

NIVEL DE ESTIGMA HACIA EL TRASTORNO MENTAL EN EL ENTORNO SANITARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

AUTORES: Alberto Vela Luis (47951495-Z), Ester Fedida Carrasco (25604619-F), Agustín Sebastián Fernández Flores (49079504-B), Eva Santasmartas Pinedo (72751009-P), Victoria Ruíz Cortés (46063361-L).

1. INTRODUCCIÓN:

A mediados del siglo XX el sociólogo Erving Goffman elaboró una teoría del estigma que encontraba su origen en una discrepancia entre lo que esperamos de un individuo, según un estereotipo previamente integrado, y lo que es realmente. Así, una persona que podía haber sido aceptada es rechazada debido al rasgo estigmatizante que centra nuestra atención y se impone sobre el resto de atributos, anulándolos. A raíz de esto construimos una teoría para explicar la inferioridad del estigmatizado, racionalizando la animadversión que cause y la amenaza que podamos sentir, atribuyéndole características adicionales y deshumanizándolo. Peor aún, la respuesta defensiva con la que respondan puede ser percibida como expresión de su defecto y utilizada como justificación del trato dispensado.¹

Autores posteriores continuaron desarrollando esta teoría, vinculando su definición a características indeseables, devaluación de la identidad social del individuo y normas de unidad social. A comienzos de siglo se definió el estigma como un proceso trifásico que involucra cognición, emoción y conducta.

- Fase cognitiva: conocimientos y creencias sociales articularían el estereotipo.
- Fase emocional: aplica el estereotipo causando una reacción emocional negativa que pone en marcha los prejuicios sociales que llevarán a la tercera etapa.
- Fase conductual: dichos prejuicios llevan a discriminar al estigmatizado y adoptar comportamientos de rechazo.²

La enfermedad mental constituye un rasgo estigmatizante capaz de superar barreras geográficas y culturales y se halla en todo el mundo. Aunque numerosas características del estigma psiquiátrico son compartidas, también han sido detectadas particularidades regionales. Así, los griegos tienden a mostrar actitudes paternalistas y compasivas hacia los afectados mientras en Japón predomina la concepción del enfermo mental incurable y peligroso al cual hay que mantener alejado e institucionalizado; en India, Malasia y Turquía abundan los casos de exclusión social, menosprecio, devaluación personal e incluso violencia.^{3,4,5,6,7}

En España el estigma atribuye a la enfermedad mental principalmente aplanamiento afectivo, pereza, incompetencia, fragilidad, inestabilidad, cronicidad y culpa (del enfermo y de su familia). Patologías como la depresión o la ansiedad se asocian a debilidad mental y capricho y son trivializadas. Otras como la esquizofrenia o el trastorno bipolar son relacionadas con impredecibilidad y agresividad, caracterizando a quienes las sufren como personas volubles que es mejor mantener alejados. Además, cuando la enfermedad mental es crónica se suele confundir con deficiencia mental aplicando los estereotipos pertinentes.^{2,8,9}

Las consecuencias para el afectado son importantes. Las reacciones estigmatizantes son fuente de malestar psicológico, sintiéndose éste rechazado y discriminado, aumentando el aislamiento social y generando desesperanza. El estigma de la Salud Mental torpedea la integración del individuo en la sociedad al cuestionar sus capacidades, limitando sus posibilidades de tener responsabilidades y dificultando la satisfacción de sus necesidades. Así, en 2016 hasta un 80,1% de los afectados en Cataluña afirmaron haber sido discriminados por su salud mental y un 54,9% sufrían ésta discriminación frecuentemente.^{2,8,9}

Una de las peores manifestaciones del estigma es el autoestigma que legitima aquel impuesto desde el exterior. Las primeras reacciones ante el diagnóstico psiquiátrico son de incompreensión, negación y rechazo evolucionando hacia dicho autoestigma provocando autolimitación laboral, baja autoestima, retraimiento de las relaciones interpersonales, negación de la enfermedad, abandono del tratamiento, ausencia de expectativas de recuperación, desvinculación de la red de Salud Mental, etc. En Cataluña entre un tercio y un 41% de los afectados han abandonado actividades que realizaban habitualmente por miedo al rechazo y la discriminación.^{8,9}

