

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de Tesina

Actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental en el personal de enfermería según sexo, nivel de formación y años de antigüedad en la profesión.

Por: Enf. Zarich, Juliana.

Director: Lic. Risiglione, Luciana.

Docente Asesor: Lic. Acosta, Simón.

Rosario, febrero de 2019.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

*“La enfermera es
transitoriamente
la conciencia del inconsciente,
el amor a la vida del suicida,
la pierna del amputado”.*

Virginia Henderson

Resumen.

Los trastornos en salud mental no discriminan en cuanto a edad, país, sexo, religión, cultura ni creencias políticas de las personas. Muchas de estas, se convierten en objeto de actitudes estigmatizantes en los diversos ámbitos que las rodean. Los profesionales de la salud, no son ajenos a dichas conductas y esto se convierte en el principal obstáculo que tienen los sujetos con trastornos en la salud mental para acceder a un tratamiento. El objetivo general del presente proyecto es identificar qué relación existe entre las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental, el nivel de formación, sexo y los años de antigüedad en la profesión del personal de enfermería de un Hospital Público, de la ciudad de Rosario, en el período de abril a junio del año 2019. El tipo de estudio que se llevará a cabo es de tipo no experimental u observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La unidad de análisis seleccionada es cada enfermero asistencial de las salas 1 y 3 de un Hospital Público de la ciudad de Rosario. Para este estudio, se aplicarán dos tipos de encuestas, una aplicada a las variables simples, y otra para la variable compleja. Para la medición de la última se seleccionó el instrumento de medición AQ-27. Los resultados obtenidos del mismo permitirán reconocer si los enfermeros tendrán actitudes estigmatizantes positivas o negativas en relación a pacientes con trastornos en la salud mental. Se aplicará el tipo de estadística descriptiva, se calculará la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad; los datos obtenidos se presentarán en graficas circulares y cuadros de doble entrada.

Palabras Claves: salud mental, actitudes estigmatizantes, profesionales de la salud, personal de enfermería.

Índice General

Introducción	5
Estado actual de conocimiento	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	7
Marco Teórico	9
Material y Métodos	25
Tipo de estudio	25
Sitio o contexto de la investigación.....	25
Población de estudio.....	25
Tamaño de la población.....	26
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
Personal a cargo de la recolección de datos	32
Plan de análisis	32
Plan de trabajo y cronograma de actividades	34
ANEXOS	35
I. Guía de convalidación de sitio	37
II. Instrumento de recolección de datos	38
III. Resultados del estudio exploratorio.....	42
IV. Acta de Consentimiento Informado.....	42
Bibliografía	45

Introducción

Estado actual de conocimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone en su informe sobre la Salud en el Mundo publicado en el año 2001, “Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” que, existe un total de 450 millones de personas en el mundo que padecen un trastorno mental, y solo una pequeña minoría está en tratamiento, más del 25% de la población mundial lo padece en algún momento de su vida y además, una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental (Rangaswamy Srinivasa Murthy, 2001).

Los trastornos en la salud mental afectan a personas de todos los países y de todas las edades, no discrimina en cuanto a sexo, religión, cultura ni creencias políticas de los mismos.

Muchas de las personas con trastornos en la salud mental se convierten en objeto de actitudes estigmatizantes en los diversos ámbitos que las rodean. Los profesionales de la salud, no son ajenos a dichas conductas y esto se convierte en el principal obstáculo que tienen los sujetos con trastornos en la salud mental para acceder a un tratamiento (Campo Arias, Oviedo, & Herazo, 2014) (Mora-Ríos, 2014) (Alarcón, 2017) (Sayols, y otros, 2015) (Tapia, Castro, Manchego, & Poblete, 2015) (Polanco, y otros, 2013). La sociedad en general, tiende a ver a las personas con trastornos en la salud mental como propensas a la violencia, peligrosas, impredecibles, incompetentes en el autocuidado, incapaces de desarrollar actividades laborales (Vicario Cañas & De La Villa Moral Jiménez, 2016) (Vaquero , Escudero, Cebollero, Ureña, & Saiz, 2014) (Campo Arias, Oviedo, & Herazo, 2014) (Sayols, y otros, 2015) (Tapia, Castro, Manchego, & Poblete, 2015) (Polanco, y otros, 2013).

Un grupo de investigadores de la comunidad de Madrid, sostiene que las actitudes estigmatizadoras negativas, son capaces de producir barreras sociales que incrementan el riesgo de aislamiento y marginación de las personas con trastornos en la salud mental (Bolívar & Villanueva, 2015).

Una investigación realizada en Chile, en el año 2015, destaca la importancia del rol de los servicios de salud, en relación al estigma. Según los autores, los profesionales en los servicios de salud tienen un papel central en la producción de actitudes estigmatizantes, y además, debido a su autoridad y posicionamiento tienden a perpetuar la estigmatización debido al rol social que representan (Tapia, Castro, Manchego, & Poblete, 2015).

El estigma en relación a los trastornos en la salud mental, supone una lucha constante en el campo de la salud mental, la Federación Mundial de Salud Mental, en su congreso mundial del año 2017, declaró que la mayor barrera que los pacientes con trastornos en salud mental tienen que enfrentar son, el estigma y la negación.

Una de sus metas es aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la salud mental, ganar comprensión y mejorar las actitudes sobre los trastornos en la salud mental (Trimboli, 2017).

De acuerdo a un estudio analizado, los usuarios de un servicio de salud sostienen que los principales actores que reproducen actitudes estigmatizantes son, en primer lugar, la familia, y en segundo lugar el personal de salud. Destaca que son las críticas, acusaciones, regaños, provocaciones, burlas, uso de apodos y calificativos, las prácticas más frecuentes. El punto que une a las actitudes estigmatizadoras hacia las personas que padecen trastornos en la salud mental y a los profesionales de salud, es el escaso conocimiento sobre trastornos en la salud mental y las características socio-culturales de la población (Mora-Ríos, 2014). A las actitudes ya mencionadas, se les suman actitudes de rechazo abierto, negación o silencio y evitamiento marcado de un lado; y del otro, delicadezas, sonrisas y ayuda generando un ambiente multifacético (Alarcón, 2017).

También se destaca en otro estudio analizado, que una de las consecuencias por las que se producen estas actitudes entre la relación personal de salud-usuario, es la falta de abordaje de los aspectos afectivos durante el proceso de formación profesional (Mora-Ríos, 2014). Esto se traduce en una falta de capacitación para el abordaje del paciente con trastorno en la salud mental.

De acuerdo a la asociación entre actitudes estigmatizantes y sexo del personal asistencial de enfermería, es posible encontrar diferencias, tal es así que las mujeres demuestran más sensibilización y menos actitudes estereotipadas sobre los pacientes con trastornos en la salud mental, aunque manifiestan a su vez, sentimientos de miedo y evitación (Vicario Cañas & De La Villa Moral Jiménez, 2016).

De modo contrario, los hombres son quienes presentan de forma significativa, más actitudes estigmatizantes (Sánchez Sánchez, López de Lemus Sarmiento, & Moreno Herrero, 2014). También se documenta en la literatura que, aquellos con menor nivel de estudio presentan mayores actitudes de autoritarismo en relación a quienes poseen mayor nivel de formación (Vicario Cañas & De La Villa Moral Jiménez, 2016); y que en estos últimos existen mejores actitudes en relación a los pacientes con trastornos en la salud mental (Sayols, y otros, 2015). Considerando todo lo anterior, es importante destacar la importancia del rol que cumplen los servicios de salud respecto al estigma, que debido a sus acciones son generadores y promulgadores de nuevas actitudes estigmatizadoras (Tapia, Castro, Manchego, & Poblete, 2015).

Planteamiento del problema en estudio.

El problema que se plantea en el presente proyecto es, ¿qué relación existe entre las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental y el nivel de formación, el sexo y los años de antigüedad en la profesión del personal de enfermería de un Hospital Público, de la ciudad de Rosario, en el período de abril a junio del año 2019?

Hipótesis y objetivos.

Fundamentando lo anterior, el objetivo general del presente trabajo es identificar qué relación existe entre las actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental, el nivel de formación, sexo y los años de antigüedad en la profesión del personal de enfermería de un Hospital Público, de la ciudad de Rosario, en el período de abril a junio del año 2019. Por otro lado, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- . Identificar las actitudes de responsabilidad de los enfermeros/as.
- . Identificar las actitudes de piedad e irritabilidad de los enfermeros/as, reconocer las actitudes de peligrosidad que llevan a cabo los enfermeros/as.
- . Identificar las actitudes de miedo que reproducen los enfermeros/as.
- . Identificar en qué nivel los enfermeros están dispuestos a ayudar a los pacientes con trastornos mentales.
- . Determinar el nivel de coacción presente.
- . Determinar en qué nivel se ubican las conductas de segregación.
- . Identificar a qué nivel se producen las conductas de evitación.
- . Determinar qué actitud estigmatizante se da con mayor frecuencia en los Enfermeros/as Profesionales.
- . Conocer cuál es la actitud estigmatizante más utilizada en los Licenciados en Enfermería.
- . Identificar si los hombres exhiben más actitudes estigmatizantes en relación a las mujeres.
- . Determinar la relación que existe entre las actitudes estigmatizantes y los años de antigüedad en la profesión.

Se parte de las siguientes hipótesis:

- . Los Licenciados en Enfermería tienen baja actitud estigmatizante hacia los pacientes con trastornos en la salud mental.

- . El sexo masculino presenta alta actitud estigmatizante hacia los pacientes con trastornos en la salud mental en relación al sexo femenino.
- . A más años de antigüedad en la profesión de enfermería mayores actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental.

