

PREMIO INVESTIGACION ANESM 2011

**CONOCIMIENTO, CONDUCTAS Y ACTITUDES  
DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES  
DE SALUD MENTAL**

**Autoras:** Maria González Cano-Caballero y M<sup>a</sup> Dolores Cano-caballero Gálvez. c/  
Gloria Más nº 15, 18014- Granada. tfno. 620000195.  
correo: maria\_goc@hotmail.com.

## ÍNDICE

- 1.- Antecedentes y estado actual del tema. (Pág. 3)
  - 2.- Objetivos del estudio (Pág. 9)
    - 2.1.- Objetivo general. (Pág. 9)
    - 2.2.- Objetivos específicos. (Pág. 9)
  - 3.- Metodología. (Pág. 10)
    - 3.1.- Diseño, emplazamiento, población y muestra. (Pág. 10)
    - 3.2.- Variables y recogida de datos. (Pág. 11)
    - 3.3.- Análisis de datos. (Pág. 12)
  - 4.- Resultados. (Pág. 12)
    - 4.1.- Perfil sociodemográfico y laboral de la población de estudio. (Pág. 12)
    - 4.2.- Trastornos mentales más prevalentes identificados. (Pág. 13)
    - 4.3.- Actuaciones realizadas con pacientes de Salud Mental. (Pág. 13)
    - 4.4.- Formación e información en atención a la Salud Mental. (Pág. 14)
    - 4.5.- Percepción de los pacientes de Salud Mental. (Pág. 14)
    - 4.6.- Relaciones entre variables. (Pág. 15)
  - 5.- Discusión. (Pág. 15)
  - 6.- Conclusiones. (Pág. 19)
  - 7.- Bibliografía. (Pág. 20)
- Anexo I. Carta enviada para autorización del estudio.**
- Anexo II. Modelo de consentimiento informado.**
- Anexo III. Cuestionario.**
- Anexo IV. Pruebas de normalidad de Kolmogorov - Smirnov y ShapiroWilk.**
- Anexo V. Relación de Tablas.**
- Anexo VI. Gráficos de los resultados.**

## 1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA<sup>a</sup>

La salud física y mental están en íntima relación, no existe salud sin que la persona, de manera integral, funcione aceptablemente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la Salud Mental (SM) como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad”. Por tanto, una visión amplia de la salud incluiría un equilibrio entre todas las áreas del individuo: física, psíquica y social<sup>1</sup>.

La SM constituye un área compleja que se puede observar desde muchas perspectivas. El tener una buena SM permite desarrollar el potencial de la persona tanto intelectual, como emocionalmente, para que así encuentre y desempeñe su rol social. Los profesionales de enfermería deben tener como objetivo potenciarla, por lo que la prevención, así como el cuidado y la rehabilitación de estos pacientes y sus familiares es imprescindible. Una adecuada SM de los ciudadanos contribuye a crear una sociedad próspera, donde la solidaridad y la justicia social son los elementos claves de cohesión social<sup>2</sup>.

Sabemos que los problemas de SM tienen una etiología relacional y de afrontamiento muy importante, aunque no hay que descartar el componente biológico. Los factores predisponentes en el debut de la enfermedad mental pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, factores sociales, económicos y ambientales. Generalmente, estos problemas son el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de agentes protectores y la interacción de situaciones de conflicto (estrés continuado, duelos complicados, etc.). Todo lo anterior predispone a las personas a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, que puede ocasionar padecer un problema psicológico y finalmente padecer un trastorno mental con toda su sintomatología<sup>3</sup>.

---

<sup>a</sup> Las fuentes documentales consultadas para la elaboración de los antecedentes y el estado actual del tema proceden fundamentalmente de las bases de datos CUIDEN (explorada con los descriptores Atención Primaria y Salud Mental), PUBMED y CINAHL (exploradas con los descriptores: Primary Health Care y Mental Health). Además se han consultado otras fuentes como Google académico (explorada con los descriptores Atención Primaria y Salud Mental), Web de la Consejería de Salud de Andalucía, Web psiquiatría.com y Web 1decada4.

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y una de las principales causas de que las personas vivan un mayor número de años con discapacidad<sup>4</sup>. De los 450 millones de personas que se estima que sufren una enfermedad mental en el mundo, menos de la mitad recibe la atención que necesita<sup>5</sup>. En la Unión Europea, las formas más comunes de trastorno mental son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado<sup>6</sup>. Actualmente en España se estima que un 9% de la población tiene un trastorno mental y un 19% padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida<sup>7</sup>.

En 1984, según el segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA II), se inició el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía, que ha propiciado, a lo largo de más de dos décadas, el aumento de recursos y también el compromiso y esfuerzo de los distintos profesionales del Servicio Andaluz de Salud para el abordaje de los problemas de SM<sup>3</sup>. Aunque la reforma psiquiátrica ha intentado la integración social de estos pacientes y no la reclusión de por vida, los recursos disponibles son insuficientes y ha caído sobre las familias la responsabilidad del cuidado, sin recibir formación y apoyo asistencial necesarios<sup>8</sup>. Además, socialmente aun queda un largo camino para conseguir una normalización e integración de las personas con problemas de SM.

Durante siglos las enfermedades mentales han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. En la actualidad, la mayoría de las investigaciones coinciden en afirmar que los trastornos de SM no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos<sup>5</sup>. Por ello, al tratar a los pacientes de manera integral los resultados en salud son más positivos.

