



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

**Memòria del Treball de Fi de Grau**

**¿Existe estigmatización por parte de los  
profesionales de la salud en el trato a los  
enfermos con trastornos mentales graves y  
cuál es su impacto?**

Margalida Clara Crespí Mas

**Grado de Enfermería**

Any acadèmic 2018-19

DNI del alumno: 41616825G

Treball tutelat per Andreu Bover Bover  
Departamento de Enfermeria

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: Estigma, trastorno mental grave, profesionales de la salud

## Contenido

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Objetivos del trabajo .....	9
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	9
Discusión y resultados.....	11
Conclusiones .....	20
Bibliografía .....	21

## Resumen

Introducción: El estigma es un fenómeno sociocultural asociado comúnmente a aquellos individuos indeseables. Éste se presenta en todos los ámbitos de la sociedad, incluidos los centros sanitarios. Concretamente la estigmatización producida por los profesionales de la salud se presenta hacia varias enfermedades, aunque en este estudio se estudiará el estigma hacia los trastornos mentales graves.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar si existe estigmatización por parte de los profesionales de la salud (de todos los ámbitos) hacia los trastornos mentales graves, y exponer el impacto que esta pueda tener.

Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda en las bases de datos EBSCOhost, Dialnet y Elsevier, y a través de bola de nieve obteniendo 27 artículos relevantes para responder a la pregunta de investigación.

Resultados y discusión: La búsqueda bibliográfica evidencia la prevalencia de estigma hacia los trastornos mentales graves dentro de la asistencia sanitaria, esta difiere en cuanto a edad, nivel de educación y contacto con los trastornos mentales graves. El impacto de la estigmatización es evidente cursando como una barrera de acceso a la salud, mermando la calidad asistencial y suponiendo un riesgo para la salud del usuario.

Conclusiones: Es necesaria la concienciación del personal sanitario sobre la urgencia de formación en el campo de la salud mental para así poder ofrecer un servicio asistencial de calidad y humanizado, siendo la salud del paciente y su bienestar el objetivo principal.

**Palabras clave:** Estigmatización, trastorno mental grave, profesionales de la salud

## Introducción

A pesar de los avances y los numerosos estudios realizados en el campo de la psiquiatría gracias al auge de los diagnósticos psiquiátricos en los últimos años, el estigma hacia la enfermedad mental sigue vigente. Tanto en mis prácticas de enfermería o en mi día a día personal, he podido observar como las personas diagnosticadas por un trastorno mental grave eran reticentes a aceptar su condición debido a las connotaciones negativas que le son asociadas socioculturalmente; de igual manera, he presenciado discriminación hacia ellos en el ámbito sanitario, dando por hecho que el motivo de consulta/ingreso es consecuencia de la enfermedad mental aun tratándose de una manifestación somática completamente alejada de la salud mental.

Por tanto, tanto como para la salud pública como para garantizar los derechos humanos a toda la sociedad, es necesario trabajar en la desestigmatización del paciente psiquiátrico para mejorar su calidad de vida y su acceso a la salud. En este proceso, entendemos que el profesional sanitario juega un papel fundamental, al tener a su alcance la educación sanitaria de la comunidad excluyente, y la atención a la salud de los sujetos excluidos por ser meramente portadores de la etiqueta de un diagnóstico psiquiátrico.

Es por eso que veo necesario llevar a cabo una revisión bibliográfica para estudiar si existe estigmatización por parte de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con trastornos psiquiátricos graves, ya que, de ser así, es necesario evidenciarlo para despertar la conciencia dentro del colectivo sanitario de la falta de formación en este ámbito y la necesidad de prestar una atención integral y humanizada como agentes de salud.

De tal manera la OMS integra la importancia de luchar contra el estigma de la salud mental en su *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-20<sup>1</sup>*, manifestando que la estigmatización y la discriminación hacia los trastornos mentales causan la constante violación de los derechos humanos de estos pacientes, negándoseles derechos básicos como el trabajo o la educación, así como el derecho a gozar del grado más alto posible en salud. Cita los centros sanitarios como instituciones en las que, en algunos casos, tienen lugar técnicas terapéuticas degradantes y nocivas, así como la falta de atención. También hacer referencia a la negación de derechos civiles y políticos, como el derecho a ejercer su capacidad jurídica en el tratamiento y la atención. La OMS concluye:

*Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. (Plan de acción integral sobre salud mental 2013-20).*<sup>1</sup>