Con este proyecto de investigación se pretende que los profesionales de enfermería puedan reconocer cuáles son las actitudes estigmatizantes que reproducen en su ámbito laboral, hacia los pacientes con trastornos en la salud mental. Se brindará a la Institución el conocimiento que aporte la investigación para que, la misma pueda implementar estrategias de sensibilización y formación del personal de enfermería, y así promover un trato más inclusivo, informado y justo hacia los pacientes con trastornos en la salud mental. La estrategia que se plantean para mejorar la comprensión y consecuentemente, las actitudes hacia el estigma en pacientes con trastornos en la salud mental, está orientada hacia la ampliación del conocimiento sobre el impacto que produce el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos en la salud mental desde el personal de salud.

Desde este proyecto, como respuesta inicial, se propone la activación de mecanismos de prevención, programas regulares de adiestramiento, actualización y grupos de discusión entre todos los miembros del equipo de salud, con la participación de expertos en el tema.

Marco Teórico

Estigma, deriva del griego *stigmata*, utilizado para describir una marca física. Es un término antiguo que, desde sus inicios, tiene una connotación negativa a la circunstancia con la que se lo relaciona. En la antigua Grecia, los esclavos eran tatuados para evitar su escape, el instrumento utilizado para marcarlos era llamado *stigma*, el vocablo griego *stig* significa pinchazo (Hernández Cortina, 2011).

En la época medieval, para los griegos significaba difamación y acusación pública de un criminal, esclavo o traidor; se los marcaba con un hierro candente para que todos pudiesen reconocerlos (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

Más tarde, durante la Era Cristiana, el término se relacionaba con signos corporales de la gracia divina, que tomaban forma de brotes eruptivos en la piel (Goffman, 2006).

El término estigma, es complejo y acompaña muchas de las experiencias humanas. Sus consecuencias, como el desprecio y la soledad, pueden ser similares a través de una variedad de condiciones estigmatizantes (Hernández Cortina, 2011).

Existen muchas clasificaciones en cuanto al estigma, según la procedencia del mismo puede ser, físico, relacionado a defectos corporales; psicológico, relacionado a trastornos en la salud mental; y social, centrados en aspectos como la etnia, la cultura, el estatus, entre otros (González Fernández, Lozano Maneiro, & Castien Maestro, 2008).

A lo largo de la historia, los trastornos en la salud mental fueron y están, asociados a fenómenos de discriminación y violación de los derechos humanos. La Asociación Americana de Psiquiatría, define la enfermedad mental como:

“Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (Dragy, 2015).

En la historia argentina se puede apreciar cómo fue evolucionando la concepción de las personas con trastornos en la salud mental hasta la actualidad. Se debe considerar, que el estigma es un constructo social formado por determinantes sociales. Estos determinantes conforman los aspectos estructurales. El estigma estructural, o también llamado, estigma institucional, es el conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas y privadas, que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades

mentales, generando mayor diferencia de poder, reproducción de inequidades y exclusión social. (Campo Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

De acuerdo a estas implicaciones políticas, a lo largo de la historia, cuando el estigma era institucionalizado en el trato de los enfermos en la salud mental, su impacto se tradujo en la exclusión de los mismos (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

En la época de la fundación del Estado Nacional, en 1853, las personas con padecimientos mentales eran considerados “locos”, y no se les garantizaban sus derechos civiles y políticos individuales. En este período no existía una lógica de derechos sociales. El Estado asistía a aquellos que fracasaban en la competencia y el trabajo, en forma de brindar ayuda, pero no generando derechos. Bajo este ideario se crearon los primeros hospitales psiquiátricos, con un enfoque médico-científico, basados en la idea de “cura moral” por el trabajo y contacto con la naturaleza. En 1929, se creó la Liga Argentina de Higiene Mental, la cual introdujo la crítica a los manicomios, por su hacinamiento y maltrato. Con la llegada del peronismo al país y la creación del primer Ministerio de Salud, se introdujo una nueva lógica de políticas sociales basada en la idea de “derechos” y “dignificación”. El ministro de ese entonces, Dr. Ramón Carrillo, propuso designar como enfermos en la salud mental a quienes hasta ese momento se nombraba como alineados, a fin de que se los trate como a cualquier otro enfermo.

Los cambios propuestos en ese período fueron entre otros, la incorporación de los enfermos en la salud mental a hospitales generales, a fin de que los mismos estuvieran más cerca de la comunidad y de su familia; y la creación de la primera carrera de psicología universitaria. Se puede observar, en esta instancia, cómo la salud mental se fue incorporando a la sociedad a partir de cambios políticos.

Luego, con la dictadura de Juan Carlos Onganía, se creó el primer Plan Nacional de Salud Mental, además se crearon los servicios de psicopatología en hospitales generales y los centros de salud mental en la ciudad de Buenos Aires.

Resulta contradictorio que mientras la mayoría de las reformas de salud mental sucedieron en períodos democráticos, en el país entraron, en este proceso, como propuestas tecnocráticas durante dictadura.

Este plan proponía la externación de los grandes hospitales psiquiátricos. Este objetivo no se cumplió, además de las colonias existentes en el país, se crearon siete más.

Luego se creó el Servicio de Salud Mental Comunitaria, la Federación Argentina de Psiquiatras, se transformaron las curriculas de las nuevas carreras, se desarrollaron comunidades terapéuticas, pero todo ese florecimiento sucumbiría después, con la última dictadura cívico- militar.

Vuelta la democracia, en 1983, se elaboraron los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, impulsando Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental. Se inició una reforma que culminó con la ley que establecería el cierre de las instituciones de internación.

Más adelante con la crisis hiperinflacionaria de 1989, con los ajustes del Estado, desapareció la Dirección Nacional de Salud Mental. Pese a esta contramarcha, se sancionó la ley 448 de Salud Mental (2000) cuya ejecución choca con fuertes resistencias y se encuentra pendiente.

Atravesada la crisis del 2001 llegaron gobiernos que replantearon políticas sociales enfocadas a los derechos. Reapareció la idea de la “desmanicomialización” frente a un sistema de salud fragmentado y segmentado; y fue impactante la realización de un informe titulado “vidas arrasadas” en 2007, que develó las situaciones de las personas con trastornos mentales padecían en las instituciones psiquiátricas del país, sumidas en grandes violaciones de los derechos humanos.

Luego de muchos años, de un camino arduo y sinuoso, de marchas y contramarchas, se sancionó la nueva Ley de Salud Mental.

Aun así, en la actualidad, mientras la ciencia y las políticas avanzan, la sociedad sigue reproduciendo actitudes de estigma. El vocablo sigue utilizándose para marcar ciertos aspectos desfavorables de determinados grupos de la población. Como si aún se llevaran a cabo esos métodos de tratamiento moral, donde los pacientes recibían baños prolongados, excluidos en un predio rural transformado en un paraíso, con la justificación de que los mismos disfrutaban de su aislamiento.

La estigmatización es un antiguo y poderoso proceso social, con plena vigencia (Grandón Fernandez, Cova Solar, Saldivia Bórquez , & Bustos Navarrete, 2015). Este proceso de construcción social, llamado proceso de estigmatización, incluye elementos como, estereotipos, prejuicios, conductas discriminatorias, mecanismos psicológicos de construcción del significado e identificación de los atributos estigmatizadores (Morales Domínguez , Huici Casal, Gómez Jiménez, & Gaviria, 2008).

Estos elementos se construyen a partir de representaciones sociales, los mismos son un conjunto organizado de creencias, opiniones y actitudes en torno a un determinado elemento social. Estas representaciones, posteriormente sirven como guías de la acción, es decir, determinan los comportamientos. Para que esto suceda debe presentarse por un lado un estímulo, que estaría representado por las personas con trastornos en la salud mental, y por el otro, una respuesta, que serían las actitudes consecuentes de la representación social. Estos elementos son indisociables, forman un conjunto, la respuesta está en el origen del estímulo.

Dichas representaciones funcionan como un sistema de interpretación de una realidad en particular, que determinarán los comportamientos y actitudes de los sujetos en torno a la misma (Abric, 2001).

Retomando el concepto de Estigma, Erving Goffman, lo define en su libro *Estigma, la identidad deteriorada*, como un “atributo profundamente desacreditador”; según el sociólogo la persona posee “un rasgo que puede imponerse por la fuerza y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos”. Estos rasgos traen consigo cierta carga estigmatizadora (Polanco, y otros, 2013). Goffman lo define como un atributo que une a quien lo padece, con un estereotipo indeseable, lo que les permite a las personas poner barreras condicionantes y pasar de considerar a la víctima, de usual a ser una persona desacreditada (Hernández Cortina, 2011).

En el ámbito de la salud, el estigma se reproduce por parte de los profesionales y afecta a las personas que padecen trastornos en la salud mental. En este caso, el estigma es percibido como una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud y priva a las personas con trastornos en la salud mental de disfrutar de una atención integral e integrada (Mora-Ríos, 2014).

Dentro del ambiente heterogéneo de un Hospital general, las partes se hegemonizan en diversos grados de estigma, expresos o simulados, aceptados o negados. Hay ciertas enfermedades sobre las que pesan actitudes de estigma, pero es varias veces más evidente cuando se trata de padecimientos psiquiátricos (Vallecillo Chaves, 2016).

Dentro de este marco, es importante destacar, el papel de las políticas sanitarias, que, desde los inicios, promovían la reproducción de desigualdades y estigmatización. La internación de los pacientes en centros especializados fue determinante en la segregación, la profundización de la estigmatización y la discriminación de los implicados. Estas políticas, difundidas como inclusivas, producían y reproducían duros fenómenos de estigmatización (Sánchez Moreno, 2018).