Debido al autoestigma el individuo sufre un cambio de identidad que refleja la pérdida de control de la propia vida y la paralización de proyectos vitales unidas a pérdida de autonomía. La persona espera ser rechazada por su condición de enferma psiquiátrica y desarrolla conductas de ocultación y autoaislamiento incluso antes del rechazo, favoreciendo las dificultades sociolaborales a las que se tiene que enfrentar y, a medio/largo

plazo, comporta vivir con temor a ser descubierto, desconfiar y sospechar de los demás, retroalimentar el autoestigma, etc. Peor aún, dichas conductas perpetúan el estereotipo de que la enfermedad mental es intratable, ya que la sociedad sólo conoce a los pacientes violentos, refractarios, sin techo... e ignora a todos aquellos que mantienen un funcionamiento vital normal gracias al tratamiento. En Cataluña la mitad de los afectados ocultan su relación con la Salud Mental a compañeros de trabajo y estudios y una sexta parte a su pareja y amigos.^{8,9}

El estigma tiene efectos fuertes y duraderos, llegando a pervivir más tiempo que la sintomatología y la pérdida de funcionamiento social propias de la psicopatología e incluso llegando a exacerbarla provocando una importante tasa de recaídas con la carga económica asociada. Peor todavía, la relación entre exoestigma y autoestigma constituye un círculo vicioso donde la preocupación ante el rechazo social aumenta las probabilidades de sufrirlo y dicho rechazo genera inseguridad y autodesprecio.^{8,9}

La relevancia de este problema sólo puede ser entendida teniendo en cuenta el elevado número de enfermos mentales.

Cuando en 1990 la OMS calculó la *Carga Global de la Enfermedad* en el mundo, descubrió que cinco de las diez patologías que más discapacidad causaban eran psiquiátricas, acaparando un 21,8% del total. El primer puesto estaba ocupado por la depresión mayor con un 10,7%. Le seguían el abuso de alcohol en cuarto lugar (3,3%), el trastorno bipolar en sexto (3%), la esquizofrenia en noveno (2,6%) y el trastorno obsesivo – compulsivo en décimo (2,2%). Asimismo, se proyectó un aumento de casi el 150% del aporte psiquiátrico a la *Carga Global* hasta pasando del 10,5% en 1990 hasta casi el 15% para 2020.¹⁰

Coincidiendo con estas estimaciones, el porcentaje psiquiátrico de la *Carga Global* creció con el cambio de milenio. En 2004 la OMS volvería a detectar enfermedades mentales entre los principales causantes de discapacidad. La depresión mayor seguía en cabeza con un 14,6% de los *años de vida en discapacidad* vividos en los países de renta alta y un 10,4% en los demás.^{11,12}

Más localmente, se estimó que en 2010 un 38,2% de la población de la Unión Europea sufrió alguna patología relacionada con el cerebro, siendo la mayoría psiquiátricas. En España, se cifra en un 30% la discapacidad causada por enfermedades mentales, más que tumores malignos y enfermedades cardiovasculares juntas. Como ejemplo de su importancia económica, la depresión mayor costó a Cataluña 736 millones de euros en 2006.^{13,14}

El estigma psiquiátrico constituye una carga añadida poco común entre las patologías que no suelen ser objeto de esta discriminación. A la hora de investigar los orígenes de este estigma suelen señalarse el desconocimiento sobre las dolencias mentales y su extrañez como causas principales. Diversos autores han profundizado buscando la raíz de esto en la dualidad mente - cuerpo establecida en Europa por Descartes en el siglo XVII y que permeó en medicina desde entonces. Al separar mente y cuerpo en dos entes distintos, atribuir el pensamiento a la primera y elevarla por encima del segundo; ambas se convertían en unidades totalmente diferentes y sin relación entre ellas. Así, la mente se convertía en una entidad indivisible, inconmensurable y adimensional mientras el organismo pasaba a ser otra, divisible, mensurable, dimensionada y mecánica, sugiriendo esta separación que cosas como el razonamiento, el juicio moral o el sufrimiento emocional pueden existir separados del cuerpo.^{15,16}

El establecimiento de esta dicotomía tan marcada asume que ambos elementos funcionan por separado, aislados. Las principales consecuencias históricas han sido los reduccionismos biologicista y psicologicista que buscaban el origen de la enfermedad mental exclusivamente en el cuerpo o la mente y, por otro, la escasa integración de la psiquiatría en la estructura médica hasta hace poco. Por esto, la salud mental ha recibido un trato diferente por parte de los profesionales sanitarios.¹⁶