### 1.1 El estigma como concepto

El estigma es un fenómeno sociocultural que se desarrolla en diversos campos. Proviene de la palabra del latín *stigma*, usada en la antigua Grecia y Roma para designar las marcas hechas con hierro candente o los tatuajes que portaban los esclavos o delincuentes para ser identificados y consecuentemente evitados, especialmente en lugares públicos. Aun así, el término no siempre ha poseído concepciones negativas, en siglos posteriores, concretamente en el cristianismo, se usó para designar marcas de “gracia divina” manifestadas como erupciones en la piel en algunos santos.<sup>2,3</sup>

Con el paso de los siglos su uso ha ido variando siendo actualmente usada como “marca de desgracia”, de “mala fama”. Por tanto, un estigma se refiere a un atributo desacreditador, denigrante, que etiqueta a una persona como inferior al resto, portador de un atributo, rasgo o comportamiento “culturalmente inaceptable”, que conlleva culpabilidad, humillación y vergüenza para la persona a la que pertenece.<sup>4</sup>

Por ende, el estigma es un producto socialmente construido. Se adjudican estereotipos negativos (la faceta cognitiva del estigma) a través de las estructuras de pensamiento adquiridas por la mayoría de los miembros de una sociedad, generalizando ciertas características en un grupo concreto de personas y determinando un patrón de comportamiento alejado del contexto. A pesar de ello, se puede tener conocimiento de un estereotipo y estar en desacuerdo con él. Por ejemplo, aunque una persona sepa que existe el estereotipo de que los enfermos mentales son peligrosos puede no aplicarlo y no juzgar a una persona con esquizofrenia antes de tener contacto con ella. A partir del momento en que se juzga y se aplica el estereotipo negativo, se está emitiendo un prejuicio. A su vez, puede tener lugar la discriminación, que serían todos aquellos comportamientos diferenciales por ese atributo “indeseable”.<sup>2</sup>

En *Estigma: la identidad deteriorada* (1963), Goffman determina el origen de los procesos de estigmatización. El autor señala que surgen por la discrepancia entre la “identidad social vital” (el carácter que atribuimos a alguien categorizándolo según las

normas culturales) y la “identidad social real”, que son los verdaderos atributos de la persona.

### 1.1 El estigma y la salud

El estigma puede ser adjudicado a los individuos o grupos, ya sea en motivo de salud (tener una enfermedad específica, como ETS, TBC, obesidad, etc.) o por diferencias no sanitarias (identidad de género, nacionalidad, pobreza, color y tono de piel, vivir en lugares marginales, orientación sexual, etc), pudiendo ser estas diferencias reales o percibidas. <sup>5</sup>

El estigma relacionado con la condición sanitaria es aquél referido a vivir con una enfermedad o condición de salud específica, esto puede afectar a todas las áreas de la vida diaria, pero sobre todo el estigma llevado a cabo en los centros sanitarios es particularmente terrible, afectando negativamente a los individuos que buscan asistencia sanitaria, llegándose a manifestar a través de abusos físicos y verbales, negación absoluta de la atención, atención precaria, hasta formas más leves como pueden ser un tiempo más largo de espera o que adjudiquen el cuidado del individuo estigmatizado a otros profesionales. Por tanto, este hecho convierte el estigma en una barrera de acceso a la salud. <sup>5,6</sup>

La literatura evidencia<sup>2,5</sup> que el estigma producido dentro del sistema sanitario dificulta el acceso al diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de los problemas de salud. A su vez también repercute en los personales sanitarios ya que éstos también pueden ser objetos de estigmatización, llegando a ocultar sus diagnósticos a los compañeros y ser reticentes a realizar su trabajo y a recibir atención sanitaria por miedo a la discriminación.

Al ser un estigma una construcción sociocultural, es innegable que depende del contexto. Por esto, este tipo es estigmas por enfermedades específicas también muestran características comunes en todos los países y condiciones. Las afecciones médicas más estigmatizadas /estudiadas son el VIH, tuberculosis, lepra, epilepsia y la discapacidad, y en bastantes ocasiones los sujetos pueden recibir más de un tipo de estigma (ej. El estigma de uso de sustancias más el de epilepsia).<sup>5</sup> Aunque, en este artículo nos enfocaremos en el estigma de los trastornos mentales graves llevado a cabo por los profesionales de la salud en general.