Según el libro, *Estigma y enfermedad mental*, diseñado por Muñoz M. et al., de acuerdo a los aspectos psicosociales, el estigma se pone de manifiesto en tres dimensiones del comportamiento social. En primer lugar, están los *estereotipos* (concepción cognitiva), conformados por los conocimientos y creencias, adquiridas por los miembros de una sociedad acerca de un determinado grupo de personas. Cuando estos conocimientos son aplicados, y provocan un efecto negativo, se ponen en juego los *prejuicios* sociales (concepción emocional), manifestados a través de actitudes. En tercer lugar, y como consecuencia de dichas actitudes, se puede dar lugar a procesos de *discriminación* (concepción conductual), manifestados en

forma de negación y generando situaciones de desventaja social a aquellos grupos víctimas del estigma, como es el caso de las personas con trastornos mentales.

Para dicho autor, una actitud estigmatizadora es una predisposición psicológica que conduce a un comportamiento negativo, manifestado en forma de distancia social y rechazo (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

Otro autor, describe los modelos cognitivos sociales donde se incluyen también los estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos son estructuras de conocimiento que evolucionan como parte del desarrollo normal en una cultura. A menudo se enmarcan como creencias aparentemente basadas en hechos con un componente evaluativo negativo. Los estereotipos se convierten en prejuicios cuando las personas están de acuerdo con la creencia seguida por las emociones negativas y las evaluaciones del grupo involucrado. La discriminación es el resultado conductual de los prejuicios, que suelen ser punitivos en su forma y experimentados, ya que eliminan una oportunidad legítima o reaccionan ante el grupo de manera adversa.

Para este autor, el comportamiento condenatorio que más refleja el estigma es el de la peligrosidad, esos sujetos son peligrosamente violentos. Este comportamiento está asociado íntimamente al miedo, lo que provoca la evitación, el rechazo y la consecuente discriminación a la víctima (Corrigan P. W., 2016).

Estos comportamientos, al manifestarse, no difieren significativamente entre los profesionales de la salud y la población en general. En ambos casos, se manifiestan de modo autoritario, y actúan como un mecanismo de exclusión social.

Se han observado actitudes de evitación, desacreditadoras, desinteresadas y hostiles por parte del personal de salud, hacia las personas con padecimientos mentales (Grandón Fernandez, Cova Solar, Saldivia Bórquez, & Bustos Navarrete, 2015).

Las instituciones de salud tienen una variedad de actores, cada uno con sus expresiones de estigma; la conforman los pacientes, la familia y los profesionales. Enfermeras, asistentes médicos, trabajadores sociales, terapeutas físicos, secretarias; son parte del entorno que circunda el paciente. Las distintas y contradictorias opiniones y actitudes frente a un paciente con trastornos en la salud mental, da lugar a una alta gama de opciones y posibilidades. Miradas de reojo, suspicacias, rumores, evitamiento marcado, entre otras (Alarcón R., 2017).

Uno de los estereotipos que se aplican a las personas con trastorno en la salud mental es, la responsabilidad acerca de su padecimiento, además de su incompetencia en el autocuidado y la falta de control de su carácter.

La atribución de responsabilidad ha sido investigada por la psicología social en el marco de la teoría de la atribución causal. La responsabilidad es un concepto cotidiano que constituye un aspecto importante de la vida social. Desde su etiología, el concepto de responsabilidad está vinculado a “respuesta”, se refiere a la responsabilidad como obligación, y cómo ésta repercute en la acción. Desde la psicología social, la atribución de la responsabilidad se caracteriza por un proceso cognitivo individual.

Fritz Heider, pionero de la teoría de la atribución de responsabilidad, sostiene que las relaciones interpersonales están determinadas por la interpretación que se hace sobre el sentido de la acción. Centró su análisis de la responsabilidad en la acción o atribución de la misma. Aunque dicha acción no siempre es considerada una causa propia del actor. Por esta razón, para el sociólogo, la atribución implica un correlato de responsabilidades. Requiere de un proceso constructivo, de la percepción del otro y del sentido de la acción. Este proceso es determinado por la posición ideológica de cada sujeto, lo que a su vez determina la atribución causal que realiza (Vallecillo Chaves, 2016).

Esto explica, por ejemplo, cómo las actitudes del personal sanitario son influenciadas por el modo en el que se explica la enfermedad mental. Es importante destacar que no se trata solo de la posición del colectivo profesional, sino también, de cómo influyen las normas que configuran lo socialmente instaurado, de su reproducción social, de su interpretación de los casos. Esta noción es aplicada al concepto de estigma público, ya abarca las creencias y posturas que están presentes en una cultura social, y que inciden directamente en la atribución de responsabilidad que se realiza (Grandón Fernandez, Cova Solar, Saldivia Bórquez , & Bustos Navarrete, 2015). Estigma con profundas raíces socio-culturales. Donde se combinan reiteraciones de rumores, información en los medios, procesos de persuasión de masas y experiencias personales, que en conjunto producen un “contagio social” (Alarcón R. , 2017).

Desde hace tiempo se han formulado teorías que ayudan a comprender y explicar los procesos de estigmatización hacia las personas con trastornos en la salud mental. El fenómeno se imprime bajo dos posicionamientos complementarios. Por un lado, uno enfocado a los aspectos sociológicos del estigma, y por el otro, uno abocado a las cuestiones psicológicas y psicosociales del mismo.

El modelo sociológico, ha ofrecido importantes análisis que han arrojado luz sobre los trastornos en la salud mental, ha contribuido al conocimiento de las organizaciones que se encargan del cuidado de las personas con trastornos en la salud mental. Existen evidencias claras acerca de la conexión entre sociedad y salud mental, y dicha asociación presenta rasgos negativos. Una de las teorías sociológicas es la de la reacción social, o la teoría del etiquetado.

Ésta surge en los años 60, y considera que los síntomas psiquiátricos son como violaciones etiquetadas de las normas sociales. Los trastornos en la salud mental juegan un importante rol social, y es la reacción social lo que determina la adquisición de ese rol. Aquí aparece el concepto de desviación, ésta, es una característica de la respuesta del grupo a una determinada acción.

Este fenómeno del etiquetado supone una secuencia de movimiento desde una posición estigmatizada a otra, dentro de un sistema social que reacciona de forma exagerada o incluso distorsionada. Consecuentemente surgen efectos serios para el conjunto de personas que padecen una enfermedad en la salud mental y para su interacción con su contexto (Sánchez Moreno, 2018).

La teoría del etiquetado luego es modificada por Bruce G. Link y sus colaboradores, la cual plantea que el etiquetamiento activa una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre el individuo que padece una enfermedad en la salud mental. Estas imágenes lo afectan y acaban provocando su discriminación a partir de la reproducción de ciertas actitudes estigmatizantes. Un trastorno en la salud mental es un atributo profundamente desacreditador, estrechamente vinculado a estereotipos negativos, incomprendido por parte de la sociedad y presentado de modo incorrecto y negativo (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

La sociología también expone la gran diversidad dentro del ámbito del construccionismo, desde esta posición el término de trastorno en la salud mental se desarrolla dentro de un ámbito discursivo, de afirmaciones que construyen objetos y posiciones. En el ámbito de la salud, estos discursos ubican a la persona que padece una enfermedad en la salud mental dentro de un rol, y se marca para ella un conjunto de comportamientos que traen como consecuencias un conjunto de actitudes estereotipadas de estigma. Estos discursos crean la realidad que pretenden descubrir (Sánchez Moreno, 2018).

Otra teoría, llamada *Los orígenes evolucionistas de la estigmatización, las funciones de la exclusión social*, de kurzban y Leary, explica el estigma desde sus orígenes sociales, no desde la posición del estigmatizado sino desde el rol del estigmatizador. Los autores buscan la aparición del estigma desde la evolución de los seres humanos como seres sociales, quienes necesitan mecanismos adaptativos para convivir socialmente. Como una forma de resolver estos mecanismos adaptativos aparece el sistema cognitivo de exclusión. Según esta teoría, este método adaptativo de exclusión constituye el origen del estigma en las relaciones sociales. Las personas son rechazados o excluidas por poseer alguna característica negativa, esa característica es previamente asumida por un grupo social como excluyente, más allá de la característica misma (Hernández Cortina, 2011).

Las personas tienen una tendencia a categorizar y etiquetar de manera exagerada ciertos rasgos que se salen de lo habitual y que suelen manifestarse como algo de lo que hay que alejarse (Crisp, 2001). Siguiendo este lineamiento, otro autor sostiene que la estigmatización es utilizada como defensa ante la peligrosidad de un individuo (Haghighat, 2001).

Para la sociología, la construcción del estigma está influenciada por la interacción entre el contexto y el individuo (Peregrino & Rogers, 2005).

Según Bruce G. Link, el estigma se construye a partir de ciertos procesos que se retroalimentan, por un lado, las diferentes características que hacen a la persona en cuanto a género, color de piel, estatus; por el otro la vinculación de esas características con ciertos prejuicios y estereotipos definidos socialmente. Lo que posteriormente da lugar a el distanciamiento social o segregación de grupos, *nosotros* y *ellos*, a la discriminación, pérdida de estatus y asimetría en del poder entre las víctimas y los victimarios (Link & Phelan, 2001).

