

**REFLEXIÓN SOBRE EL PAPEL DE ENFERMERÍA Y DE LA
RECUPERACIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA**

927

BEGOÑA IBÁÑEZ JIMÉNEZ

CARMEN PÉREZ GARCÍA

EVA UTRERA CABALLERO

LORENA PÉREZ BRENES

MARÍA JOSÉ BARRIOS SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ LOPERA ARROYO



INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería como grupo integrante de la sociedad pueden presentar también ideas erróneas y estereotipos que perpetúen el estigma hacia las personas con trastornos mentales graves. Nuestras intervenciones y la forma de comportarnos de forma consciente en algunos casos e inconscientes en otros, pueden provocar situaciones de discriminación y prejuicio hacia las personas con enfermedad mental. Resulta obvio, que para dar cuidados de salud eficaces a estas personas, es crucial que los profesionales sanitarios no se vean obstaculizados por estas actitudes estigmatizantes. La lucha contra el estigma debe comenzar por los propios sistemas de salud, de este modo, los profesionales de la enfermería junto con el resto de profesionales sanitarios nos encontramos en una posición privilegiada que nos capacita para motivar e impulsar el cambio y que nos convierte en “agentes sociales” del proceso de “desestigmatización” contribuyendo a mejorar la situación de las personas con trastornos mentales graves.

928

OBJETIVO PRINCIPAL

Reflexionar sobre las principales estrategias en la lucha contra el estigma de los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer las repercusiones que el estigma ocasiona en las personas con trastornos mentales graves.
- Destacar las actitudes de los profesionales de enfermería hacia las personas con trastorno mental grave que perpetúan el estigma.
- Exponer los aspectos claves de la perspectiva de la Recuperación.

-Reflexionar sobre el cambio de enfoque de la enfermería para luchar contra el estigma.

DESARROLLO

El estigma representa un síndrome ligado a problemas del conocimiento (ignorancia), actitudes (prejuicios) y el comportamiento (discriminación)². Muchos autores se inclinan por la definición cardinal de Irving Goffman³ que utiliza el término estigma para referirse a un “atributo profundamente desacreditador”, una característica que ocasiona en quien la posee un amplio desacredito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee⁴. Estos estereotipos crean una especie de “identidad social virtual” que nada tiene que ver con la “identidad real” de la persona. Así que, de acuerdo con este autor la discrepancia entre lo virtual y lo real es lo que fundamenta el origen del estigma⁵. Dentro de las enfermedades mentales, las personas con esquizofrenia son las que constituyen uno de los grupos sociales más discriminados². Las personas con problemas de salud mental que sufren estigma son más propensas a experimentar exclusión por parte de sus familias, mayor hostilidad por parte de otras personas, de sufrir abusos, recibir peor atención sanitaria y por tanto, morir más jóvenes. En ocasiones, estas personas también interiorizan el estigma reduciendo notablemente sus perspectivas de recuperación⁶, ya que influye directamente en los factores que la favorecen como la autoestima, la creatividad y el empoderamiento⁷.

Existe evidencia científica de que el estigma hacia los trastornos mentales se puede reducir. Si existe un sector de la sociedad que debe desprenderse de actitudes estigmatizadoras y debe ser capaz de reconocer que algunos de los comportamientos que presentan las personas con enfermedad mental constituyen en realidad síntomas de la enfermedad, ese debe ser el sector de los profesionales de la salud. Por ello, se considera que buscar estrategias efectivas y reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales en el sector de la salud debe constituir una prioridad⁵. Por razones como estas, el

estigma y la discriminación se han identificado como un problema significativo para las personas con enfermedad mental⁸. Es por ello, que en la Declaración de Helsinki (2005)⁹ de la Organización Mundial de la Salud en su Conferencia Europea de Ministros, el Consejo Internacional de Enfermería¹⁰ (CIE, 2001) y la “Declaración Europea de Salud Mental” han establecido la lucha contra el estigma asociada a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa para Europa, presentando además un “Plan de Acción en Salud Mental” que justifica y orienta las intervenciones de los profesionales, entre ellos los profesionales de enfermería, priorizando los aspectos preventivos y la lucha contra el estigma.