Al estigma general que dichos profesionales aplican se tiene que sumar su concepción de la psiquiatría como ente ajeno a la práctica médica, que se traduce en la adición de diversas actitudes estigmatizadoras más específicas como deshumanización del paciente, bajas expectativas sobre la rehabilitación, paternalismo terapéutico, renuencia a tratar lesiones autoinfligidas, eclipsamiento diagnóstico y mala praxis diagnóstico – terapéutica. Incluso dentro de la red de Salud Mental se pueden encontrar conductas estigmatizantes exclusivas:

- Tratamientos basados sólo en la medicación y poco sensibles con las particularidades del paciente.
- Tomar en cuenta un historial de violencia como punto para un diagnóstico de esquizofrenia.

Y otras más generales tales como paternalismo, convicción de la impredecibilidad del paciente o limitación de sus posibilidades de recuperación.^{2,17,18}

Como muestra de la prevalencia de esto en Cataluña hasta un 47,5% de los enfermos afirmaron haber sido discriminados alguna vez en los servicios de salud a causa de su patología psiquiátrica: 26,1% en un centro hospitalario y 40,6% en algún servicio de la red de Salud Mental.⁸

Este proyecto de investigación nació durante mi rotación en psiquiatría de enlace, donde pude observar como a menudo las interconsultas solicitadas desde el resto del hospital se veían afectadas por el estigma que el personal albergaba hacia la enfermedad mental. Así, por ejemplo, se daban casos donde:

- La patología física que motivó el ingreso se veía ninguneada y sus síntomas atribuidos a una enfermedad mental.
- La patología psiquiátrica presente era objeto de menosprecio y considerada como una extravagancia del paciente.
- Reacciones vivenciales normales se confundían con sintomatología ansioso-depresiva.
- Un manejo interpersonal deficiente por parte del profesional generaba hostilidad e irritabilidad en paciente y/o familia, incluyendo en ocasiones exacerbación de la sintomatología o rechazo del tratamiento.

Estos supuestos entorpecían el proceso curativo del paciente, complicando y prolongando el ingreso, desperdiciando recursos del centro, dando lugar a errores diagnósticos, etc.

A partir de esta experiencia y visto lo expuesto por la bibliografía, he llegado a la conclusión de que sería interesante conocer las creencias del personal del Clínico hacia la Salud Mental, pues además de tratarse de un hospital que atiende a 540.000 personas, es uno de los principales proveedores públicos de Barcelona y un referente internacional con un personal que de más de 4.200 empleados que desarrollan una labor asistencial, investigadora y docente que incluye anualmente más de 40.000 altas hospitalarias, 450.000 visitas en consultas externas y 6.000 estudiantes de diferentes ramas sanitarias.

Además, conociendo las características específicas del estigma en esta población podrían desarrollarse programas de lucha contra el mismo más eficaces.

2. OBJETIVOS:

Objetivo general: Evaluar el estigma hacia la Salud Mental entre los profesionales del Hospital Clínico de Barcelona.

Objetivos específicos:

- Describir la prevalencia y las características propias del estigma hacia la Salud Mental entre los profesionales del Hospital Clínico de Barcelona.
- Describir las características sociodemográficas de los profesionales del Hospital Clínico de Barcelona que participan en el estudio.
- Posibilitar el desarrollo de hipótesis para futuros estudios de intervención para disminuir el estigma dirigidos a los profesionales del Hospital Clínico de Barcelona.

3. METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito de estudio: El estudio se realizará en el Hospital Clínico de Barcelona.

Población a estudio: Profesionales sanitarios.

Tamaño de la muestra: 238 participantes.

3.1 Criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Ser trabajador del Hospital Clínico de Barcelona.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterio de exclusión: Rechazar la participación.

3.2 Variables:

Variables sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Categoría profesional.
- Instituto donde trabaja.

- Experiencia laboral (Años).
- Experiencia en Psiquiatría (Sí/No).
- Relación personal con enfermos mentales (Sí/No).

Variables específicas del estudio:

Extraídas a partir de las escalas que conforman el estudio.

- Relevancia percibida.
- Prevalencia de estereotipos.
- Rechazo social y segregacionismo.
- Actitud hacia los servicios de Salud Mental.