Como se nombró anteriormente, la psicología también hizo su aporte para la comprensión de los procesos de estigmatización, éste se centra en los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. El papel de la cognición supone la tendencia de la sociedad en agrupar los objetos y las personas en categorías. Por ejemplo, un diagnóstico de enfermedad en la salud mental constituye una forma de estereotipización, donde cada persona forma una serie de expectativas en torno al mismo. Lo que socialmente se percibe de los grupos estereotipizados, no es una estimación objetiva de ellos, sino más bien una construcción subjetiva influenciada por los conceptos previos. Una consecuencia importante de los estereotipos es su capacidad para modificar los comportamientos: cómo se espera un determinado comportamiento del otro, se actúa de tal modo que se facilita la aparición de ese comportamiento.

Existen grupos sociales motivados a no aplicar los estereotipos, sin embargo, no se logra controlar que los mismos afecten su modo de procesar la información acerca de los demás. Presentar ciertos conflictos a la hora de evaluar las características de las personas con trastornos en la salud mental, su actitud predominante hacia ellos va a variar en relación al contexto, el modo de tratarlo ante ese grupo va a ser cambiante y dependiente de la situación (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

El posicionamiento de la psicología plantea la interacción entre las personas y su influencia en la conducta, el pensamiento y la emoción, explica el comportamiento y los eventos que surgen. Nombrada con anterioridad, la teoría de la atribución causal, explica los factores que influyen en la percepción sobre determinados fenómenos. Heider, pionero de esta teoría, sostenía que la sociedad es un científico ingenuo que conecta los sucesos con causas no observables para entender la conducta de los demás y para predecir acontecimientos futuros,

logrando una sensación de cierto control sobre el entorno. Bernard Weiner, psicólogo social referente de la teoría de la atribución causal, sostiene que las personas pueden hacer atribuciones causales diferentes ante un mismo evento. Se inicia una secuencia motivacional donde se busca la causa para determinar el resultado, generando emociones independientes de la atribución (Figueroba, 2018). Las conductas y las actitudes estigmatizantes, son explicadas como un proceso cognitivo emocional, en el cual las personas atribuyen la causa a la adquisición de una enfermedad, en la cual sienten un cierto nivel de responsabilidad por haberla adquirido. Estas actitudes desencadenan una serie de reacciones, como son, ira, sentimientos de culpa y autocastigo (Hernández Cortina, 2011).

Para Weiner, las causas percibidas comparten tres propiedades de: locus, estabilidad y controlabilidad. Estas tres dimensiones de la causalidad afectan las experiencias emocionales comunes, e incluyen ira, gratitud, culpa, desesperanza, pena, orgullo y vergüenza (Weiner, 1985). La controlabilidad, es el grado por el cual las personas son responsables de sus afecciones. La estabilidad, es el grado en el que el individuo espera que el tratamiento responda a tal afección (Hernández Cortina, 2011).

Las adscripciones causales determinan las reacciones afectivas y cognoscitivas, que a su vez determinan la conducta, expuesta por una serie de factores dependientes de una situación concreta. El complejo estudio de la atribución causal se trata, a modo de síntesis, de un complejo procedimiento por el cual percibimos a las personas y a su acción. La percepción de la acción finaliza con la atribución de causas o motivos para dicha acción (Suárez, 1982).

La teoría de la atribución causal proporciona un marco útil para analizar y entender las actitudes y respuestas de las personas hacia los trastornos en la salud mental. Esta teoría busca determinar el responsable de que la enfermedad se produzca, es así, que se llevan a cabo atribuciones sobre la causa y la controlabilidad del padecimiento. Cuando la causa de este, está bajo el control y la capacidad de quien lo padece, se considera que esa persona es la responsable de que el trastorno en la salud mental o la situación generada por él, sucedan. Weiner sostiene que la emoción (ira o simpatía) afecta la cognición (atribución y juicio de responsabilidad) y la acción (comportamiento de ayuda o castigo) (Watson, Corrigan, & Ottati, 2004).

Las consecuencias psicológicas de la atribución están relacionadas con las expectativas, las reacciones emocionales no sólo reflejan el pensamiento causal, sino que también ofrecen las guías de la conducta futura, estas emociones hacen referencia a su aspecto social, incluye la ira, la compasión, la culpabilidad y la gratitud; y están relacionadas a la controlabilidad de las causas que las han fomentado. Las reacciones asociadas con ellas, se centran especialmente en conductas de aproximación o de rechazo respecto al objeto; conductas de rechazo como la ira

(venganza o alejamiento de la persona) y la vergüenza (rechazo de la tarea), y las conductas de aproximación como la restitución, la culpabilidad entendida como un volver a intentarlo y la compasión, referida a la ayuda (Manassero Mas, 1995).

Patrick Corrigan, investigador y defensor de las personas con trastornos en la salud mental, sostiene que éstos son castigados desde dos puntos, por un lado, desde la sintomatología y las discapacidades de su enfermedad, y por el otro son afectados por los prejuicios y estereotipos sobre la enfermedad mental, quitándoles la posibilidad de llevar una vida de calidad en cuanto a trabajo, vivienda, atención en salud y relaciones con grupos sociales. El estigma puede considerarse según quien lo provoque, como estigma público y autoestigma. El estigma público, contempla las reacciones que tienen los miembros de una sociedad hacia las personas con enfermedades mentales. El autoestigma, es el prejuicio que el individuo que padece una enfermedad mental tiene contra sí mismo. Ambos tipos de estigmas incluyen los tres componentes que cita Muños et al, los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Dentro del estigma público, un estereotipo es una creencia negativa que se tiene socialmente hacia un grupo de la población, en este caso las personas portadoras de enfermedad mental. Un prejuicio, es consecuente de un estereotipo y se constituye por una reacción emocional negativa. Y, por último, la discriminación, dentro del estigma público, contempla una respuesta del comportamiento a los prejuicios, como son la evitación y la retención de la ayuda.

En contraposición a los estereotipos, que son creencias, las actitudes implican un componente evaluativo, generalmente perjudicial y negativo. El prejuicio también produce respuestas emocionales como la ira y el miedo a los grupos estigmatizados.

El prejuicio es una respuesta cognitiva y emocional, que conduce a la discriminación y condiciona una reacción de comportamiento. Un prejuicio que produce enojo, en términos de enfermedad mental, pueden llevar a retener la ayuda a la persona que la padece. El miedo, por otra parte, lleva a la evitación, actitud que impide establecer contactos con las mismas.

Para el autor, estas actitudes no se limitan a los individuos no informados de la sociedad en general, sino que también se suscriben en profesionales bien entrenados, como en el ámbito de la salud. Ha identificado tres hallazgos en cuanto a conceptos erróneos que se tiene en torno a las personas que padecen una enfermedad mental. Por un lado, el temor y la exclusión de éstas, ya que son temidas y deben mantenerse alejadas de la comunidad; por otro, el autoritarismo, considerando que son irresponsables y deben ser supervisados; y en tercer lugar, la benevolencia, son niños, personas especiales que necesitan cuidados (Corrigan, 2002).

La internalización del estigma público por parte de una persona que padece un trastorno en la salud mental, puede llevarla al autoestigma, éste produce consecuencias dañinas en su autoestima, autoeficacia y en su empoderamiento (Corrigan, y otros, 2012).

Las víctimas de este fenómeno, no solo tiene que lidiar con las limitaciones asociadas a su enfermedad, sino que también se deben añadir aquellas limitaciones para llevar adelante una vida socialmente normal (Avendaño & Berlanga Adell, 2004).

Las formas en las que se perciben las actitudes estigmatizantes de los profesionales de la salud, ayudan a reforzar el estigma social y perjudicar el establecimiento de relaciones terapéuticas óptimas, lo que afecta indudablemente la calidad y eficacia del tratamiento en el trastorno en la salud mental. El estigma en el contexto de la atención de salud se caracteriza por la culpa y la vergüenza, el desinterés y la molestia, la deshumanización, el mal pronóstico y la coerción. Además, otras veces se lo trata de modo paternal.

Los profesionales de la salud, no difieren de manera significativa del público en general, en cuanto a las actitudes que manifiestan, como es el caso de la distancia social y la renuncia a interactuar con personas con trastornos en la salud mental. Más allá de la capacitación profesional y del contacto con usuarios de salud mental, los profesionales son susceptibles a las creencias y actitudes estigmatizantes (Corrigan W. P., 2018).

Las características más relevantes acerca de la persona que presenta un trastorno en la salud mental plantea la *peligrosidad*, se cree que la persona con trastorno en la salud mental es peligrosa, agresiva o violenta; la *impredecibilidad del comportamiento*, supone que las personas con trastorno en la salud mental modifican su comportamiento espontáneamente; la *necesidad de supervisión*, sobre la necesidad de que la persona con trastorno en la salud mental esté bajo la supervisión de otra persona; y la *necesidad de tratamiento*: refleja la necesidad de que la persona con trastorno en la salud mental reciba un tratamiento, aun cuando no quiera (Vaquero, Escudero, Cebollero, Ureña, & Saiz, 2014).

Es importante destacar la existencia de políticas en los servicios de salud, tanto públicos como privados, influyentes y promovedoras de estigma; donde las personas que padecían algún tipo de trastorno en la salud mental eran internadas en manicomios o instituciones monovalentes, excluidas, apartadas y lejos de la sociedad.

Luego, gracias a la medicina psicosomática, se comenzó a trabajar sobre la integración de los pacientes con trastornos mentales al resto de las especialidades de salud. Su mensaje fue de integración, respeto y aceptación pragmática. Este avance continuó con la denominada Atención Integrada (Alarcón R., 2017).