Para la prevención, tratamiento y rehabilitación del trastorno mental es importante trabajar desde todos los niveles de atención en salud, desde el ámbito comunitario, donde se detectan problemas familiares, hasta la asistencia especializada. Para poder conseguirlo es necesario que a los pacientes se les proporcione una continuidad de cuidados por parte de los diferentes servicios de atención sanitaria y que exista una coordinación interniveles. Si esto se lleva a cabo se obtienen diferentes beneficios como: la

disminución de la ansiedad de los usuarios, se aumenta su satisfacción y sus conocimientos, por lo que aumenta su independencia e implicación y participación en el cuidado de su salud. También se consigue que aumente su confianza en el personal sanitario, lo que ayuda al cumplimiento del tratamiento, disminuyendo así las recaídas y reingresos, con lo que se reduce el gasto sanitario<sup>9</sup>.

La coordinación interniveles es necesaria en todas las etapas de la vida, fundamentalmente en los primeros años de vida. En esta etapa se ponen las bases para el desarrollo de una adecuada SM, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres. El sistema de salud debe poner a disposición de los ciudadanos los recursos necesarios, así como la formación e información adecuada para mejorar los modelos de afrontamiento, que ayuden a tener una vida de calidad. En este sentido, una pieza clave la componen los profesionales de enfermería de cualquier ámbito, por su perfil y sus conocimientos, pero especialmente los de Atención Primaria (AP).

Según la bibliografía consultada, los pacientes de SM son hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios y de manera particular de los servicios de AP<sup>3</sup>. Los profesionales de este entorno son, por lo tanto, un primer filtro para estos pacientes, por lo que una atención integral permitirá hacer visible sus necesidades tanto en el ámbito físico, psicológico y social, y detectar tempranamente los problemas y evitar complicaciones. Pese a esta hiperfrecuentación, es llamativo que en la cartera de servicios ofrecida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, no existen programas específicos dirigidos a la asistencia a la SM<sup>10</sup>. Los programas existentes se centran en la prevención y seguimiento de pacientes con enfermedades físicas crónicas (diabetes, EPOC, hipertensión, etc.) siendo poco visibles aspectos de la atención a la SM. Todo esto ocurre pese a que en el PISMA II (2008-2012) en la 5ª estrategia “Red sanitaria, modelo organizativo y cartera de servicios” aparezca como objetivo “Ofertar una única cartera básica de servicios de SM, que se base en las necesidades y demandas actuales de la población y en el conocimiento científico y que se ajuste a la realidad demográfica, cultural y social de Andalucía”<sup>3</sup>.

La OMS define Atención Primaria de Salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”<sup>11</sup>. Los profesionales de AP son los que están en más estrecho contacto con la población que atiende, pues conocen sus necesidades y sus recursos, así como los apoyos familiares y las relaciones que el individuo tiene; algo fundamental para ayudar a la persona en la recuperación de su salud. Esto hace que AP sea un nivel excelente para que los profesionales detecten y sigan los problemas de salud de cualquier persona sana o enferma, así como para el apoyo a las familias de dicha comunidad. Además, los profesionales de enfermería deben ser y son un referente para mejorar la calidad de vida de los pacientes que atienden, ya que tienen una visión del individuo integral, realizan un seguimiento no solo de la sintomatología clínica sino también de aspectos de promoción y educación para la salud y son los que realizan el seguimiento de pacientes crónicos, así como el apoyo a las familias de estos<sup>12</sup>. En este marco, el papel de enfermería es crucial, ya que, en palabras de Alberdi<sup>13</sup>, el trabajo de la enfermera debe “estructurarse en relación a la persona a la que se atiende, a sus requerimientos de ayuda para seguir un tratamiento, para controlar o manejar adecuadamente su enfermedad o para abordar con éxito una situación de riesgo para su salud o bienestar”.

En la bibliografía consultada, se recoge que muchos pacientes con problemas de SM y sus familiares tienen la sensación de que el sistema sanitario les ofrece un servicio estandarizado y que no se adapta a sus necesidades. Así mismo, no tiene en cuenta a aquellos pacientes que tienen una enfermedad crónica, pues sienten que solo se actúa cuando aparecen episodios de crisis en la enfermedad<sup>14</sup>. Además, aparecen estudios que reflejan la opinión que tienen sobre la asistencia en SM tanto pacientes como familiares y profesionales. Todos estos expresan la opinión de que la SM “está a la cola” de las prestaciones sanitarias ofrecidas por el Sistema de Salud y que hay una importante falta de recursos. Los pacientes y familiares reflejan que la información que reciben por parte de los dispositivos es insuficiente; cuando se refieren a la atención recibida en su centro de salud, muestran su desacuerdo

con el tiempo y modo de seguimiento del paciente con trastorno crónico, que califican de muy espaciado entre consultas e insuficiente en el número de visitas<sup>15</sup>.