3.3 Instrumentos de medida

Para valorar el estigma se administrarán dos escalas: *La Mental Illness: Clinicians Attitudes Scale (MICA-4)* en su cuarta versión adaptada para estudiantes de medicina y profesionales de la salud y la *Social Distance Scale (SDS)*. Se utilizarán traducción y adaptación al castellano *ad hoc*.

Son dos escalas autoadministradas que evalúan el estigma hacia la Salud Mental desde diferentes ángulos. La MICA-4 consta de 16 afirmaciones con las respuestas organizadas en escala Likert entre Totalmente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo. Valoran actitudes y creencias hacia la enfermedad psiquiátrica y la Salud Mental por parte del encuestado. La SDS consta de seis preguntas, con respuestas organizadas en cuatro puntos que van desde Definitivamente a Nunca, que valoran la predisposición del encuestado a mantener determinadas relaciones interpersonales con un enfermo mental.

Los datos sociodemográficos se recogerán mediante una encuesta específicamente diseñada para este estudio. No se incluirán nombre y apellidos, ya que es una encuesta anónima.

3.4 Justificación de las escalas:

La Mental Illness, Clinicians Attitudes Scale (MICA 4) se trata de una escala de 16 puntos dirigida hacia personal sanitario y estudiantes de ciencias sanitarias que valora las actitudes hacia enfermos psiquiátricos, Psiquiatría y la red de Salud Mental. Cuenta con seis posibles respuestas organizadas en una escala Likert de seis puntos (0 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Sus puntos se agrupan en cinco componentes:

- Puntos de vista sobre Sanidad/T. Social y enfermedad mental.
- Conocimiento de la enfermedad mental.
- Ocultamiento y revelación.
- Distinción entre Sanidad Mental y Física.
- Atención al paciente para personas con enfermedad mental.

La MICA, originalmente publicada en 2010, fue desarrollada específicamente para estudiantes de medicina y, tras una primera versión de prueba, se publicó la versión MICA-2 para ser aplicada sobre este colectivo. Después se diseñó una tercera versión, modificando el redactado de la escala, para ser utilizada también en estudiantes de enfermería. Tras ésta MICA-3 se llevó a cabo una segunda modificación del redactado para extender esta herramienta fuera del ámbito estudiantil incluyendo a trabajadores de Sanidad en general, dando lugar a la cuarta versión.¹⁹

Esta última versión es la elegida para este estudio. Según sus autores, dicha versión posee una buena confiabilidad que se desgrana en:

- Buena consistencia interna según el Alfa de Cronbach y aceptable correlación entre los puntos que conforman la escala.
- Adecuada validez convergente al estar, según el coeficiente de correlación de Pearson, significativamente correlacionada con la *Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)* y la subescala miedo de la *Emotional Reactions to Mental Illness Scale (ERMIS)*.

- Buena validez aparente según el grupo de revisión formado por una muestra de la población objetivo.
- Buena aceptabilidad según el nivel de curso de Flesch-Kincaid, el test de facilidad lectora de Fleisch y la escasa pérdida de información (inferior al 5%).¹⁹

Para complementar la MICA hemos incluido también la *Social Distance Scale (SDS)*. Esta escala fue desarrollada en 1987 para valorar el deseo de distanciarse personalmente de ciertos colectivos. En 2001 la SDS fue adaptada para aquellas personas que padecen esquizofrenia por parte del Programa para Reducir el Estigma y la Discriminación debidos a la Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica Mundial.²⁰

Para este estudio hemos utilizado una versión generalizada de ésta última adaptación (creada por Gureje et al. en 2005) que engloba todas las patologías psiquiátricas.²⁰

Consta de 6 preguntas que hacen referencia a diferentes interacciones con un sujeto imaginario. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas estructuradas en una escala Likert de cuatro puntos (0 = nunca; 3 = definitivamente). Aunque sus propiedades psicométricas no están tan determinadas como las de MICA-4, posee una buena consistencia interna según el Alfa de Cronbach.²⁰

Ambas escalas han sido traducidas al español en una adaptación *ad hoc* para este estudio.

3.5 Procedimiento y cronograma:

Enero - Febrero: Recogida de datos.

Marzo: Análisis de los datos y conclusiones.

Fase I: difusión del estudio y captación de participantes. Se realizarán reuniones con las coordinadoras de los diferentes Servicios del Hospital para dar a conocer el estudio y ellas, a su vez, puedan proceder a ofrecer la participación en el estudio al personal de sus unidades y repartirles los cuestionarios previa firma del consentimiento informado.

