003). Effect of a psychiatric diagnosis on nursing care for nonpsychiatric problems. *Research in Nursing and Health, 26*(3), 225–232. <https://doi.org/10.1002/nur.10080>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 103*(March), 120–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Neauport, A, Rodgers, R. F., Simon, N. M., Birmes, P. J., Schmitt, L., & Bui, E. (2012). Effects of a psychiatric label on medical residents' attitudes. *The International Journal of Social Psychiatry, 58*(5), 485–487. <https://doi.org/10.1177/0020764011408652>
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: An integrative literature review.

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171–182.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156, 204–211.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance.State of health in the European Union Cycle*.
- Pedersen, D. (2015). Estigma y exclusión en la enfermedad mental : Apuntes para el análisis e investigación diseño de intervenciones. *Douglas Mental Health University Institute - Research Centre Montreal, Canadá.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science and Medicine*, 67(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>
- Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D., Ramachandra, & Badamath, S. (2014). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 368. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.140701>
- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., ... Kallert, T. W. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>

-
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Scholl, I., LaRussa, A., Hahlweg, P., Kobrin, S., & Elwyn, G. (2018). Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implementation science: IS*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0731-z>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Seo, M. K., Kim, S. H., & Rhee, M. (2013). Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/0020764011431543>
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2015). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202–215. <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>
- Sim, K., Su, A., Leong, J. Y., Yip, K., Chong, M. Y., Fujii, S., Yang, S., Ungvari, G. S., Si, T., Chung, E. K., Tsang, H. Y., Shinfuku, N., Kua, E. H., & Tan, C. H. (2004). High dose antipsychotic use in schizophrenia: findings of the REAP
-
-

- (research on east Asia psychotropic prescriptions) study. *Pharmacopsychiatry*, 37(4), 175–179. <https://doi.org/10.1055/s-2004-827174>
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>
- Tee, S., & Uzar Ozcetin, Y. S. (2016). Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co-design with nursing students. *Nurse Education Today*, 44, 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.024>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Tidefors, I. & Olin, E. (2011). A need for 'good eyes': Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 1–9.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Ungar, T., Knaak, S. & Szeto, A. C. (2016). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care.

Community Mental Health Journal, 52, 262–271

Wahl, O. & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49–62. <https://doi.org/10.1002/jcop>

Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: Guilford Press.

World Health Organization Europe. The European Mental Health Action Plan. EUR/RC63/11 + EUR/RC63/Conf.Doc./8, 16 (2013). WHO Regional Strategies and Action Plans. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Zeber, J. E., Copeland, L. A., Good, C. B., Fine, M. J., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1–3), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.026>