Como ya se ha dicho, la familia es un recurso muy importante tanto para la prevención como para la recuperación de la SM de las personas. El apoyo a la familia es especialmente importante cuando el paciente presenta un trastorno mental grave. Las investigaciones consultadas muestran la importancia del medio familiar en la evolución de estos pacientes<sup>16</sup>. Existe un término denominado “emoción expresada familiar” que es útil para definir la relación padres-hijos con problemas de SM. Se refiere a una alta emoción expresada cuando existe un ambiente familiar demasiado crítico o sobreprotector con el paciente, que aumenta las posibilidades de recaída de éste<sup>17</sup>. Se habla de una baja emoción expresada cuando la familia realiza un reforzamiento positivo al paciente, se comprende su sintomatología y existe un ambiente de amabilidad. En este aspecto, la enfermera de familia tiene un papel significativo pues puede ayudar mediante la psicoeducación a la mejora de estas relaciones familiares, entendiendo por psicoeducación la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad<sup>18</sup>.

También es conocido que para las familias el tener personas con trastornos de SM produce una sobrecarga de actividades familiares y presiones psicológicas, que a la vez repercuten en su SM y física, lo que ocasiona, a veces, que dejen de proporcionar la ayuda que necesita el paciente. Este círculo vicioso hay que romperlo y los profesionales de la salud tienen un compromiso en el cuidado de las familias. Para realizarlo, la AP es el ámbito más adecuado ya que no realiza una atención puntual, sino durante toda la vida y es el ámbito que más accesibilidad tiene a la unidad familiar<sup>19</sup>.

No sólo los pacientes y la familia evidencian las limitaciones de la asistencia recibida, ya que la bibliografía revisada plantea cómo los profesionales de AP tienen dificultades para la atención de los pacientes con problemas de SM. Una de las necesidades que expresan como fundamentales es la falta de formación. En un estudio realizado en 2001 a un grupo de médicos de Girona, queda claramente reflejada la necesidad de una mayor

formación en SM<sup>20</sup>. Otra encuesta realizada en 2004 a 141 profesionales sanitarios, mostró la misma situación: en una escala de 7 a 35 situaron sus conocimientos sobre SM en 17,5<sup>21</sup>. En otra investigación llevada a cabo en Castilla- La Mancha a 301 médicos de AP (AP), se expuso que el 43,7% creía que AP no puede hacerse cargo de la demanda existente, mayormente por la falta de formación y conocimientos de los profesionales<sup>22</sup>. Existen investigaciones donde se muestra que con cursos de capacitación, se puede mejorar la atención proporcionada a los pacientes con problemas de SM<sup>23</sup>. En este sentido, el papel del conocimiento es fundamental, en tanto en cuanto no sólo actúa como un factor atenuante de las dificultades de asistencia a pacientes de SM, sino que a su vez permite orientar adecuadamente las actitudes y las conductas de los profesionales que atienden esta problemática.

De todo lo expuesto anteriormente, emanan algunas ideas que permiten situar la justificación de esta investigación. (a) Podemos evidenciar que AP es el ámbito más adecuado para la atención de los pacientes con problemas de SM, ya que los profesionales que allí trabajan son los que tienen mayor accesibilidad a estos y a su familia, sobre todo los profesionales de enfermería. (b) Actualmente existen pocos recursos a nivel de AP para el adecuado abordaje de las enfermedades mentales, pese a que éstas cada vez son más prevalentes. (c) Para una adecuada evolución de la enfermedad mental, las familias son fundamentales; estando poco apoyadas por el sistema sanitario, a la vez que recae sobre ellas la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. (d) Por último, los profesionales de salud de AP manifiestan las dificultades que tienen en el manejo de problemas de SM, lo cual tiene una relación directa con conductas y actitudes que pueden ser no apropiadas con esta problemática.

Todo lo anterior, unido a la escasez de estudios que muestren los problemas, dificultades, así como actitudes y conductas que tienen los profesionales de la salud, particularmente enfermeros y enfermeras AP, en el cuidado de los pacientes de SM y sus familiares, hizo que nos planteáramos esta investigación. Partimos de interrogantes relacionados con las actividades y conductas que habitualmente realizan las enfermeras de familia con pacientes de SM, sobre su percepción y actitud hacia ellos, así como la formación e información que tienen sobre el cuidado de estos pacientes.



Este estudio está en consonancia con los objetivos y las estrategias de actuación planteadas tanto en el PISMA II<sup>3</sup> como en las Estrategias de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud<sup>7</sup>. Los hallazgos que se deriven pueden ayudar a definir operativamente algunas líneas estratégicas incluidas en el III Plan Andaluz de Salud, entre las que se encuentra la de “reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la SM y la atención a las personas en situación de dependencia”<sup>24</sup>. Por último, esta investigación puede aportar conocimiento para que profesionales de diferentes áreas gestionen la dependencia que generan las enfermedades mentales, que limitan las opciones sociales de participación en la comunidad y provocan una ruptura con las actividades que normalmente suele realizar la población<sup>25</sup>.

## **2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.1.-Objetivo general**

Describir las actitudes, conductas y conocimiento de los profesionales de enfermería de AP del Distrito Granada en relación con el cuidado que se les presta a los pacientes de SM.

### **2.2.-Objetivos específicos**

Las tres dimensiones que integraban el objetivo general se desglosaron en aspectos concretos sobre los que se formularon los objetivos específicos:

1. Determinar el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería de AP del Distrito Granada.
2. Conocer los trastornos mentales más prevalentes que los profesionales de enfermería identifican en sus centros de salud.
3. Identificar las actuaciones que desde AP se realizan con los pacientes de SM.
4. Conocer el grado de conocimiento de estos profesionales para el cuidado de estos pacientes.
5. Determinar la percepción que tienen estos profesionales hacia las personas con una enfermedad mental.