Los profesionales de Enfermería se encuentran en una posición de confianza y de poder que claramente podrían contribuir a disminuir de forma significativa el estigma. Sin embargo, algunos estudios demuestran que los encuentros de los usuarios con los profesionales de salud mental son recordados por éstos, como una de las experiencias más estigmatizantes y angustiantes⁵.

Como señala la bibliografía sobre el tema, el estigma hacia la enfermedad mental está muy extendido e impregna todos los aspectos de la sociedad^{2,4,8}. Según datos de la Oficina Nacional de Estadística de Reino Unido⁵, aunque las actitudes de la población hacia las personas con enfermedad mental son cada vez más positivas y la aceptación va en aumento, el 39% de las personas piensan que las personas con trastornos mentales son peligrosas, el 67% declaró que el tratamiento adecuado para éstas era el internamiento y el 19% y el 15% de las personas respectivamente, indicaron que las personas con enfermedad mental son diferentes al resto y que la debilidad en la personalidad es la causa del desarrollo del trastorno. El estigma también repercute en los sistemas de salud^{2,4,8}. Prueba de ello, es que en algunos estudios se ha encontrado que los usuarios que acuden a los servicios de salud, se quejan del trato y las actitudes negativas por parte de los profesionales, proporcionándoles además un menor nivel de atención^{11,12,13}. Una encuesta que se pasó a usuarios de un servicio de salud mental⁶, encontró que las personas con enfermedad mental percibían discriminación con mayor frecuencia por parte de sus amigos (52%), de sus familiares (56%), seguido de la discriminación en su

lugar de trabajo (47%), pero también halló que los usuarios experimentaban discriminación por parte de los médicos (44%) y de otros profesionales de la salud (32%). No deja de ser sorprendente que muchos de los pacientes experimentan con más frecuencia el estigma de los propios profesionales de la salud mental que de otros grupos de la sociedad¹⁴. En un estudio que comparaba las actitudes estigmatizantes de los estudiantes sanitarios², se encontró que los estudiantes de enfermería presentaban menor nivel de estigma que el resto de estudiantes sanitarios, entre las hipótesis que explican estos resultados, se encuentra que las enfermeras debido a la elección de su profesión, es menos probable que deseen la distancia social de los pacientes, ya que alimentar, asear, medicar e interactuar con los pacientes, forma parte de sus funciones diarias.

Según todos estos datos, parece ser que en general, los profesionales de la enfermería, al igual que otros profesionales sanitarios, también desarrollan actitudes estigmatizantes¹⁵. En palabras de Kathleen R. Delaney⁷: “Por supuesto que las enfermeras de salud mental son conscientes del problema del estigma y del daño causado por éste a los pacientes, pero lo que las enfermeras no pueden “ver” es el estigma que ellas promueven con su propio comportamiento y con las repercusiones del tratamiento y los cuidados que proporcionan”. Un ejemplo de ello, son las actitudes paternalistas que forman parte de una tradición en la enfermería de salud mental¹⁵ y que disminuyen las expectativas de mejora en las personas con enfermedades mentales.

Parece ser que las actitudes de los profesionales hacia la enfermedad mental, así como el carácter crónico de la misma y la pérdida o déficit en la capacidad de funcionamiento personal son a menudo consideradas como los factores más importantes que impulsan y mantienen el comportamiento estigmatizante. Siguiendo esta línea, un estudio realizado con enfermeras tailandesas concluyó que el cuidado de las personas con esquizofrenia estaba dominado en la mayoría de los casos por una perspectiva biomédica¹⁶.

Por tanto, las actitudes de los profesionales sanitarios son importantes, porque constituyen un factor determinante en la calidad de la atención prestada a las

personas con enfermedades mentales¹⁷ y muchos investigadores tienen la hipótesis de que los efectos negativos de las actitudes estigmatizadoras pueden disuadir a las personas en la búsqueda de atención, ya que no quieren sufrir la correspondiente etiqueta de “enfermo mental”^{18,19}, empeorando de esta forma la evolución y el pronóstico de la enfermedad mental y por tanto, de sus condiciones de vida. Otro aspecto importante es como el estigma también influye en la identidad de los propios profesionales de la enfermería⁷, y del resto de profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito, calificándose en ocasiones, como un ámbito no científico e incluso, no médico. Esta situación repercute en la moral de los profesionales e interfiere negativamente en la calidad de la atención prestada, ya sea directamente a través del personal desmoralizado o indirectamente, a través de los bajos niveles de inversión destinados a la atención de la salud mental¹⁷.