Fase II: recogida y análisis de los datos y difusión de los resultados. Pasadas dos semanas de la entrega de los cuestionarios se procederá a recogerlos y analizarlos para elaborar un perfil del estigma hacia el trastorno mental en el profesional sanitario.

3.6 Presupuesto:

Los gastos relacionados con la impresión de las escalas necesarias para la recogida de datos correrán a cargo del investigador principal.

3.7 Limitaciones y sesgos:

En la recogida de datos existen dos sesgos importantes a tener en cuenta: El de deseabilidad y el de autoinforme. El primero hace referencia a la tendencia a escoger respuestas para quedar bien ante los demás mientras el segundo a informar de intenciones falsas.

3.8 Consideraciones éticas:

El estudio será presentado para su autorización por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Durante todo el proceso del estudio se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos de cada participante. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal del 13 de diciembre así como en el Real Decreto 1720/2007 del 21 de diciembre que reglamenta la citada Ley.

Asimismo, destacar que las actividades llevadas a cabo se han mantenido fieles al Código Deontológico de la Enfermería Española.

3.9 Descripción de las variables a estudiar:

VARIABLE:	TIPO DE VARIABLE:	FORMA DE MEDICIÓN:
Edad	Cuantitativa	1: 18-25 años 2: 25-40 años 3: >40 años
Género	Cualitativa	1: Femenino 2: Masculino
Categoría profesional	Cualitativa	1: Enfermero/a 2: TCAI 3: Fisioterapeuta 4: Administrativo/a 5: Celador
Instituto	Cualitativa	1: ICN 2: ICGON 3: Equipo Complemento 4: ICMDIM 5: ICR 6: ICEMEQ 7: CDIC 8: ICNU 9: ICMHO 10. Dirección enfermería 11: ICMID 12: URG 13: ICCV 14: Área Quirúrgica
Experiencia laboral	Cualitativa	1: < 5 años 2: 5-10 años 3: > 10 años
Experiencia en salud mental	Cualitativa	1: Sí 2: No

Relación con enfermo de salud mental	Cualitativa	1: Sí 2: No
Nivel de actitud	Cualitativa	1: Positiva 2: Regular 3: Negativa
Distancia social	Cualitativa	1: Adecuada 2: Regular 3: Demasiada

Tabla 1: Fuente: Elaboración propia.

Evaluación del nivel de actitud hacia la enfermedad mental:

La puntuación total de cada individuo es la suma de las puntuaciones de cada objeto. Los objeto 3, 9, 10, 11, 12 y 16 se puntúan del 1 (Totalmente de acuerdo) al 6 (Totalmente en desacuerdo) mientras que el resto de los objetos lo hacen a la inversa, de 6 (Totalmente de acuerdo) a 1 (Totalmente en desacuerdo). Así, la puntuación oscila 16 y 96. Una puntuación baja indica una actitud positiva hacia la enfermedad mental y la Psiquiatría, mientras que una puntuación alta revela cierto grado de estigma.

Nivel de actitud hacia la enfermedad mental:			
Nivel de actitud:	Positiva	Regular	Negativa
Puntuaciones:	16-42	43-64	65-96

Tabla 2; Fuente: Elaboración propia.

Evaluación del nivel de distancia social:

Nivel de distancia social:			
Distancia social:	Adecuada	Regular	Demasiada
Puntuaciones:	6-12	13-18	19-24

Tabla 3; Fuente: Elaboración propia.

3.10 Análisis de los datos:

Tras la obtención de los cuestionarios respondidos, procederemos a la introducción de los datos en el programa de análisis estadísticos “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), que será nuestro principal gestor de datos, con el fin de conseguir un análisis exhaustivo, eficaz y válido de los resultados obtenidos.