6. Determinar si existe asociación entre el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería de AP y las variables planteadas en los objetivos específicos nombrados anteriormente.

### **3.-METODOLOGÍA**

#### **3.1.- Diseño, emplazamiento, población y muestra**

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo transversal.

El emplazamiento lo constituyeron los centros de AP del Distrito Granada. Los centros pertenecientes a este Distrito son 15: Albaycín, Almanjáyar, Cartuja, Chana, Doctores “Salvador Caballero”, Caleta, Casería de Montijo, Góngora, Gran Capitán, Figares, Fortuny (Velutti), Las Flores, Mirasierra, Realejo, Zaidin Centro-Este y Zaidin Sur. Estos centros atienden a una población de 300.000 habitantes, que corresponde a toda la ciudad de Granada<sup>26</sup>.

La población accesible la componían 175 profesionales que correspondían al número de enfermeros que había trabajando en los distintos centros de AP pertenecientes a este Distrito<sup>b</sup>. Para poder realizar el estudio previamente se pidió autorización al director médico y de enfermería del Distrito. Así mismo, la encuesta y los objetivos de estudio se pasaron al Comité de Ética que dio su aceptación (Anexo I).

Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula para determinar el tamaño muestral mínimo en estudios de estimación de proporciones<sup>27</sup>. Así, con una población limitada de 175 sujetos, para una seguridad del 90%, una proporción esperada del 0,5 y una precisión del 0,1, se obtenían 49 sujetos. Este número se amplió en un 15% para compensar posibles pérdidas de datos a la hora de tabular la información en la base de datos creada a tal efecto, por lo que el número de sujetos incluidos fue de 56. Los criterios de inclusión fueron: ser profesional de enfermería en activo, trabajar en un centro de AP del Distrito Granada y aceptar la participación en el estudio. Previamente a su participación se les explicó la finalidad de los datos que se iban a obtener y se les proporcionó un consentimiento informado (Anexo II). Se procuró que la

---

<sup>b</sup> Dato obtenido tras consultar al responsable del programa COAN (programa de contabilidad analítica) del Distrito Granada.

distribución de la muestra fuera homogénea entre los diferentes centros participantes.

### 3.2.- Variables y Recogida de datos

Atendiendo a los objetivos de la investigación, las variables que se estudiaron estaban relacionadas con tres dimensiones: conducta, conocimiento y actitudes. A ellas se unieron variables sociodemográficas (sexo y edad) y laborales (años de ejercicio profesional, años de trabajo en AP, posesión de título de especialista).

Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario elaborado ad hoc para este estudio. Para la construcción del cuestionario se siguieron las recomendaciones hechas por Prieto<sup>28</sup>. Los pasos fueron los siguientes: (a) Una vez que se tuvieron claros los objetivos del estudio se determinaron las variables que se explorarían. Para ello, se contó con el asesoramiento de una enfermera docente e investigadora en el campo de la Salud Mental; además se consultaron referencias bibliográficas de estudios que tenían propósitos similares a este aunque con poblaciones diferentes<sup>19-21</sup>. (b) Atendiendo a las variables de estudio, se redactaron los enunciados de las preguntas, para lo que se tuvo en cuenta las condiciones en las que se quería administrar el cuestionario (dada la población de estudio se optó por un cuestionario autoadministrado que se pudiera cumplimentar en poco tiempo, no más de 10 minutos). Se elaboraron preguntas cerradas, en su mayoría de tipo dicotómico (Si/No), aunque excepcionalmente se pedía en alguna de ellas que los encuestados detallaran un poco más su respuesta. El primer borrador tuvo un total de 21 preguntas. (c) Una vez elaborado el primer borrador, se contó nuevamente con la ayuda de la persona que participó en la primera fase con objeto de recabar su opinión y verificar el diseño y contenido del mismo. A su vez, se realizó un estudio piloto con 7 participantes que cumplieran los criterios de inclusión, con la finalidad de depurar la redacción de las preguntas y corregir algunas imperfecciones. El cuestionario final se compuso con 16 preguntas, precedidas por 5 que hacían alusión a los aspectos sociodemográficos y laborales antes descritos (Anexo III).

Tal y como se ha comentado, el cuestionario fue autoadministrado. Para ello, se contactó con los coordinadores de enfermería de los distintos centros de salud, quienes se encargaron de repartirlos entre los profesionales y se

responsabilizaron luego de su recogida y entrega a la investigadora. El periodo de recogida de datos abarcó los meses de abril, mayo y junio de 2011.

### **3.3.- Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. En el análisis descriptivo se estimaron la media y la desviación típica para las variables cuantitativas; la frecuencia y el porcentaje de sujetos en cada categoría para cada modalidad en las variables cualitativas dicotómicas. Para la parte inferencial, se realizaron contrastes de hipótesis tomando como variables dependientes: edad, años de obtención del título profesional, tiempo de trabajo en AP; y como variables independientes (todas de naturaleza dicotómicas): experiencia personal con pacientes de SM, tratar habitualmente con estos pacientes, adecuación de AP para el cuidado de pacientes de SM, información y formación sobre necesidades de cuidados de estos pacientes, conocimiento del PISMA II, contacto con los equipos de SM, percepción de peligrosidad con estos pacientes, haber tenido o no altercados con ellos.