## 1.2 Trastorno mental grave

La quinta edición del Manual Diagnóstico de los trastornos mentales (Asociación americana de psiquiatría, 2013) define las enfermedades consideradas trastornos mentales graves (TMG) todos los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), Incluye la esquizofrenia, ansiedad, trastornos afectivos, los trastornos de alimentación y los trastornos de personalidad. Se sugiere que los TMG son causadas por trastornos biológicos. La genética o factores de riesgo no genéticos (como abuso de sustancias durante el embarazo) han sido identificados como agentes causales. Estos, se sitúan como indicadores de vulnerabilidad que sumados a factores ambientales (ej. estrés, traumas) llevan a la enfermedad en sí misma.<sup>7</sup>

Las disfunciones que surgen de una enfermedad mental grave pueden tener un impacto en las cuatro esferas de la psicología<sup>7</sup>: percepción y cognición; funcionamiento interpersonal; afecto; motivación y comportamiento. El afecto incluye distrés y depresión, rumiación excesiva, anhedonia, tristeza intensa y estado vegetativo. La euforia es lo contrario, la manía, sensación abrumadora de bienestar intenso y de omnipotencia. Los síntomas afectivos pueden tener una forma de presentación de “desorganización” en la persona, cambios de humor o afecto aplanado. Los problemas cognitivos y perceptivos incluyen delirios y alucinaciones. También se pueden dar pensamientos obsesivos y compulsividad. Los TMG incluyen la presentación de síntomas positivos y negativos, un patrón de relaciones alterado, y pueden llevar a un comportamiento inapropiado al contexto, afectando la asertividad y la resolución de problemas.<sup>7</sup>

## 1.3 Evolución histórica de la salud mental

Históricamente, los trastornos de salud mental han sido objeto de discriminación y exclusión del grupo. Ya en el antiguo testamento se cita la locura como pérdida de la razón como un castigo divino. En la antigüedad, se relacionaban con causas sobrenaturales, las sociedades más avanzadas las asociaban a los dioses (las convulsiones eran consideradas la “enfermedad divina” ya que se pensaba que eran representaciones de los dioses), las más primitivas a los demonios, lo que daba lugar a la práctica de trepanaciones craneanas con la finalidad de realizar algún tipo de exorcismo<sup>3</sup>.

Con el paso de los años, en la antigüedad clásica, la concepción fue adoptando un carácter más naturalista, en la que se veía al cerebro como causante de la enfermedad. Los griegos veían la enfermedad como un desequilibrio de los humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla, flemas), por lo que los tratamientos se basaban en purgas y sangrías<sup>3</sup>. Éstos fueron los primeros en citar el término *stigma* como marca de aquellos individuos potencialmente peligrosos.

Con el cristianismo<sup>4</sup> hubo una etapa de “retroceso”, resurgió entre los médicos cristianos la interpretación de la enfermedad como posesión demoníaca, que lejos de ser tratada por un médico debía serlo por un sacerdote. Se desvinculaba de todos los estudios greco-romanos negando cualquier explicación científica de la enfermedad<sup>4</sup>. El “loco” (término derivado de la supuesta influencia de la Luna en el origen de la enfermedad mental) ronda por las calles asimilándose en algunas ocasiones, al bufón, cosa que lo alejaba de las preocupaciones de la salud pública.

Contrariamente, en el islam se aceptaba en los hospitales a los enfermos mentales teniendo incluso áreas específicas dentro de las instituciones. Aún así, como en occidente, la enfermedad mental se mantenía en el ámbito doméstico y familiar.

A partir del S. XIII se fundan los primeros hospitales con plantas psiquiátricas en Europa, por su parte el primer hospital psiquiátrico se inauguró en España en 1409 gracias a la influencia de la medicina árabe<sup>4</sup>.

El Renacimiento fue una de las épocas más nefastas para la salud mental. Se pasó a considerar que la enfermedad mental era un pacto con el diablo, responsabilizando al individuo. Por ende, las prácticas se radicalizaron, incluso se podía llegar a la muerte quemando vivas a las personas (acto de piedad cristiana para “liberar el alma”).

En los S. XVIII y XIX<sup>4</sup> ya no eran quemados en la hoguera aunque vivían en condiciones de aislamiento y desprecio. Los enfermos mentales eran internalizados en asilos, en los cuales podían ser confinados indefinidamente. En estos asilos se encontraban otras categorías sociales estigmatizadas como prostitutas, homosexuales y enfermos crónicos. Aún tener pésimas condiciones supusieron la incorporación de las enfermedades mentales como temas competentes a la medicina, y por tanto, a la Salud Pública. Los estudiosos acudían a ellos para conocer más de cerca la psiquiatría.