4. RESULTADOS:

Con una muestra de 238 encuestados, los datos obtenidos respecto a frecuencia de las variables de la muestra muestran los siguientes porcentajes:

- **Edad:** 17,2% entre 18 y 25 años, 50,8% entre 25 y 40 años y 31,9% más de 40 años.
- **Género:** 83,6% mujeres; 16,4% hombres.
- **Profesión:** 62,6% enfermeros, 28,6% TCAI, 1,3% fisioterapeutas, 4,2% son administrativos y 2,9% celadores. Un 0,4% no respondió.
- **Instituto:** Los cinco con más representación son 33,61% Neurociencias, 15,96% Médico-Quirúrgica, 12,6% Metabólico-Digestivo, 7,14% Respiratorio y 6,3% Nefro-Urología englobando el 75,61% del total.
- **Experiencia laboral:** 50% más de diez años, 32,4% menos de cinco años y 16% entre cinco y diez años.
- **Experiencia Salud Mental:** Un 44,1% la ha tenido.
- **Conocido enfermo mental:** Un 50,4% conocen alguno.
- **Actitud:** 16,4% positiva, 81,9% regular y 0% negativa.
- **Distancia social:** 82% adecuada, 17,6% regular 0,4% demasiada.

Tras interpretar la frecuencia de las variables analizadas las correlacionamos con el nivel de actitud de los participantes.

- Los resultados en actitud apenas varían entre los diferentes rangos de edad.
- La actitud de los hombres es algo mejor que la de las mujeres, aunque puede haber sesgo debido al escaso número de hombres en el estudio.
- Respecto a la profesión, los enfermeros muestran una mejor actitud que el resto.
- El instituto que presenta una actitud más positiva es Ginecología, Obstetricia y Neonatología (27,27%) seguido por Neurociencias, Nefrouinario y Diagnóstico por la Imagen (aprox. 20%) y después el resto con menos del 15%.
- Aquellos que llevan menos de cinco años trabajando presentan mejor actitud que los que llevan más de 10 años y éstos más que aquellos que llevan entre 5 y 10 años.
- Aquellos que han tenido experiencia en Salud Mental presentan mejor actitud que los que no la han tenido. Lo mismo ocurre con aquellos que tienen algún conocido enfermo.

En segundo lugar, analizaremos la relación entre las variables estudiadas y en grado de distancia social de los participantes.

- La distancia social apenas varía entre los rangos de edad y el género (aprox. 82% adecuada, 18% regular) aunque hay un caso de demasiada distancia en hombres mayores de 40 años (1,42%).
- Según categoría profesional, enfermería presenta mejores niveles de distancia social hacia la Salud Mental (aprox. 86,56% adecuada, 13,43% regular).
- Aquellos profesionales que presentan mejores niveles de distancia social son los de Nefro-Urología (aprox. 93%/7%), Neurociencias (aprox. 82,7%/17,3%), Metabólico-Digestivo (aprox. 82,6%/17,4%), Medicoquirúrgico (82,4%/17,6%), Respiratorio (aprox. 82,4%/17,6%) y Ginecología, Obstetricia y Neonatología (80%/20%). El resto o dan puntuaciones inferiores o la muestra es muy pequeña.
- Existe poca variación entre las categorías de experiencia laboral, siendo ligeramente mejor la distancia social entre los de más de 10 años (aprox. 82,85%/16,2%), excepto un 0,95% con demasiado grado de distancia. Los otros rangos están aproximadamente en un 80%/20%.

Aquellos que tienen experiencia en Salud Mental presentan mejores puntuaciones de distancia social que aquellos que no la tienen (aprox. 12% más en distancia adecuada). Lo mismo ocurre con los que tienen conocidos con alguna enfermedad mental (aprox. 5% más en distancia adecuada).

En tercer lugar, analizamos si existe correlación entre el nivel de actitud y el grado de distancia social de los profesionales participantes. Como resultado encontramos que un 91,66% de los profesionales que presentan un nivel de actitud positivo hacia la Salud Mental también presentan un grado de distancia social adecuado.

Estadísticamente hablando, y estableciendo que toda significación superior a nuestro nivel de confianza (0,05) descartará la relación entre ambas variables, considerándolas

independientes, se determina que no existen variables dependientes en ningún caso, por lo que no existe significación estadística.

5. CONCLUSIONES:

Los resultados de este estudio muestran diversos puntos interesantes respecto al estigma de los profesionales del Clínico hacia la Salud Mental y sus pacientes. El primero es que si bien nadie ha mostrado una actitud negativa hacia la Salud Mental ni un distanciamiento exagerado (excepto en un caso), la inmensa mayoría de los encuestados (aproximadamente cuatro de cada cinco) se mueve en valores “regulares” de actitud que indicarían la presencia de al menos algunos de los prejuicios asociados al estigma psiquiátrico. Paradójicamente, los porcentajes se invierten al hablar de la distancia social y esta vez el 80% muestra una distancia social adecuada.