Para determinar la idoneidad de las pruebas de contraste de hipótesis a emplear, en primer lugar se realizaron las pruebas de normalidad de Kolmogorov - Smirnov y Shapiro- Wilk para cada relación establecida, con objeto de tomar una decisión sobre la adecuación de los test paramétricos. Las pruebas de normalidad mostraron que ninguna de las variables relacionadas se distribuía según una ley normal (Anexo IV). Por tanto, se decidió emplear la prueba no paramétrica U- Mann- Whitney. En cuanto al criterio de significación estadística, se consideró que valores de  $p$  inferiores o iguales a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Los datos fueron tabulados en una base de datos creada a tal efecto en el programa SPSS, versión 15.0. Una vez revisada y depurada la base datos, se procedió a realizar el análisis con el mismo programa informático antes mencionado.

## **4.- RESULTADOS**

A continuación se van a exponer los resultados obtenidos en la investigación. Para exponerlos se ha seguido un guión sustentado en los objetivos del estudio.

### **4.1.- Perfil sociodemográfico y laboral de la población de estudio**

La edad media de la muestra fue de 50,76 años (DT: 7,95; IC95%: 48,15-53,38). La media de años transcurridos desde la obtención del título de enfermería fue de 29,34 (DT: 8,46; IC95%: 26,56-32,12)<sup>c</sup>. La media de tiempo en AP fue de 13,74 años (DT: 9,42; IC95%: 10,64-16,83). Respecto al sexo, 44 (78,6%) encuestados eran mujeres, mientras que 12 (21,4%) eran hombres. Ninguno de los profesionales encuestados poseía la especialidad de SM.

Al hablar de la experiencia personal con pacientes de SM, 17 (30,4%) sí tienen, mientras que 38 (67,9%) no. (Gráfico 1)

Cuando nos referimos a si tratan habitualmente con estos pacientes, 32 (57,1%) contestó que sí y 24 (42,9%) que no. (Gráfico 2)

La mitad de los profesionales (28/50%) no consideraba AP como un ámbito adecuado para la atención de las personas con problemas de SM, mientras que 27 (48,2%) sí lo consideraban. (Gráfico 3)

#### **4.2.- Trastornos mentales mas prevalentes identificados**

Los diagnósticos de SM que atienden con mayor frecuencia estos profesionales son: la esquizofrenia, nombrada en 29 ocasiones (51,8%); la depresión, en 22 (39,3%); la ansiedad, en 13 (23,2%) y el trastorno bipolar, en 8 ocasiones (14,3%). En 6 (10,7%) ocasiones se han considerado los deterioros cognitivos (tipo Alzheimer y Demencia senil) como un diagnóstico de SM.

#### **4.3.- Actuaciones realizadas con pacientes en AP**

Respecto al contacto con el equipo de SM, 19 (33,9%) lo tienen, frente a 36 (64,3%) que no lo tienen. (Gráfico 4)

Las actividades que identifica la población de estudio a la hora de atender a pacientes con problemas de SM son: dar medicación, aparece como actividad en 19 ocasiones (33,9%); la escucha activa, en 8 (14,3%); tareas de colaboración, en 6 (10,7%); trabajar con la familia y realización de extracciones, en 3 (5,4%) y 2 (3,6%) ocasiones respectivamente.

Si se habla de la existencia de consultas de seguimiento en su centro de salud, 48 (85,7%) dijo que éstas no existen, 7 (12,5%) dijo que sí, identificando

---

<sup>c</sup> Téngase en cuenta en esta variable, que 17 de los 56 encuestados no contestaron a esta pregunta, lo cual reduce el total de sujetos para este dato a 39, que supone un 80% aproximado del total de la muestra mínima que se requería. No obstante, dado que el porcentaje de representación es amplio, se decidió incluirla en el análisis.

4 (7,1%) como tales la consulta del médico y la enfermera de familia. (Gráfico 5)

Respecto a si se les han planteado objetivos en su centro dirigidos a la atención de pacientes de SM, 45 (80,4%) contestaron que no y 8 (14,3%) que sí. (Gráfico 6)

En relación a si existen protocolos para la atención de estos pacientes en su centro, 45 (80,4%) indicaron que no, mientras que 7 (12,5%) indicaron que sí. (Gráfico 7)

#### **4.4.- Formación e información en atención a la SM**

La mayoría de los profesionales encuestados (51/91,1%) consideró que no tienen la suficiente información y formación sobre las necesidades de estos pacientes, mientras que un porcentaje mínimo (4/7,1%) consideró que sí. (Gráfico 8)

Al referirse al conocimiento del PISMA II, 43 (76,8%) dijeron no conocerlo, 12 (21,4%) sí. (Gráfico 9)

#### **4.5.- Percepción de los pacientes de SM**

Respecto a si perciben que los pacientes de SM son peligrosos, 17 (30,4%) sujetos indicaron que sí, mientras que 37 (66,1%) no percibían a estos pacientes como tal. (Gráfico 10)

A la consulta de si creen que estos pacientes pueden curarse, 4 (7,1%) consideró que sí, 18 (32,1%) consideró que no y 33 (58,9%) consideró que dependía del tipo de enfermedad. (Gráfico 11)