Posteriormente, gracias al médico francés Philippe Pinel, la sociedad empezó a ver a los enfermos sociales como seres humanos con derecho a recibir una atención estándar. Pinel llamó a su labor “tratamiento moral” y clasificó las enfermedades mentales explicándolas en términos de herencia e influencias contextuales. Por este motivo, el estudioso es considerado por muchos el padre de la psiquiatría.<sup>3,4</sup> En el S. XX se desarrollaron los criterios clínicos de diagnóstico y las clasificaciones internacionales. Se introdujeron los psicofármacos (también el electroshock) significando una revolución en el campo de la salud mental y el número de pacientes internalizados en psiquiátricos disminuyó considerablemente.<sup>4</sup>

Actualmente entendemos las enfermedades mentales en un contexto biopsicosocial<sup>2</sup>, el tratamiento de las cuales demanda un acercamiento multidisciplinario (psicología, sociología, biología, antropología) integrada ya en el sistema sanitario actual. Existiendo especialidades médicas y de otros ámbitos asistenciales enfocadas al cuidado de dichos usuarios.

### Objetivos del trabajo

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

#### Objetivo general

- Determinar si existe estigmatización por parte del personal sanitario hacia los pacientes con trastorno mental grave y su impacto

#### Objetivos específicos

1. Estudiar el estigma de los profesionales sanitarios y sus factores moduladores hacia los trastornos mentales graves.
2. Analizar el impacto de la estigmatización por parte del personal sanitario a los pacientes con trastornos mentales graves.

### Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para realizar la estrategia de búsqueda bibliográfica el primer paso fue desarrollar la pregunta de investigación, la cual es “¿Existe estigmatización por parte de los profesionales de la salud en el trato a los enfermos con trastorno mental grave y cuál es su impacto?”. A través de la pregunta se extrajeron las palabras clave (Estigma, trastornos psiquiátricos graves, profesionales de la salud) teniendo en cuenta cuales eran los términos más relevantes para la realización del estudio.

Una vez establecida la pregunta se fijaron los objetivos, generales y específicos, a los que el siguiente artículo pretende responder.

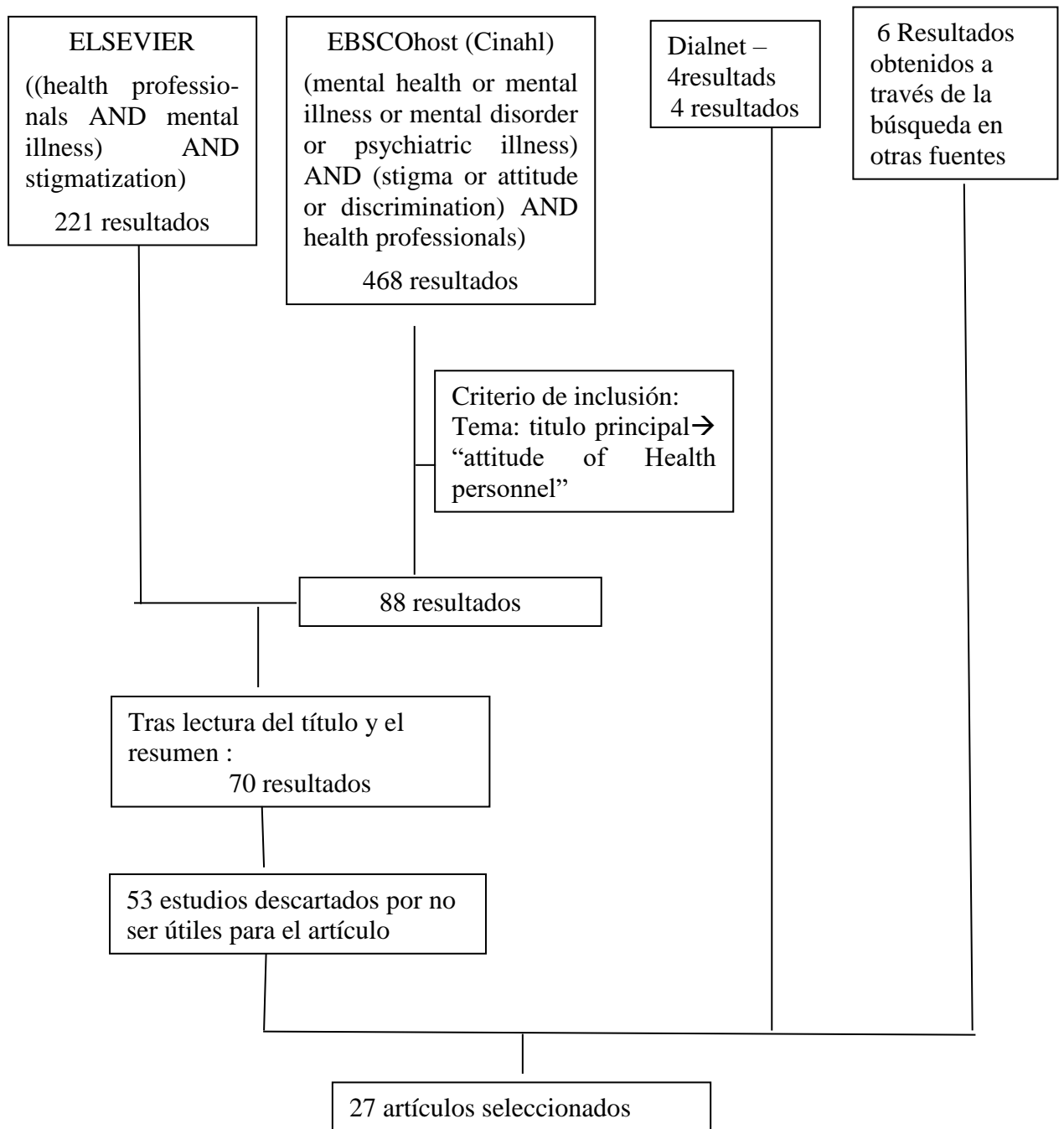
A partir de ahí, se llevó a cabo un diseño de búsqueda bibliográfica. Para realizarla se tradujeron las palabras clave al lenguaje documental mediante el DeCS, aunque dichas palabras no tenían traducción específica en el programa. Ante ello, se tradujo dichos términos al inglés y se realizó la búsqueda también de sus sinónimos.