En Argentina, esta lucha se refleja en la nueva ley de Salud Mental, sancionada en el 2010, donde el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los derechos a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; tratamiento conveniente sin restringir sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado. Fundamentalmente, la importancia radica en la manifestación legal que impide cualquier vulneración de derechos para todos/as los sujetos con padecimiento mental (Ley Nacional de Salud Mental , 2010).

El Ministerio de Salud de nuestro país, realizó una publicación titulada “Desarmando mitos”, la misma refleja la necesidad de romper con los estereotipos y falsas creencias, los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental. También sostiene que, las personas con enfermedad mental no deben ser separadas de la comunidad, ya que ninguna enfermedad se cura con el aislamiento y el encierro (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018).

Retomando otro punto clave de la ley citada, en el artículo 28°, se determina que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, y el rechazo de la atención de pacientes con padecimientos mentales, será considerado un acto discriminatorio. La misma, prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados (Ley Nacional de Salud Mental , 2010).

La nueva Ley, reconoce a los derechos humanos como un factor estructural, la misma fue presentada como una estrategia, dando prioridad a los derechos humanos de las personas usuarias. Plantea una propuesta de distribución del poder en distintos niveles: en la relación personal de salud-usuario; al interior de los equipos de salud; a nivel sectorial, en una concepción de sujeto capaz, partícipe y protagonista de las políticas y programas; y fundamentalmente, al redefinir el rol del Estado como principal garante de los derechos de las personas (Ceriani & Kaski, 2018).

Para llevar a cabo todos estos cambios en el ámbito de la salud, es vital la formación de los profesionales, con énfasis preventivo; así como también el establecimiento de nuevas estrategias para intervenir en el fenómeno (Tapia, Castro, Manchego, & Poblete, 2015), como la sensibilización, educación y promoción del conocimiento sobre los trastornos mentales, tendientes a reducir el estigma y favorecer la rehabilitación psicosocial y la reinserción social y laboral de los implicados (Campo Arias, Oviedo, & Herazo, 2014). Estas estrategias son fundamentales para la labor de enfermería, ya que los mismos son agentes de salud y a lo largo de su práctica podrán tener una función directa o indirectamente relacionada con la disminución

del estigma en una sociedad cada vez más prevalente a los trastornos mentales (Sayols, y otros, 2015).

Además, se debe fortalecer el enfoque de salud integral, promoviendo y garantizando la inclusión de los problemas de salud mental en los distintos niveles de atención, a fin de disminuir los procesos de estigmatización.

Eliminar el estigma en los servicios de salud es una tarea prioritaria, existen muchos programas en todo el mundo tendientes a desterrarlo. Los enfoques para lograrlo, se basan en protestas, educación y estrategias de acercamiento.

Haciendo hincapié en el segundo y tercer enfoque, puede precisarse que, la educación está orientada a disminuir los mitos y las creencias estigmatizadoras que se tiene sobre una persona con trastorno mental. Por otra parte, el acercamiento con las mismas, busca disminuir los prejuicios y las actitudes de discriminación, promoviendo la interacción entre ambas partes.

Corrigan, propone dos tipos de agendas para eliminar el estigma, por un lado, la de los servicios, tendiente a eliminar el estigma como barrera. Y por el otro, la de los derechos, basada en reemplazar la discriminación por actitudes y comportamientos positivos.

En cuanto a los servicios, la búsqueda de evitar las etiquetas y la de acceder a la atención tiene como objetivo lograr un mejor reconocimiento de los trastornos mentales y una mayor comprensión de los beneficios de acceder a los tratamientos. Con esto se pretende desestigmatizar los trastornos mentales enmarcándolos como una enfermedad tratable, y así lograr que las personas que lo padecen se inserten mejor o utilicen más los servicios de salud. Esto se logra a partir de la comunicación de salud y las campañas dirigidas a la población.

Por otra parte, en la agenda de los derechos, se encuentra la necesidad de que el público reemplace los prejuicios estigmatizantes, por actitudes positivas, ya que éstas, promueven la recuperación y la búsqueda de objetivos individuales basados en la esperanza, empoderamiento y autodeterminación. Las actitudes de afirmación son acciones comunitarias que promueven la recuperación y la autodeterminación. Incluyen nuevas formas de proporcionar adaptaciones razonables y apoyos significativos.

Para esto, es necesario lograr un contacto certero entre los profesionales de salud y las personas con trastornos mentales. Donde participen personas que han sido víctimas del estigma, donde se expongan historias de recuperación y así desafiar los casos de discriminación y promover estrategias comunitarias.

Para Corrigan, enfrentar el estigma es una tarea de poder, donde las personas que han sufrido experiencias vividas deben impulsar el esfuerzo por eliminarlo, donde no se apliquen políticas o acciones sobre un grupo sin la participación activa del mismo. Son las víctimas del estigma,

para el autor, quienes deben dirigir los esfuerzos para lograr las políticas necesarias y así eliminar aquello que afecta sus vidas. El autor sostiene que, no es el profesional que educa en cuanto a las causas de la enfermedad lo que cambia el estigma, sino el contacto cercano con personas que comparten historias de recuperación.

Los profesionales deben volverse sensibles a las historias de las personas que padecen trastornos mentales, esto permitirá apoyar la lucha contra el estigma. Los profesionales de la salud presentan una conducta de credibilidad para el resto de la sociedad, deben acompañar, apoyar e incorporarse en esta lucha, así podrán tener un papel poderoso en las estrategias anti-estigma (Corrigan P. W., 2016).

La enfermería psiquiátrica surge en el siglo XX tras la creación de los hospitales psiquiátricos, desde esos tiempos se expresaba la necesidad de que todos los enfermeros recibieran educación y formación en salud mental, a fin de mejorar el nivel de comprensión y brindar una atención de tipo integral.

Las teorías de enfermería dirigen la práctica de los profesionales, el desarrollo de las mismas supone un esfuerzo en la investigación que se persigue sistemáticamente. Por mucho tiempo, los cuidados en pacientes con trastornos mentales se basaban en el modelo médico, la enfermedad era un proceso biológico y los padecimientos eran físicos. Luego aparecen teorías orientadas a las emociones y a las relaciones interpersonales y se generan nuevos desafíos para los cuidados integrales de enfermería.

Los profesionales actúan como un instrumento terapéutico y la relación profesional-persona se efectúa para lograr un objetivo, la base de esta relación es la comunicación entre las partes. La noción de cuidado como acción terapéutica de enfermería, hace referencia a la detección y satisfacción de las necesidades de las personas, promoviendo la autonomía y el autocuidado, fusionando los conocimientos y las habilidades profesionales. Dentro de estas habilidades se incluyen los conceptos de comunicación, respeto y compromiso. Cuando esto se lleva a cabo, la relación profesional-persona se enriquece. Relación que debe ser recíproca, permitiendo así el desarrollo de actividades y la creación de conocimientos, relación que debe permitir la libertad de expresiones y reflejar una escucha activa (Galvis, 2015).

El modelo de enfermería que sirve como fundamento al tema en estudio es el Modelo de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau. La comunicación es el pilar básico de este modelo, siendo esta, una herramienta estimable para el quehacer de enfermería. Es el puente entre el sujeto de atención y los profesionales, le permite a estos últimos conocer las necesidades de los primeros y establecer relaciones terapéuticas tendientes a la restauración de la salud.

Los profesionales de enfermería deben contar con determinadas habilidades y actitudes, para que la relación con los sujetos, considerados por Peplau, como seres biopsicosociales, sea una relación de ayuda, permitiéndoles brindar una atención personalizada y de carácter humano.

Joyce Travelbee amplió la teoría de Peplau, sosteniendo que el objetivo del personal de enfermería se basa en la ayuda de la persona y su familia, a afrontar las experiencias de la enfermedad y, encontrar un significado para estas experiencias. Travelbee escribió sobre la enfermedad, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Conceptos necesarios para ser aplicados en toda relación que forje enfermería con los pacientes que padezcan un trastorno mental. Los sentimientos de empatía y comprensión reflejan la importancia de solidarizarse con el paciente, y así entablar una relación entre seres humanos. Estos sentimientos, son de gran valor para la atención holística de enfermería (Raile Alligood , 2014).

Otro modelo de máximo interés, es el propuesto por Phil Barker, enfermero psiquiátrico, psicoterapeuta, filósofo y catedrático. El mismo propone el modelo de la marea, que se aplica en la recuperación en salud mental, éste no se basa en los cuidados y el tratamiento a aplicar, sino que ayuda a los profesionales a comenzar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona y cómo ayudar a recuperar su salud. Aparece dentro de este modelo la teoría del caos, donde se precisan y se conocen los límites, e invita a los enfermeros a abandonar la búsqueda de certezas, quedándose con la realidad de las incertidumbres. Invita a establecer relaciones mutuas, de colaboración genuina entre profesional-persona. Barker, va más allá de la relación enfermera-paciente propuesta por Peplau. Para este, la vida es como un océano de experiencias. Todas estas, incluidas las experiencias de salud y enfermedad, producen descubrimientos a lo largo de cada etapa de la vida. En momentos de crisis, según el autor, las personas pueden padecer tempestades o piratería. El barco puede empezar a hundirse, y la persona se ve enfrentada a la perspectiva de ahogarse o estrellarse entre las rocas. Barker sostiene que estas circunstancias les roban a las personas su identidad humana. Es como si el barco hubiera desembarcado en una playa remota y desconocida, alejada de todos los conocimientos y saberes de la persona. Todas estas, en circunstancias críticas necesitan un refugio seguro, de forma que puedan empezar el trabajo de reparación necesario en el barco de sus vidas. Cuando se han acostumbrado a esta crisis o a este nuevo movimiento del barco y han recuperado su confianza para volver a navegar en el océano de su experiencia, las personas tienen que empezar la desafiante tarea de trazar el mapa de sus recuperaciones. Esta metáfora refleja muchos de los factores de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil.