Los medios de comunicación también tienen un papel importante en el origen y mantenimiento de las actitudes estigmatizantes⁵. Las imágenes más frecuentes de la enfermedad mental que aparecen en los medios de comunicación son aquellas relacionadas con la agresividad, la violencia y el crimen. Suposiciones recurrentes que no nos extrañan, pero con graves consecuencias en todos los niveles para las personas con trastornos mentales graves¹⁸, ya que generan en las personas sentimientos relacionados con el miedo y la peligrosidad que se derivan en actitudes de rechazo. Los estudios científicos demuestran que la agresividad no es una conducta que deba asociarse a la enfermedad mental. Un estudio realizado en España¹⁹, demostró que sólo el 5% de una muestra de 895 pacientes presentaron alguna conducta agresiva, un valor que está muy por debajo del 10% estimado para la población general de la misma franja de edad.

Si la recuperación para la salud mental como evidencian numerosos estudios, va de la mano de la inclusión social, entonces, el aislamiento social tiene consecuencias enormes, ya que no sólo nos resta legitimidad, sino que literalmente nos puede hacer insalubre²⁰. Por ello, un aspecto clave que no suele tenerse en cuenta es eliminar los factores de refuerzo, especialmente el relativo a los sistemas tradicionales de atención, por ejemplo, la desaparición

de instituciones psiquiátricas monográficas, separadas de la vida social y de los sistemas generales de atención y su sustitución por servicios comunitarios, integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos. En el mismo sentido hay que considerar el papel de las legislaciones específicas, los procedimientos coercitivos y el uso inadecuado del diagnóstico¹. Un ejemplo del carácter estigmatizador de las leyes, lo constituyen los tratamientos involuntarios. Generalmente existe una clara diferencia entre la enfermedad física y la mental. Las personas con trastornos mentales no pueden decidir acerca de su tratamiento. Esta diferencia entre enfermedad física y mental refleja el temor hacia los trastornos mentales que aún sigue afectando a los políticos y legisladores⁵. Paralelamente a esto, también es necesaria la prestación de una atención sanitaria y social de calidad técnica y humana, efectiva a la vez que respetuosa y promotora de poder en igualdad en usuarios y usuarias. Atención que debe ser precoz y continuada, priorizando a las personas con mayores dificultades y problemas intentando mejorar su situación y condiciones de vida en la comunidad, además de prevenir la violencia en los pocos casos en que pueda darse¹. En la línea de lo comentado anteriormente, hace unos años, la Directora de la Agencia Estatal de Enfermería en Reino Unido², recomendó que se incorporaran los principios claves y valores del enfoque de recuperación a todas las áreas de actuación de la enfermería en salud mental²¹. El sistema de coerción que sustentaba el tratamiento de las personas con trastorno mental ha ido cambiando hacia una perspectiva de tratamiento centrado en la comunidad. Incluso el cambio físico de los dispositivos de salud mental ha venido acompañado de un cambio en la filosofía de los valores que sustentan la atención sanitaria. Este cambio de orientación se traduce en la participación cada vez más activa de los propios usuarios y familiares en los dispositivos de salud mental⁵. En los últimos años, la perspectiva de la recuperación, surge de los deseos de los propios usuarios⁵, que tiene su origen en los movimientos de consumidores/supervivientes en los años 80 y 90, que se basaba en la autoayuda, el empoderamiento y el apoyo, desafiando las ideas tradicionales sobre el poder profesional y el rol de experto que dominaban los servicios de salud mental, y que, discutiblemente, aún siguen haciéndolo⁶.