De los profesionales encuestados, 5 (8,9%) contestaron sí tener miedo al tratar con los pacientes de SM, 34 (60,7%) contestaron que no y 16 (28,6%) que dependía. De estos 16, 4 (7,1%) especificaron que sí les dan miedo cuando vienen en fases agudas; otros tantos cuando son agresivos y 1 (1,8%) cuando amenazan. (Gráfico 12)

De los participantes, 19 (33,9%) indicaron que han sufrido algún tipo de altercado con pacientes de SM, mientras que 36 (64,3%) no lo han sufrido. Los altercados que más se han producido son: agresiones verbales en 6 casos (10,7%); agresiones físicas y verbales en 5 (8,9%); agresión física en 1 (1,8%) y secuestro express también indicada por 1 sujeto (1,8%). (Gráfico 13)

#### 4.6.- Asociación entre variables

En las relaciones establecidas entre variables de estudio, tan sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en 2 de ellas. Por un lado, al comparar la edad con la creencia de que AP es un ámbito adecuado para el cuidado de pacientes de SM, se observa que la edad media de los que creen que sí es de 48,80 años (DT: 8,28 / IC95%: 44,92-52,68) frente a 52,94 (DT: 7,17 / IC95%: 49,38-56,51) que no lo perciben como tal, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0,026$ . Del mismo modo, encontramos diferencias significativas ( $p=0,039$ ) si se compara la media de años de obtención del título de los sujetos que perciben como peligrosos a los pacientes (32,45 / DT: 8,83 / IC95%: 26,52-38,39) frente a los que no lo perciben así (27,73 / DT: 8,082 / IC95%; 24,47 – 31,00).

Los datos correspondientes al resto de relaciones establecidas se exponen en las tablas 1, 2 y 3 (Anexo V).

#### 5-DISCUSIÓN.

El perfil sociodemográfico de la muestra de este estudio es de una mujer de mediana edad, que hace aproximadamente 30 que obtuvo su título profesional y que lleva trabajando en el contexto de la AP en torno a 14 años. Estos datos son coincidentes con el perfil general de la población de estudio, ya que una vez consultados en el registro de profesionales del Distrito Granada, encontramos a una población de profesionales de enfermería mayoritariamente mujeres (146 frente a 29 hombres) y con una medida de edad de 53,30 años.

Casi la mitad de los sujetos encuestados afirman no tratar habitualmente con pacientes de SM. Este hallazgo es incongruente con los datos aportados por otras investigaciones, que concluyen que este tipo de pacientes suelen ser hiperfrecuentadores de servicios de salud de AP<sup>3</sup>. Este hecho puede deberse o bien porque no se detectan los problemas de SM de la población, por falta de conciencia del problema o porque se quiera evadir esta realidad en nuestro contexto, a lo que puede contribuir la escasez de planes de actuación a nivel de políticas de salud en AP en relación al cuidado de pacientes adultos de SM.

Conviene señalar que los profesionales encuestados identifican como trastorno mental al Alzheimer, que realmente se trata una enfermedad

neurodegenerativa con base orgánica que no tiene seguimiento en los dispositivos especializados en SM. Este hallazgo pone de manifiesto cierto grado de desconocimiento acerca de las clasificaciones diagnósticas de SM. Ese mismo desconocimiento de las patologías de SM, esta en relación con la falta de contacto con los dispositivos de SM, lo cual alerta de la falta de coordinación entre estos dispositivos y AP, que deriva en una incorrecta planificación de objetivos y actuaciones, no consiguiendo así una continuidad de cuidados, una atención integral y que el paciente sienta inseguridad en la atención recibida. Esta falta de relación interniveles también queda patente en otros estudios donde se expone la dificultad de los profesionales de AP para acceder a los centros de SM para adultos<sup>17,29</sup>.

La mayor proporción de los profesionales no realiza laborales autónomas con estos pacientes. El desconocimiento de la patología y sus necesidades lleva a que la mayoría de las intervenciones que se realizan sean delegadas, lo que demuestra que el papel autónomo de seguimiento y evaluación en los centros de salud queda diluido. Son pocos profesionales los que realizan actividades de escucha activa y apoyo a la familia.

Como se refleja en los resultados, la gran mayoría de los profesionales dice que en su centro no existen consultas de seguimiento para estos pacientes, ni tampoco se les han planteado objetivos específicos dirigidos a la atención de los mismos. Esto denota lo poco visibles que son los pacientes con problemas de SM y sus familias para el sistema sanitario, que como se ha comentado antes, no incluye la atención a la SM dentro de su cartera de servicios<sup>9</sup>. A su vez, esta situación entra en contradicción con las líneas estratégicas del PISMA, donde se plantean que la AP es un nivel fundamental para la atención de los pacientes con problemas de SM<sup>3</sup>.

El PISMA es un instrumento para la planificación de la atención a la SM de la población andaluza, marca líneas estratégicas y actividades concretas. Es importante que los profesionales conozcan los objetivos planteados por el sistema, ya que son las líneas de trabajo a seguir. Pese a la importancia de este documento, 3 de cada 4 sujetos encuestados no lo conocían. Podemos concluir, al hilo de otras aseveraciones hechas con anterioridad, que en este desconocimiento tiene mucho que ver el papel que la administración de servicios sanitarios en tanto que no difunde de manera adecuada este



documento, por lo que creemos que sería un aspecto de mejora de la comunicación entre la administración y los profesionales.