El segundo es que en esta población la edad y el género no parecen constituir factores condicionantes; si bien es cierto que los hombres han mostrado mejor actitud hacia la Salud Mental, la variación no ha sido significativa (aproximadamente un 5%) y, dada la desproporción en la muestra (cinco de cada seis encuestados era mujer), podría existir un sesgo relacionado.

El tercero es que haber tenido contacto con afectados por dolencias psiquiátricas ya sea dentro o fuera del trabajo mejora tanto la actitud como la distancia social, aunque con unas mejoras de aproximadamente el 10-12% y el 5% respectivamente no demuestra ser un factor determinante.

El cuarto es que laboralmente hablando los enfermeros muestran mejor actitud y distancia social que los auxiliares, que a su vez muestran mejores puntuaciones que los celadores. Aunque las muestras de celadores, administrativos y fisioterapeutas son pequeñas (reuniendo entre ellos menos del 8% del total) pudiendo inducir a sesgo. A la hora de estudiar los diferentes institutos en que se divide el hospital, encontramos una variación máxima en actitud y distancia de 12 y 13% respectivamente, menor en la mayoría de casos (omitiendo aquellos institutos donde se han obtenido menos de diez encuestas). Como en el caso de la categoría profesional, existe posibilidad de sesgo ya que en algunos casos las muestras han sido pequeñas.

Para finalizar, la experiencia laboral, como ocurre con edad y género, no parece ser un factor condicionante pues las mayores variaciones más amplias son de aproximadamente un 5% en actitud y un 3% en distancia social.

Teniendo en cuenta todo esto, podemos concluir que, además de desmitificar la patología mental, cualquier programa destinado a luchar contra el estigma psiquiátrico en el Hospital Clínico de Barcelona debería:

- Priorizar la actitud hacia la Salud Mental por encima del distanciamiento social.
- Explicar el impacto de dicha actitud en el paciente, con sus consecuencias.
- Incidir en la mala praxis asistencial de ella derivada y sus complicaciones.
- Acercar a los profesionales la labor realizada en la red de Salud Mental.
- Evitar centrarse exclusivamente en un único colectivo profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA REDUCIDA:

1. Erving Goffman. Estigma, la identidad deteriorada. Amorrortu editores. Buenos Aires: 2006.
2. Manuel Muñoz, Eloísa Pérez-Santos, María Crespo, Ana Isabel Guillén. El estigma de la enfermedad mental 2006. Universidad Complutense de Madrid. Madrid: 2006.
3. V. Tzouvara, C. Papadopoulos. Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014; 21: 931 – 938.
4. Shuntaro Ando, Sosei Yamaguchi, Yuta Aoki, Graham Thornicroft. Review of mental health-related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2013; 67: 471 – 482.
5. Shruti Aggarwal, Shalini Singh, Dinesh Kataria. Knowledge, attitude and social distance practices of young undergraduates towards mental illness in India: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry* 2016; 23: 64 – 69.
6. Ainul Nadhirah Hanafiah, Tine Van Bortel. A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal of Mental Health Systems* 2015; 9: 10.
7. C. Yuksel, F. Bingol, F. Oflaz. 'Stigma: the cul-de-sac of the double bind' the perspective of Turkiye; a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014; 21: 667 – 678.
8. Universidad Autónoma de Barcelona, Spora Consultoría Social. El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016. Obertament. Barcelona: 2016.
9. Miguel Uribe Restrepo, Olga Lucía Mora, Ana Cristina Cortés Rodríguez. Voces del estigma: Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica* 2007; 48 (3): 207 – 220.
10. Christopher J. Murray, Alan D. Lopez. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge. Harvard School of Public Health: 1996.
11. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: 2001.
12. Colin Mathers, Ties Boerma, Doris Ma Fat. The global burden of disease: 2004 update. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: 2008.