La recuperación personal ha sido descrita como un viaje hacia el crecimiento, el control y la responsabilidad en la vida de uno mismo^{7,16}. Mientras se construye este proceso, la persona puede trabajar en trazar un “plan de crisis” conjunto, implicando a su enfermera y a su psiquiatra. Esto sería como unas “Instrucciones anticipadas” que explícitamente involucran a todo el equipo que lleva su tratamiento y se ha demostrado que tienen un efecto significativo en la reducción de ingresos involuntarios²¹ y por tanto en la lucha contra el estigma. Entre los factores que favorecen la recuperación se encuentran, la esperanza, la aceptación de la enfermedad, la auto-responsabilidad, el tratamiento óptimo y el apoyo social. Por el contrario, el estigma y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, entre otros, constituyen barreras hacia este proceso^{7,16}. En cuanto a lo que respecta a los profesionales sanitarios el término recuperación, se refiere a la capacidad y disposición de los mismos para apoyar a las personas con trastornos mentales a dirigir y controlar sus propias vidas de una manera que les permita vivir una vida que sea significativa para ellos⁵. En este sentido, Roberts Wolfson²¹ lo describe como un cambio en el rol del profesional, percibido como distante y en una posición de autoridad a convertirse en alguien que se comporta más bien como un entrenador personal “Ofreciendo sus habilidades profesionales y conocimientos, a la vez que aprende del paciente y lo evalúa como experto que es, gracias a su experiencia”. La base es una relación abierta, de confianza y honestidad, y es la calidad de esta relación de ayuda lo que resulta crucial para la recuperación. Ya Hildegard E. Peplau, una de las primeras especialistas en enfermería de Salud Mental, en el año 1952 edita “Interpersonal relations in Nursing”, donde destaca la importancia del proceso interpersonal y de la relación enfermera-enfermo y decía: “que sin el establecimiento-mantenimiento de esta relación, la enfermera no es útil ni terapéutica y los cuidados son ineficaces”²². Al igual que en la perspectiva moderna de la recuperación de la que venimos hablando, Peplau ya resaltaba la importancia del trabajo en equipo del profesional y del paciente para comprender las reacciones de cada uno siendo consciente de los factores que pueden influir en la misma, para conseguir de esta forma, una actitud optimista y la satisfacción de las necesidades del paciente. Por tanto, los profesionales de enfermería deberían cambiar el enfoque y alejarse de las actitudes paternalistas y de control y evolucionar hacia la promoción de la

autonomía y la inclusión social⁵, promoviendo la participación activa en los cuidados de las personas con trastornos mentales ya que de esta forma se favorece su recuperación y se lucha contra las etiquetas. Las Voluntades Anticipadas de los propios pacientes representarían el empoderamiento de los mismos en cuanto a su total capacidad de decidir⁵. Algunos autores, al igual que determinó H. Peplau a principios del siglo XX, han argumentado que la recuperación se inicia cuando las personas comienzan a desarrollar una comprensión y aceptación de su enfermedad^{7,16}. Por tanto, es crucial el papel de enfermería junto con el de otros profesionales sanitarios en estos dos ámbitos.

En un estudio se halló, que los usuarios con trastornos mentales, sentían vergüenza a la hora de pedir ayuda a los profesionales sanitarios debido a las actitudes estigmatizantes de los mismos hacia su persona, sin embargo se sentían aliviados cuando los profesionales actuaban sin prejuicios y se les trataba como lo harían con cualquier otro paciente que acababa de experimentar una agudización de su patología⁷.

Es por tanto, fundamental que en los servicios de salud mental los supervisores y los propios enfermeros exploren sus actitudes y determinen si existen actitudes estigmatizadoras para intentar erradicarlas, para que la orientación predominante sea el enfoque centrado en la persona, es decir, en la perspectiva de la recuperación. En el estudio realizado en Tailandia¹⁶, sólo unos pocos profesionales de la enfermería consideraban la esperanza como un factor favorecedor de la recuperación a pesar, de que muchos estudios sugieren la esperanza como un factor crucial para la recuperación. Otros de los hallazgos sorprendentes de este estudio es la escasa continuidad de los cuidados en las personas con trastornos mentales. La hipótesis hallada es que la atención a los problemas de salud mental es considerada con una prioridad baja por los gestores sanitarios¹⁶. La continuidad de cuidados debe permitir la atención integral, es decir sin fragmentaciones de las personas con trastorno mental, identificando además problemas susceptibles de ser atendidos no sólo por recursos sanitarios sino por recursos socio-sanitarios, y Servicios sociales,

a través de la coordinación intersectorial, ampliando la posibilidad de potenciar los aspectos sanos que presentan estas personas.