Respecto a la información y formación sobre las necesidades de cuidados en SM, los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía consultada, donde grupos de profesionales sanitarios destacan su necesidad de formación en SM<sup>15-17</sup>. Los profesionales expresaron su falta de formación pese a que una de las estrategias del PISMA sea “formación y desarrollo profesional”, siendo un objetivo específico de ésta el “garantizar la formación continuada orientada al modelo comunitario”. Una de las principales bases para que los profesionales den una atención de calidad es que tengan información y formación sobre las necesidades de estos pacientes. Cuando esto no es así, la realización de estos cuidados puede ser deficitaria. Esta falta de preparación también puede suponer una actitud de rechazo hacia este tipo de pacientes. Se sabe que para una buena asistencia sanitaria además de conocimientos teóricos, se requieren habilidades y actitudes que mejoran la competencia en el cuidado.

Es de destacar que la mayor parte de los sujetos del estudio piensan que los pacientes de SM son peligrosos. A este respecto, un estudio realizado por la Comunidad de Madrid y la Obra Social de la Caja de Madrid en 2006<sup>30</sup>, constató que 1 de cada 4 profesionales creyó que los pacientes de SM son un peligro para la sociedad. De esta manera se pone de manifiesto el estereotipo social que se genera, aumentando así la estigmatización de estas personas y disminuyendo la calidad de la asistencia. Este aspecto es necesario que sea trabajado por el sistema con una mayor formación y concienciación de los profesionales sanitarios en este tema.

También en relación con el estigma, más de la mitad de los profesionales opinó que los pacientes de SM se pueden curar dependiendo del tipo de enfermedad que tengan, lo que refleja que los profesionales tienen una visión muy biológica de la evolución de la enfermedad, obviando otros aspectos como el entorno y las características de afrontamiento de la persona. Como aparece en la bibliografía hay trastornos mentales más estigmatizados, como son la esquizofrenia y la psicosis, y otros menos estigmatizados como la depresión<sup>21</sup>.

Otro tipo de estigmatización es el miedo hacia estos pacientes. En nuestra muestra 1 de cada 10 profesionales plantea que en algunos momentos pueden llegar a darles miedo, idea generalizada en nuestra sociedad. En la bibliografía consultada se recoge que los pacientes más que agresores son víctimas de esas agresiones<sup>31</sup>, por lo que el miedo a estas personas, en muchos casos, está injustificado y sobrevalorado.

En las relaciones establecidas entre las variables de estudio, al vincular la edad y la percepción de que AP es un ámbito adecuado para el cuidado de estos pacientes, a pesar de que la diferencia de edad no es relevante aunque sí estadísticamente significativa, sí que encontramos que los profesionales de menos edad consideran AP como un entorno adecuado frente a los sujetos con mayor edad que opinan lo contrario. Hay varias explicaciones a este respecto, una puede asociarse al hecho de que los profesionales de menor edad tengan integrada la enfermería primaria como una profesión más cercana a la comunidad y que deben atender a todo tipo de pacientes. También por el papel de la formación tras la reforma psiquiátrica, de la que se han beneficiado las generaciones más jóvenes, que conciencia acerca de que los pacientes con problemas de SM deben estar integrados en la sociedad y vivir en su comunidad. Por último, un hecho puntual que puede explicar tal diferencia radica en que en Andalucía, recientemente se ha producido un traslado masivo de profesionales de atención especializada a AP, lo que ha conllevado y sigue conllevando un proceso de adaptación de estos profesionales al entorno de la AP.

Otra relación significativa la encontramos cuando se ha relacionado los años transcurridos desde la obtención del título con la percepción de que los pacientes de SM son peligrosos. Cabe destacar que son los profesionales con menos años los que no perciben a los pacientes como peligrosos. Al hilo de lo planteado anteriormente, podemos considerar que estos profesionales tienen una formación más reciente y quizás en ella se haya integrado una concepción menos estigmatizadora sobre los enfermos mentales. Además han vivido en la época donde la medicación puede llegar a controlar los síntomas de la enfermedad mental, lo cual atenúa la percepción de peligrosidad.

Este estudio no está exento de limitaciones: en primer lugar se ha creado un cuestionario ad hoc que posiblemente haya dejado cuestiones de

interés sin abordar, aunque téngase en cuenta que la necesidad de contar con un instrumento de fácil cumplimentación hizo que se restringiera el número de preguntas a incluir. En segundo lugar, a pesar de que se ha estudiado a una muestra amplia, ésta representa un perfil muy concreto que debe tenerse en cuenta a la hora de generalizar los resultados. Por ejemplo, el hecho de que todos los sujetos trabajen en un contexto urbano y que ninguno tenga la especialidad de SM creemos que puede condicionar los resultados y las discusiones planteadas. Por ello, se hace necesario nuevas investigaciones que incluyan estas variables para segmentar a la población de estudio.

## **6.- CONCLUSIONES.**

Para finalizar, destacamos las principales conclusiones del estudio en base a los objetivos planteados:

- El perfil sociodemográfico de los profesionales de AP es el de una mujer de edad mediana, que hace 30 años que finalizó sus estudios de enfermería, que lleva aproximadamente 14 años de experiencia en AP, no posee especialidad en SM y trabaja en un contexto urbano.