13. Celso Arango. Panorama de las enfermedades mentales en España. Instituto de Estudios Médico–Científicos. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes 2009, 9 – 14.
14. José Luis Ayuso Mateos. Costes socioeconómicos de la patología psiquiátrica. Instituto de Estudios Médico–Científicos. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes 2009, 45 – 51.
15. Antonio R. Damasio. DESCARTES' ERROR; Emotion, Reason and the Human Mind. Avon Books. Nueva York: 1995.
16. Neeta Mehta. Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective. Mens Sana Monographs 2011 Jan – Dec; 9 (1): 202 – 209.
17. Harry Minas, Ruzanna Zamzam, Marhani Midin, and Alex Cohen. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. BMC Public Health 2011; 11: 317.
18. S. Ashencaen Crabtree. Asylum blues: staff attitudes towards psychiatric nursing in Sarawak, East Malaysia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003; 10: 713 – 721.
19. Jheanell Gabbidon, Sarah Clement, Adrienne van Nieuwenhuizen, Aliya Kassam, Elaine Brohan, Ian Norman, Graham Thornicroft. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale — Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. Psychiatry Research 2013; 206: 81 – 87.
20. Oye Gureje, Victor O. Lasebikan, Olusola Ephraim – Oluwanuga, Benjamin O. Olley, Lola Kola. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. The British Journal of Psychiatry Apr 2005; 186 (5): 436 – 441.

ANEXO 1: ESCALA MICA 4 DE ACTITUDES SANITARIAS HACIA ENFERMEDAD MENTAL

Edad:	Sexo:
Profesión:	Instituto:
Años de experiencia:	Experiencia en Salud Mental (S/N)
Conocido enfermo mental (S/N)	

Nota: “Enfermo mental” se refiere a aquella persona que necesita tratamiento debido a trastornos mentales pero es autónoma para sus Actividades de la Vida Diaria (AVDs).

1. **Me documento sobre la salud mental sólo cuando me resulta necesario y NO profundizo con información adicional.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

2. **Las personas afectadas por trastornos mentales severos NO pueden recuperarse lo suficiente como para disfrutar de una buena calidad de vida.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

3. **Trabajar en el área de Salud Mental es tan respetable como hacerlo en otras áreas de la Sanidad y el Trabajo Social.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

4. **Si tuviera una enfermedad mental, NUNCA lo admitiría a mis amigos por miedo a que me trataran de forma diferente.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

5. **Las personas con trastorno mental grave suelen ser peligrosas en la mayoría de casos.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

6. **El personal de Salud Mental sabe más de la vida privada de las personas que atiende por patologías psiquiátricas que los familiares y amigos de éstos.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

7. **Si tuviera una enfermedad mental, NUNCA lo admitiría a mis compañeros de trabajo por miedo a que me trataran de forma diferente.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

8. **Ser un profesional que trabaja en el área de Salud Mental no es ser un profesional sanitario de verdad.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

9. **Si un compañero más experto que yo me indica que trate a algún enfermo mental de forma irrespetuosa, NO seguiré sus instrucciones.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

10. **Me siento igual de cómodo tanto hablando con una persona con una enfermedad mental como hablando con una persona con una enfermedad física.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

11. **Para el profesional que asiste a un enfermo mental evaluar la salud física es tan importante como evaluar la salud mental.**

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

12. La población NO necesita ser protegida de las personas con enfermedad mental severa.

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

13. En los enfermos mentales es común que los síntomas físicos (como el dolor torácico) estén relacionados con su patología psiquiátrica.

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

14. NO se debería exigir a los médicos generalistas que realicen una exploración exhaustiva a los pacientes con enfermedad mental ya que se les puede derivar al psiquiatra.

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

15. Es normal usar términos como “loco”, “chalado”, etc. para describir con los compañeros a los enfermos mentales que se visitan en nuestro puesto de trabajo.

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

16. Si un compañero te explica que padece una enfermedad mental, lo lógico es seguir queriendo trabajar con él.

Totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Algo de acuerdo.

Algo en desacuerdo.

ANEXO 2: : ESCALA SDS DE DISTANCIA SOCIAL

17. ¿Te daría vergüenza que la gente supiera que alguien de tu familia ha padecido o padece enfermedad mental?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*
- c. Difícilmente.*
- d. Nunca*

18. ¿Mantendrías una conversación con un enfermo mental sin miedo?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*
- c. Difícilmente.*
- d. Nunca*

19. ¿Compartirías puesto de trabajo con un enfermo mental?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*
- c. Difícilmente.*
- d. Nunca*

20. ¿Mantendrías amistad con un enfermo mental?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*
- c. Difícilmente.*
- d. Nunca*

21. ¿Compartirías habitación con un enfermo mental?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*
- c. Difícilmente.*
- d. Nunca*

22. ¿Te casarías con un enfermo mental?

- a. Definitivamente*
- b. Probablemente*

c. *Difícilmente.*

d. *Nunca*