Otra área importante para luchar contra el estigma, lo constituye la “promoción de la salud”, que además de haber constituido una de las líneas estratégicas del PISMA (2008-2012)²³, constituye una realidad materializada en los grupos de Educación para la Salud que se vienen realizando por parte de los enfermeros en muchos de los dispositivos de salud mental. Esta línea de trabajo, nos exige de nuevo ampliar nuestra perspectiva, nuestro prisma, tratando de involucrar e impulsar a las personas con trastorno mental en el cuidado de su salud, dándole los recursos necesarios para que puedan crear condiciones de vida saludables que les permitan construir su proyecto vital. Es importante mencionar también como estrategia para la desestigmatización, el desarrollo de grupos de Psicoeducación individual y familiar, que se han puesto en marcha en muchas de las unidades de Salud Mental comunitarias principalmente por los profesionales de enfermería. En la línea de la recuperación, los Grupos de Relajación, que se vienen realizando desde hace mucho tiempo en salud mental y que han perdurado como elemento importante dentro de la atención, constituyen un elemento óptimo reforzando el mensaje que se les trasmite a las personas con trastorno mental de que tienen la capacidad de cuidarse y de mejorarse.

El modelo propuesto por el paradigma de la Salud Mental Comunitaria y la perspectiva de la Recuperación¹¹, junto con las características del trastorno mental, hace que sea imprescindible la intervención desde un enfoque interdisciplinar. Este enfoque interdisciplinar permite mirar y abordar desde distintos lugares una misma realidad. Además el potencial que encierran las relaciones y la fuerza de cohesión del equipo, creando sinergias, permite llevar a cabo intervenciones que los profesionales de forma aislada no podrían alcanzar y en el caso de hacerlo, por supuesto, no tendrían la misma eficiencia a nivel asistencial.

CONCLUSIONES

La discusión hasta el momento de los expertos indica que las razones actuales del fracaso de los profesionales sanitarios en general y de los profesionales de enfermería en particular, para combatir el estigma, parecen que no tienen que ver íntegramente con las creencias personales sino que las tensiones fundamentales subyacen a las políticas que generan su práctica⁵.

Existen una serie de “agentes sociales” que deben ser objeto de especial interés, por su papel clave en distintos momentos y etapas del proceso de “estigmatización” y, por tanto del de “desestigmatización”. Aquí hay que mencionar a profesionales de los medios de comunicación, profesionales de atención primaria, empresarios, personal docente, profesionales de los servicios sociales comunitarios, policías, etc. Sin embargo, el cambio debe comenzar por uno mismo, los profesionales de la enfermería no somos inmunes al estigma, pero a la vez, tenemos muchas oportunidades para luchar contra el mismo, actuando como educadores sanitarios de la población, y en el terreno del día a día en nuestra actividad asistencial¹.

La enfermería en salud mental hace del cuidado su principal objeto de reflexión teórica, “Cuidar” significa, “pensar, reflexionar, no actuar de forma intuitiva”, pensar y trabajar junto a la persona objeto de nuestro cuidado. “Cuidar” nos lleva también a potenciar los recursos personales y familiares de las personas con trastorno mental, para que puedan desarrollar sus capacidades de autonomía, su adaptación y con ello su recuperación.

Por tanto, la perspectiva de la Recuperación constituye una herramienta que por un lado, va a potenciar el papel de las personas con problemas de salud mental como sujetos activos de su propio proceso terapéutico, y por otro, necesariamente va a implicar el movimiento, el cambio y el compromiso de los profesionales de la salud mental y en particular de la enfermería, teniendo que enfocar los cuidados hacia otras metas, principalmente hacia los recursos que permitan a las personas con trastorno mental gestionar su propio trastorno, pero sobre todo su propia vida. Quizá, esto implique un

abordaje más intenso en su propio entorno y no tanto en los ámbitos hospitalarios.

Además, la sociedad cambia, y cambia porque cambian las personas que viven en ella. Los profesionales de enfermería como parte de esta sociedad han de contribuir a modificar la forma de ver los problemas de salud mental, tendiendo a una normalización de los mismos y a la difusión de estudios dónde quede claro que las personas con trastornos mentales en general presentan menos conductas delictivas y agresivas que el resto de la población.