- Los trastornos mentales más prevalentes que atienden son la esquizofrenia, depresión, ansiedad y trastorno bipolar.

- Las actividades más nombradas por los profesionales encuestados que se suelen realizar en AP con los pacientes con problemas de SM son administración de medicación y la realización de escucha activa.

- De los profesionales encuestados, 9 de cada 10 creyó que no tienen la suficiente información y formación para atender correctamente las necesidades de estos pacientes. De los que si creyeron tener la suficiente, cabe destacar que son los profesionales con menos años de experiencia en AP.

- La edad es un factor que influye en la consideración de AP como un entorno adecuado para la atención a pacientes de SM. En este sentido, los profesionales más jóvenes lo perciben como tal, frente a lo de más edad que opinan lo contrario.

- 1 de cada 10 profesionales tienen miedo al tratar con un paciente de SM y la gran mayoría consideran a estos pacientes como peligrosos.

## 7.-BIBLIOGRAFÍA.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Octubre 2009. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html). [Consultada en mayo 2011]

<sup>2</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bruselas; 2005.

<sup>3</sup> II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012 (PISMA II). Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. Ginebra; 2005.

<sup>5</sup> Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la Salud Mental. Federación mundial para la Salud Mental.

<sup>6</sup> Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001>. [Consultada mayo 2011].

<sup>7</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006.

<sup>8</sup> Perea Baena JM, Sánchez Gil LM, Calzado Luengo MJ, Villanueva Calvero E. Apoyo social y Carga de la persona cuidadora en una Unidad de Salud Mental Infantil. Index de Enfermería 2009; 18(3): 166-170.

<sup>9</sup> Vicuña S. Proyecto para la implantación y evaluación de la eficacia de un programa de coordinación de Enfermería interniveles (Hospital y Centro de Salud Mental). Rev. Presencia. 2006 ene-jun; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/32articulo.php> [Consultado en mayo de 2011]

<sup>10</sup> Cartera de servicios de atención primaria 2008. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr\\_serviciosanitarios1\\_300](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_serviciosanitarios1_300). [Consultada en mayo del 2011].

<sup>11</sup> Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/) [Consultada en mayo del 2011]

<sup>12</sup> McKinlay E, Garrett S, McBain L, Dowell T, Collings S, Stanley J. New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. Int Nurs Rev. 2011 Jun;58(2):225-33.

- <sup>13</sup> Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Rev. Presencia* 2005 jul-dic;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>. [Consultada en mayo del 2011]
- <sup>14</sup> Campbell SM, Gately C, et al. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illn.* 2007; 3(1): 46-65.
- <sup>15</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía. Granada, Consejería de Salud. Área de consultoría. 6 de julio de 2007.
- <sup>16</sup> Huizing E, López Alonso SR, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM. Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. *Rev. Presencia.* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/13articulo.php> [Consultado en mayo de 2011]
- <sup>17</sup> García Nieto R, Cantero Fernández B, Gómez Terrado JA. Estudio sobre el ambiente familiar de una muestra de pacientes psicóticos. *Informaciones psiquiátricas.* 2004; (178). Disponible en: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2004/04\\_178\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/04_178_04.htm) [Consultado en mayo de 2011]
- <sup>18</sup> Fresán A, Apiquian R, Ulloa RE, Loyzaga C, García-Anaya M, Gutiérrez D. Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental.* 2001; 24(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58242404.pdf> [Consultado en mayo de 2011]
- <sup>19</sup> Amarante AL, Lepre A, Gomes J, Pereira A, Dutra V. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Enferm.* 2011; 20(1):85-93.
- <sup>20</sup> Beltran Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria.* 2001;28 (1): :39-45.
- <sup>21</sup> Sánchez Etxeberria A, Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria.* 2004; 33 (9): 491-495.
- <sup>22</sup> López-Torres Hidalgo JD, Latorre Postigo JM, Montañés Rodríguez J, Parra Delgado M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria.* 2005; 36(2): 85-92.

- 
- <sup>23</sup> Armstrong G, Kermode M, Raja S, Suja S, Chandra P, Jorm AF. A mental health training program for community health workers in India: impact on knowledge and attitudes. *Int J Ment Health Syst.* 2011; 5(1):17.
- <sup>24</sup> Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- <sup>25</sup> Moraes Salles M, Barros S. The effect of mental illness on the activity of daily living: a challenge for mental health care. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):11-6.
- <sup>26</sup> Web del Distrito Sanitario de Granada. Cómo se estructura el Distrito Sanitario de Granada. Disponible en: <http://www.districtosanitariogranada.org/html/estructura.htm>. [Consultada en junio 2011].
- <sup>27</sup> Pita Fernández S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. *Cad Aten Primaria.* 1996; 3: 138-14.
- <sup>28</sup> Prieto L. La elaboración de un cuestionario. *Formación Médica Continuada.* 2000; 7(3):138-147.
- <sup>29</sup> Luciano Devis JV, Fernández Sánchez A, Serrano Blanco A, Pinto-Meza A, Palao Vidal DJ, Mercader M, Haro JM. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Atención Primaria.* 2009; 41(3): 131-140.
- <sup>30</sup> Obra social de Caja Madrid. El estigma de la enfermedad mental. Consejería de la familia y asuntos sociales de la Comunidad de Madrid.. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2006.
- <sup>31</sup> López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2008; 28(101): 43-83.