Este modelo destaca la importancia de conocer las necesidades de los pacientes que padecen un trastorno mental, mediante una relación de colaboración, terapéutica, de carácter educativo, diario y cotidiano. Respondiendo sensiblemente a las cambiantes necesidades humanas de los pacientes y sus familiares. Este vínculo debe ser llevado a cabo mediante estrategias que requieren respeto por parte de los profesionales, al problema de salud. Dándole posición central al paciente durante la interacción, buscando el permiso del mismo para conocer su experiencia, mostrando interés en la misma, dándole valor y significancia. Como herramienta primordial para llevar a cabo estas estrategias, aparece nuevamente la importancia del diálogo y se le suma la creatividad, Barker sostiene que el profesional debe ser creativamente curioso del caso, para aprender a qué debe hacerse para ayudar y así comprender mejor al narrador. En esta instancia aparece reflejada la noción personalizada del cuidado. Deben valorarse los recursos que presentan las personas y trabajar sobre ellos.

Barker redacta 10 compromisos, que son los valores esenciales del modelo de la marea. Entre ellos se encuentran, la importancia de *valorar la voz*, la experiencia, la esperanza, la historia, los cuidados, todos estos conceptos deben inscribirse en la propia voz de la persona. *Respetar el lenguaje*, sin sustituirlo por el lenguaje raro de la psicología, las personas tienen su propio lenguaje y es el que tiene más poder sobre su experiencia personal. *Desarrollar la curiosidad genuina*, como ya se nombró, lo que le da significancia a su historia. *Llegar a ser el aprendiz*, enfermería debe posicionarse con respeto y diligencia, y estar dispuestos a convertirse en el aprendiz. *Revelar la sabiduría personal*, enfermería debe contribuir a encontrar esos recursos personales de la persona, que guiarán la recuperación. *Ser transparente*, para lograr la confianza y ganar la confianza de la persona, enfermería debe comunicar qué se hace y por qué, con claridad. *Utilizar el equipo de herramientas disponible*, conocer y utilizar aquellos elementos que siempre han funcionado en el tratamiento del paciente, para esto es necesario aplicar varios de los compromisos nombrados. *Trabajar un paso más allá*, junto al paciente, enfermería debe trabajar conjuntamente estableciendo metas que apunten al objetivo final de la recuperación. *Dar el don del tiempo*, el tiempo que se trabaja conjuntamente es muy valioso, la significancia depende de cómo es utilizado. *Saber que el cambio es constante*, es importante que el profesional le permita conocer al paciente que se están produciendo cambios, este conocimiento le permite al mismo saber que ha dejado de estar en peligro y que todos los caminos se orientan a la recuperación. Tomar conciencia de los pequeños cambios producirá un gran efecto en la vida de quienes padecen un trastorno mental y en su entorno (Salazar Gámez, Romero García, Pérez Moreno, & Amuedo, 2015).

Material y Métodos

Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se llevará a cabo es de tipo no experimental u observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Será no experimental u observacional, ya que las variables se estudiarán tal y como se presentan en la realidad, los datos se recolectarán sin que el investigador intervenga en los fenómenos. Será descriptivo ya que, se determinará como es la situación de las variables, la presencia o ausencia de algunas de ellas, pudiendo sugerir la existencia de asociaciones.

La medición será transversal o transeccional, las variables se medirán simultáneamente, en un período de tiempo, realizando una única medición.

Será prospectivo ya que la recolección de los datos se llevará a cabo, según van ocurriendo los hechos en los meses de abril a junio del año 2019.

Sitio o contexto de la investigación.

Después de haber aplicado una guía de convalidación de sitio (ver anexo I) en dos Hospitales Públicos de la ciudad de Rosario, y tras los resultados del estudio exploratorio (ver anexo III), se seleccionó solo uno de ellos por reunir los requisitos para medir las variables en estudio.

El Hospital seleccionado será un Hospital Público de niños, de tercer nivel de complejidad, de la ciudad de Rosario. La decisión que fundamenta la elección de este sitio es el problema planteado, ya que en el mismo se encuentran las variables y la población de interés.

Población de estudio.

La población de estudio estará constituida por todos los enfermeros asistenciales, de las salas 1 y 3 del Hospital de Niños Público de la Ciudad de Rosario.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales de las salas nombradas anteriormente.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros y Licenciados que trabajen en Instituciones de Salud Mental.
- Enfermeros y Licenciados que tengan algún familiar con trastornos mentales.

Tamaño de la población.

La población la conformarán todos los enfermeros que reúnan los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. Según datos aportados por el estudio exploratorio del sitio se estima una población aproximada de 50 enfermeros asistenciales en el período del estudio. Por tal razón, no se realiza muestreo y se tomará el total de la población.

Validez externa: El presente estudio presenta limitaciones como, la selección de solo un sitio de estudio y la no realización de muestro probabilístico debido a que el número de enfermeros es reducido, lo que puede inducir a errores.

Los resultados sólo nos servirán como parámetro para evaluar el comportamiento de la incidencia de las actitudes estigmatizantes de los enfermeros, según sexo, nivel de formación y años de antigüedad en la profesión; y generalizarlos sólo a la población de estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos se realizará mediante la técnica encuesta, utilizando como instrumento de medición un cuestionario (ver anexo II), constituido por cada indicador seleccionado para medir las variables en estudio.

Para medir la variable *actitudes estigmatizantes*, se aplicará el cuestionario de atribuciones AQ-27.

El instrumento de atribuciones AQ-27, permite la medición de la variable en estudio, utilizando un lenguaje que se adecúa a nuestra cultura. De acuerdo a un estudio realizado para evaluar su validez y confiabilidad se obtuvieron los siguientes resultados respecto al mismo: posee una validez que se refleja en un coeficiente V de Aiken de 0,94, y una confiabilidad respecto a un Coeficiente de Cronbach total igual a 0,702, lo que demuestra que es un instrumento de alta confiabilidad (Bolivar-Paredes & Villanueva-Ruska, 2015).

Este instrumento está conformado por nueve factores que corresponden a las nueve dimensiones operacionalizadas, estas son: responsabilidad, piedad, irritabilidad, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación. Cada factor está conformado por tres ítems que se responden en una escala de tipo Likert de 1 a 9, donde 1 representan actitudes estigmatizantes más positivas, y el 9, actitudes estigmatizantes más negativas en relación a los pacientes con trastornos de la salud mental. Uno de los nueve factores, el factor evitación, presenta invertida la interpretación de la escala, para este la puntuación 1 representa actitudes más negativas, y 9, actitudes más positivas. El cuestionario consta de un total de 27 ítems,

presentados en forma de pregunta; previo a las mismas, se describe una situación de un paciente con trastornos en la salud mental.

La ventaja de aplicar el tipo de técnica seleccionada, es que permitirá la recolección de datos objetivos y precisos, de forma rápida, precisa y eficaz. El instrumento seleccionado se encuentra relacionado a las variables de interés y permitirá obtener datos que permitan medir la presencia o ausencia de las mismas.

Las desventajas, corresponden a los sesgos que pueden presentarse en el instrumento, los mismos deben estar debidamente calibrados, y deben tomarse múltiples muestras para evitar resultados falsos, este sesgo puede resultar difícil de evitar ya que se solo se realiza la aplicación de una prueba piloto. Otro de los sesgos, es el del entrevistador, quien puede dar pistas sutiles que pueden influenciar al entrevistado, quien dará respuestas orientadas hacia las opiniones y valores del entrevistador. Además, puede presentarse el sesgo de las respuestas, donde el entrevistado dará las respuestas que cree que el entrevistador pretende oír, también puede deberse a que el mismo conoce la temática y los resultados esperados del estudio.

Para las variables *nivel de formación* y *sexo*, el participante deberá tachar lo que no corresponda. Para la variable *antigüedad en la profesión* será la que el participante refiera. Estas variables serán anexadas en la parte superior del instrumento AQ-27.

Operacionalización de las variables en estudio.