Por todo ello, los profesionales por tanto tenemos que aprender a recolocarnos, a ser flexibles para atender y cuidar de la mejor manera posible a las personas con trastorno mental. En este contexto de continuo cambio, cabe señalar que estamos trabajando sin duda alguna, por combatir el estigma y por el futuro de las personas con trastorno mental. Partiendo de unos objetivos claros es probable que se puedan afrontar los retos que se nos plantean. Objetivos que deberán formar profesionales autónomos, que asuman sus responsabilidades, capaces de adoptar funciones de liderazgo y sobre todo centrados en los usuarios y lejos de orientaciones paternalistas y autoritarias que fomentan la estigmatización. Todo ello, constituiría una estrategia más en la lucha para romper con la barrera del estigma que perjudica enormemente la imagen y la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Quizá, en este camino nos ayude también el reconocimiento de la categoría de la enfermería de salud mental que aún permanece en el camino de lo posible en muchas Comunidades Autónomas en España y que permitiría que los cuidados hacia las personas con trastornos mentales fueran dados por personas formadas y libres de actitudes estigmatizadoras.

En conclusión, la lucha contra el estigma parte de una mayor implicación de las personas con enfermedad mental en su proceso de recuperación y de unos profesionales de la enfermería más flexibles y más centrados en el trabajo no sólo del trastorno mental sino también de la salud de estas personas, integrando ambos aspectos “Salud – Enfermedad” como elementos de un

mismo proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. López M, Laviana M, López A. La lucha contra el estigma y discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Asociación española de neuropsiquiatría. 2008; XXVII (101): 44-83.
2. Serafini G, Pompili M, Haghghat R, Pucci D, Patina M, Lester D, Angeletti G, Tatarelli R, Girardi P. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18 (7): 576–585.
3. Chung KF. Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *Psych J Nerv Ment Dis*. 2005; 193 (11): 766–768.
4. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol*. 2010; 24 (4): 61–68.
5. Bates L, Stickley T. Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012.
6. Schafer T, Woog S, Williams R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*. 2011; 31 (4): 328-332.
7. Delaney KR. Psychiatric Mental Health Nurses: Stigma Issues We Fail to See. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012; 26 (4): 333–335.
8. Corrigan PW, Larson J, Sells M, Niessen N, Watson AC. Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma?. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43 (2): 171-181.

9. Muñoz M, Perez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1ª ed. Madrid: Edit Complutense; 2009.
10. Rigol Cuadra A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?. Rev Presencia. 2006; 2 (4).
11. Magliano L, Read ., Rega S, Oliviero N, Sagliocchi A, Patalano M, D' Ambrosio A. The influence of causal explanations and diagnostic labeling on medical students' views of schizophrenia. Academic Medicine. 2011; 86 (9):1155-1162.
12. Kassam et al. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. BMC Medical Education. 2011; 29: 11-51.
13. Boyle MJ, Williams B, Brown T, Molloy A, McKenna L, Molloy E, Lewis B. Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. Medical Education. 2010; 21: 10-71.
14. Happell B. The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the students' evaluation. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003; 10 (3): 343–350.
15. Angell B, Cooke A, Kovac K. First person accounts of stigma. In PW Corrigan, editor. On stigma on mental illness: practical strategies for research and social change. Washington D.C: American Psychological Association; 2005; 39 (6): 472-482.
16. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia:A qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Sciences. 2011; 13 (3): 323–327.

17. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122 (2): 153-161.
18. Mena, AL. Enfermedad mental: Presunta culpable. *Ideal.* Martes 8 de septiembre de 2009.
19. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119 (3): 218-225.
20. Buchanan D A. The new brain: concepts, challenges, and opportunities for mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2012; 21 (2): 96–102.
21. Shepherd G, Boardman J, Slade M. *Making Recovery a Reality.* Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.
22. Wesley R.L. *Teoría y modelos de enfermería.* 2ª edic. 2ª ed. México: McGraw-Hill. Interamericana; 1995.
23. Valmisa Gómez de Larra E, Alén Hidalgo M, Amo Alfonso M, Del Pino López R, Díaz del Peral D, Fernández Regidor G, et al. *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012.* 2ªed. Sevilla: Consejería de Salud; 2008. PISMA 2008-2012.