- . Nivel de formación: variable cualitativa, simple, independiente. Escala de medición: nominal.
 - Enfermero profesional.
 - Licenciado en enfermería.
- . Sexo: variable cualitativa, simple, independiente. Escala de medición: nominal.
 - Mujer.
 - Hombre.
- . Años de antigüedad en la profesión: variable cuantitativa, simple, independiente. Escala de medición: razón.
 - Será los años de antigüedad en la profesión según refiera el participante.
- . Actitudes estigmatizantes: variable cualitativa, compleja, dependiente. Escala de medición: ordinal.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Actitudes estigmatizantes.	<p>Goffman (1963), considera el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. Otra definición influyente ha sido la de Jones et al. (1984), que propusieron que el estigma puede considerarse como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos).</p> <p>En otros casos se ha definido el estigma como una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso (Stafford y Scott, 1986).</p>	<p>-Responsabilidad:</p> <p>-Piedad:</p> <p>-Irritabilidad:</p>	<p>- ¿Pensaría que es culpa del paciente que se encuentre en su situación actual?</p> <p>- ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación del paciente?</p> <p>- ¿Hasta qué punto el paciente es responsable de su situación actual?</p> <p>- ¿Sentiría pena por el paciente?</p> <p>- ¿Hasta qué punto comprende al paciente?</p> <p>- ¿Cuánta preocupación sentiría por el paciente?</p> <p>- ¿En qué medida se sentiría furioso/a por el paciente?</p> <p>- ¿En qué medida se sentiría molesto/a con el paciente?</p> <p>- ¿En qué medida se sentiría irritado/a por el paciente?</p>

		<p>-Peligrosidad:</p> <p>-Miedo:</p> <p>-Ayuda:</p> <p>-Coacción:</p>	<p>- ¿Se sentiría inseguro cerca del paciente?</p> <p>- ¿Hasta qué punto es peligroso el paciente?</p> <p>- ¿Se sentiría amenazado por el paciente?</p> <p>- ¿Sentiría miedo por el paciente?</p> <p>- ¿Hasta qué punto el paciente le asustaría?</p> <p>- ¿Hasta qué punto le aterrorizaría el paciente?</p> <p>- ¿Estaría dispuesto a hablar con el paciente acerca de su problema?</p> <p>- ¿Cuál es la probabilidad de que ayude al paciente?</p> <p>- ¿Con qué certeza cree que lo ayudaría?</p> <p>- ¿Si estuviera al cargo del tratamiento, le exigiría que se tomara su medicación?</p>
--	--	---	---

		<p>-Segregación:</p>	<p>- ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que el paciente debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?</p> <p>- ¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le obligaría a vivir en un lugar supervisado?</p> <p>- ¿Cree que el paciente supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitalizaría?</p> <p>- ¿Cree que sería mejor que el paciente fuera aislado en un hospital psiquiátrico?</p> <p>- ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde el paciente pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?</p>
--	--	----------------------	---

		-Evitación:	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Si usted fuera un empresario, le entrevistaría para un trabajo? - ¿Compartiría un carro para ir al trabajo con el paciente cada día? - En su opinión, ¿hasta qué punto es el paciente responsable de su situación actual?
--	--	-------------	--

Prueba piloto.

La prueba piloto se realizó en el mismo hospital (anexo IV), en un total de 10 enfermeros que han sido personal de la sala 1 y 3 pero que actualmente se desempeñan en otro sector del efector, y que cumplen con los criterios de inclusión/exclusión definidos. La prueba piloto se debe realizar para poder identificar aspectos que puedan resultar poco claros y confusos del instrumento, y así poder realizar los ajustes necesarios. El instrumento de medición deberá alcanzar los tres requisitos básicos: validez, confiabilidad y precisión.

Principios éticos.

El estudio que se realizará garantizará el principio de beneficencia, ya que el mismo, no requiere de situaciones o procedimientos que impliquen un riesgo para sus participantes, ya que no serán expuestos a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables. Los datos obtenidos se emplearán para los fines del estudio y en ningún momento se revelará la identidad de los participantes, garantizando la confidencialidad de los datos analizados y el anonimato.

Todos los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión tendrán la misma posibilidad de participar en el estudio, asegurando un trato justo, garantizando el principio ético de justicia, libre de coerción.

A partir del principio de autonomía, se obtendrá el consentimiento informado (anexo II) de quienes participen en el estudio, donde se describirá con detalle la naturaleza del mismo, asegurando que el participante haya comprendido la información de forma debida, los riesgos y beneficios que podrían ocurrir, y posteriormente pueda elegir si quiere o no participar del mismo, y retirarse en el momento que lo desee.

Personal a cargo de la recolección de datos.

No se necesitará contar con un personal de adiestramiento para la aplicación de la encuesta, ya que la cantidad de encuestas es factible de ser medida.

Los datos serán recolectados por la propia autora, el instrumento se aplicará en una sala de reunión de la Institución. El tiempo de aplicación del mismo será en un máximo de 15 días, con un tiempo de realización máximo de 20 minutos para los participantes. Se llevará a cabo en días hábiles, de 5 a 7hs y de 17 a 19hs, para poder contar con la asistencia del personal de enfermería en los cuatro turnos.

Plan de análisis.

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación).

El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS. Se establecerá un índice para medir cada variable.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable *sexo y nivel de formación*, se agruparán según los indicadores.

- . Sexo: al indicador Hombre se le asignara el símbolo **1**, al indicador mujer el símbolo **2**.
- . Nivel de formación: al indicador Enfermero profesional se le asignará el símbolo **3**, y al indicador Licenciado en enfermería, el símbolo **4**.

Para la variable *años de antigüedad en la profesión*, será la que el participante indique, se calcularán medidas de tendencia central (moda, mediana y promedio aritmético) y luego se

cualificará en rangos de: menor a 1 año, de 1 a 5 años, y mayor a 5 años. Para determinar cuál es el rango que concentra actitudes estigmatizantes más positivas y cuál, más negativas.

La exposición de los datos se reflejará en gráficas circulares y en gráficos de barra simple y adosada.

Para la variable *actitudes estigmatizantes*, las variables se reconstruirán de la siguiente forma:

El Cuestionario AQ-27, consta de 9 factores, a cada uno de ellos le corresponde 3 ítems, los cuales se responden en una escala de tipo Likert de 1 a 9, donde 1 representa el menor valor y 9 representa el máximo valor. El cuestionario consta de un total de 27 ítems, el valor de la respuesta que se le asigne a cada ítem, se ubicará dentro de la siguiente clasificación:

Actitud estigmatizante negativa: cuya puntuación será de 6 o más.

Actitud estigmatizante positiva: cuya puntuación será de 5 o menos.

Los ítems que corresponden al factor evitación se invertirán al momento de hacer la interpretación, quedará de la siguiente manera:

Actitud estigmatizante positiva: cuya puntuación será de 6 o más.

Actitud estigmatizante negativa: cuya puntuación será de 5 o menos.

Como se mencionó, cada uno de los 9 factores está compuesto por tres ítems, agrupados de la siguiente forma:

Responsabilidad: AQ10+AQ11+AQ23

Piedad: AQ9+AQ22+AQ27

Ira: AQ1+AQ4+AQ12

Peligrosidad: AQ2+AQ13+AQ18

Miedo: AQ3+AQ19+AQ24

Ayuda: AQ8+AQ20+AQ21

Coacción: AQ5+AQ14+AQ25

Segregación: AQ6+AQ15+AQ17

Evitación: AQ7+AQ16+AQ26

Cada resultado de los ítems que conforman a cada factor, se sumará y se calculará la media, ubicándola en la siguiente escala de medición:

Actitudes estigmatizantes positivas: puntuaciones de 3 a 14.

Actitudes estigmatizantes negativas: puntuaciones de 15 a 27.

En el factor evitación, dicha escala de medición se invertirá, interpretándose del siguiente modo:

Actitudes estigmatizantes negativas: puntuaciones de 3 a 14.

Actitudes estigmatizantes positivas: puntuaciones de 15 a 27.

Posteriormente se sumará el total de cada ítem, y su resultado se ubicará según la siguiente clasificación:

Actitudes estigmatizantes positivas: puntuación entre 51-135.

Actitudes estigmatizantes negativas: puntuación entre 136-219.

El resultado de los datos obtenidos se expondrá en gráficas circulares e histogramas.

Esto permitirá conocer la frecuencia, el porcentaje, la mediana y la moda de cada indicador.

Para describir la relación entre las variables seleccionadas se utilizará la estadística descriptiva bivariada, los datos se presentarán en tablas de contingencia. Para determinar el grado de relación entre ambas variables se realizará el cálculo del coeficiente de correlación, el mismo será presentado gráficamente en un diagrama de dispersión.

Para llevar a cabo las técnicas estadísticas mencionadas se contará con la colaboración de un especialista en estadísticas.

Plan de trabajo y cronograma de actividades.

La ejecución del estudio requiere de una serie de actividades y recursos necesarios para ejecutarlo, recursos como, presupuesto, personal, infraestructura, materiales, tiempo, conocimientos y destrezas.

Con respecto al factor presupuestario, los costos serán sustentados por medios propios, como son los costos de los materiales necesarios para aplicar los instrumentos y la redacción de notas e informes, impresión de los mismos y lapiceras.

Tiempo Actividad	Abril		Mayo		Junio	
	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30
Recolección de datos						
Tabulación de datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración de la discusión						
Elaboración de la conclusión						
Redacción del informe final						
Entrega						

ANEXOS

I. *Guía de convalidación de sitio.*

- . ¿Obtuve la autorización del director del Hospital?
- . ¿Cuál es el promedio de pacientes con trastornos mentales que se internan?
- . ¿Cómo se distribuyen dichos pacientes en las salas del hospital?
- . ¿Cuáles son las salas del hospital donde se internan los pacientes con trastornos mentales?
- . ¿El hospital cuenta con un equipo de salud mental que aborde a los pacientes con trastornos mentales?
- . ¿Se realizaron capacitaciones para el abordaje de pacientes con trastornos mentales en los últimos 6 meses?
- . ¿Cuál es la dotación total de enfermería? ¿y la dotación por turno?
- . ¿Ingresaron enfermeros asistenciales nuevos al hospital en los últimos 6 meses?
- . ¿Los enfermeros forman parte de ese equipo?
- . De haber un equipo de salud mental, ¿se coordinan para estar presentes las 24 horas, todos los días del año para actuar en casos de crisis de pacientes con trastornos mentales?
- . De estar presentes, ¿existe un protocolo diseñado para solicitar la atención inmediata del equipo de salud mental en casos de crisis de los pacientes con trastornos mentales?
- . ¿Existe en el Hospital un protocolo diseñado que guíe el actuar de los enfermeros/as en casos de crisis de un paciente con trastorno mental?
- . ¿Los enfermeros tienen acceso a material bibliográfico en cuanto a los cuidados hacia el paciente con trastorno mental?

II. *Instrumento de recolección de datos.*

Los siguientes cuestionarios serán aplicados por la enfermera Zarich Juliana, para la realización del Proyecto de Tesina, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Se solicita la colaboración de los enfermeros asistenciales de sala 1 y 3 del Hospital X, garantizando su anonimato. Se agradece la participación en el mismo.

1- Tachar lo que no corresponda:

Sexo:

- . Hombre.
- . Mujer.

Nivel de formación:

- . Enfermero profesional.
- . Licenciado en enfermería.

2- Indique la cantidad de años que se desenvuelve como enfermero: _____

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces, oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados.

Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

3. José me aterraría.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

No es probable

Muy
probablemente

8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En absoluto

Muchísimo

9. Sentiría pena por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna en Muchísima
absoluto

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, en Sí, totalmente.
absoluto

11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No, hay ningún Completamente bajo
control personal control personal

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

13. En tu opinión, ¿hasta qué punto José es peligroso?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probable

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Definitivamente no ayudaría Definitivamente ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ninguna certeza Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es responsable en absoluto Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

25. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísimo

26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
No es probable Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
En absoluto Muchísima

Acta de Consentimiento Informado.

Yo.....acepto participar, de forma voluntaria y anónima, en el estudio de investigación “ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LAS ACTITUDES ESTIGMATIZANTES DE LOS ENFERMEROS HACIA LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL”, dirigido por la Profesional de Enfermería Zarich Juliana, cursante de la cátedra de Tesina, de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio, habiendo satisfecho mis dudas respecto a esta investigación.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima.

Declaro saber que la información que se obtenga será analizada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Firma

Fecha:.....

Nombre Investigador

Firma

Fecha:.....

III. *Resultados del estudio exploratorio.*

El sitio seleccionado fue un Hospital de niños, de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, se obtuvo la correspondiente autorización de las autoridades del mismo. Se valoró la presencia de las variables de interés y de la población, la misma cumple con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Según los datos recolectados, los pacientes con trastornos en la salud mental se distribuyen en dos salas del hospital, junto con pacientes que cursan otras patologías. Las salas 1 y 3 son las que reciben a pacientes de salud mental, con un promedio de 5 pacientes por mes.

Los profesionales que abordan dichos casos son psicólogos y psiquiatras, no existe un equipo interdisciplinario para el abordaje. Los mismos no están presente en el Hospital de forma activa.

No se han realizado capacitaciones en los últimos 6 meses al personal de enfermería, en relación a la temática.

La dotación total es de 50 enfermeros asistenciales en ambas salas, con una dotación por turno de 3 enfermeros. Los mismos no forman parte del equipo de salud mental.

En los últimos 6 meses ingresaron a las salas nuevos enfermeros asistenciales.

Las salas no presentan protocolos para solicitar la atención inmediata del equipo de salud mental en casos de crisis de los pacientes con trastornos en la salud mental, ni para el abordaje de los mismos. Tampoco presentan material bibliográfico referido a la temática.

IV. *Resultados de la prueba piloto del instrumento.*

La prueba piloto del instrumento fue aplicada en un total de 10 enfermeros que realizaron cuidados asistenciales en las salas 1 y 3, pero que en la actualidad se desenvuelven en otras áreas. Durante la aplicación del instrumento, no se generaron elementos de confusión, los ítems resultaron claros, comprensibles y de fácil puntuación, para la población de estudio. Las preguntas fueron interpretadas adecuadamente por los mismos.

El tiempo establecido para responder el cuestionario fue respetado, concluyendo antes de los 20 minutos pactados.

Bibliografía

- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Alarcón. (2017). Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Rev. Med. Clin. Condes*, 818-825. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301414>
- Alarcón, R. (2017). Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Rev. Med. Clin. Condes*, 818-825. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301414>.
- Avendaño, E., & Berlanga Adell, Á. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bolívar, E., & Villanueva, A. (2015). Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General. *Rev Neuropsiquiatr*, 165-171. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3153>.
- Bolívar-Paredes, E., & Villanueva-Ruska, A. (2015). Validación y confiabilidad del cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General. *Rev Neuropsiquiatría*, 165-171.
- Campo Arias, Oviedo, & Herazo. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 162-167. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- Ceriani, L., & Kaski, F. (2018). Producción de subjetividad. Perspectivas desde la salud mental. *Rev Soberanía sanitaria*, 34-77.
- Corrigan. (2002). Comprender el impacto del estigma en personas con enfermedades mentales. *Psiquiatría mundial*, 16-20.
- Corrigan, P. W. (2016). Lecciones aprendidas de las consecuencias no deseadas sobre la eliminación del estigma de la enfermedad mental. *Psiquiatría mundial*, 67-73. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/20515545>
- Corrigan, P., Michaels, P., Vega, E., Gause, M., Watson, A., & Rüş. (2012). Escala de autoestigma de las enfermedades mentales: forma corta: confiabilidad y validez. *Psiquiatría de Investigación*, 9-65.

- Corrigan, W. P. (2018). El estigma percibido del proveedor como un predictor del estigma y la falta de poder internalizados de los usuarios de servicios de salud mental. *Elseiver*, 526-531.
- Crisp, A. (2001). La tendencia a estigmatizar. *El diario británico de psiquiatría*, 197-199.
- Dragy. (2015). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Forense*, 3-4.
- Figueroba. (15 de 05 de 2018). *Psicología y mente*. Obtenido de Teorías de la atribución causal: definición y autores: <https://psicologiymente.com/social/teorias-atribucion>
- Galvis. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid*, 1108-20.
- Goffman. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.
- González Fernández , R., Lozano Maneiro, B., & Castien Maestro, J. (2008). *Psicosociología del estigma*. España: Universitas Editorial.
- Grandón Fernandez, P., Cova Solar, F., Saldivia Bórquez , S., & Bustos Navarrete, C. (2015). Análisis psicométrico y adaptación de la Escala de Distancia Social (DS) en una muestra chilena. *Salud Mental*, 117-122. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58239238006>.
- Haghighat. (2001). Una teoría unitaria de la estigmatización: búsqueda del interés propio y rutas hacia la desestigmatización. *Br J Psiquiatría*, 207-15.
- Hernández Cortina, A. &. (2011). Bases teóricas del estigma, aproximación en el cuidado de personas con herpes genital. *Index de Enfermería*, 174-178.
- Ley Nacional de Salud Mental , N° 26.657 (Argentina 03 de 12 de 2010).
- Link , B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizar el estigma. *Revisión anual de sociología*, 363-385 .
- Manassero Mas, M. V. (1995). La atribución causal como determinante de las expectativas. *Psicothema*, 361-376.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (10 de 10 de 2018). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de Derribando mitos sobre Salud Mental: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/derribando-mitos-sobre-salud-mental>
- Morales Domínguez , F., Huici Casal, C., Gómez Jiménez, Á., & Gaviria, E. (2008). *Método, teoría e investigación en psicología social*. Madrid : Pearson Educación .

- Mora-Ríos, J. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 303-312. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231853004>
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental*. Madrid: Complutense.
- Peregrino, & Rogers. (2005). Los psiquiatras como ingenieros sociales: un estudio de una campaña anti-estigma. *Soc Sci Med*, 2546-56.
- Polanco, Cajigas, Rivera, Varas, Santos, & Rosario. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 250-263. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742473003>.
- Raile Alligood . (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elseiver.
- Rangaswamy Srinivasa Murthy, e. a. (2001). *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Sadag. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Salazar Gámez, A., Romero García, M., Pérez Moreno, J. J., & Amuedo. (20 de 11 de 2015). *MODELO DE LA RECUPERACION EN SALUD MENTAL*. Obtenido de Biblioteca Las Casas. Fundación Index: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0832.pdf>
- Sánchez Moreno, E. (2018). Sociología y enfermedad mental: reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*, 35-58. Obtenido de <<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/704/1287>>.
- Sánchez Sánchez, F., López de Lemus Sarmiento, M., & Moreno Herrero, A. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psy. Soc. & Educ*, 17-26. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360190>
- Sayols, Ballester, Gelaber, Fuentes, Rascón, & Villanueva. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. 7-15. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6146013>
- Suárez, C. (1982). Los procesos de atribución causal. *Estudios de psicología*, 34-45. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65856>
- Tapia, M., Castro, L., Manchego, S., & Poblete, M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 53-58. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es.

Trimboli, A. (02 de 11 de 2017). *World federation for mental health* . Obtenido de World Congress – New Delhi: <https://wfmh.global/past-events/2017-world-congress-new-delhi/>

Vallecillo Chaves, N. (2016). *Una aproximación psicométrica para la validación de la escala Attribution Questionnaire-27 sobre estigma social hacia las personas con enfermedad mental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Vaquero , C., Escudero, M., Cebollero, M., Ureña, E., & Saiz, J. (2014). Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. *Rehabilitación Psicosocial*, 1-8. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/282315358_Mental_illness_and_stigma_in_young_people_A_study_qualitative.

Vicario Cañas, A., & De La Villa Moral Jiménez, M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud & Sociedad*, 254-269. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439749582002>.

Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Actitudes y decisiones de los agentes de policía sobre las personas con enfermedades mentales. *Psychiatr Serv*, 49-53. Obtenido de <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.1.49>.

Weiner, B. (1985). Una teoría atribucional de la motivación de logro y la emoción. *Psychological Review*, 548-573.

World Federation for mental health . (02 de 11 de 2017). *Congreso Mundial 2017*. Obtenido de World Federation for mental health: <https://wfmh.global/past-events/2017-world-congress-new-delhi/>