Las bases de datos utilizadas han sido: EBSCO host, Elsevier, y Dialnet. Además, se ha procedido a búsquedas mediante bola de nieve a través de la bibliografía considerada relevante para el objeto de estudio.

Una vez seleccionas las bases de datos se realizó la búsqueda mediante operadores booleanos, excluyendo los resultados de aquellos estudios realizados con más de diez años de anterioridad (excepto dos artículos utilizados para el desarrollo histórico de la enfermedad mental) y texto completo no disponible.

En el estudio se incluyen varias revisiones sistemáticas, aunque durante la lectura de éstas se han excluido todos los resultados referentes a artículos que no cumplieran con el criterio de inclusión (menos de 10 años de anterioridad), teniendo en cuenta que el factor estudiado está en constante cambio al tratarse de un fenómeno sociocultural.

Las áreas de conocimiento que pretende abarcar este trabajo incluyen las ciencias de la salud y las ciencias sociales.



## Discusión y resultados

Objetivo 1: Estudiar el estigma de los profesionales sanitarios y sus factores moduladores hacia los trastornos mentales graves

Todos los estudios analizados han concluido la existencia de actitudes negativas por parte de los profesionales hacia los pacientes con trastorno mental.

La estigmatización se produce en múltiples niveles y en todas las áreas de las instituciones debido a que están impregnadas de igual manera por el contexto histórico-social.<sup>8-10</sup> Su origen no se debe solamente a una educación limitada por carencias socio-económicas, existe un carácter subjetivo e íntimo resultado de influencias ambientales de origen socio-familiar, grupal u ocupacional. Las actitudes más negativas se dirigen a los pacientes objetos de esta revisión, los trastornos mentales graves, es raro que se dirijan a los pacientes con síntomas leves.<sup>9</sup> Tras la lectura de los estudios se han extraído diversas variables de estigmatización, ya sea por parte de los profesionales o por parte del paciente, que hacen que éste se presente en menor o mayor grado. A continuación, se desarrollarán los resultados extraídos de la bibliografía revisada, clasificando la información según los factores moduladores.

- Peligrosidad, imprevisibilidad, distancia social y mala evolución de la enfermedad

La creencia por parte de los profesionales sanitarios de que las personas diagnosticadas con trastorno mental grave son más peligrosas e impredecibles que la sociedad en general es común en diversos estudios<sup>11</sup>. Por su parte, en un estudio realizado en el Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria<sup>12</sup>, un 43% de 160 los encuestados(enfermeras, auxiliares y médicos) refirieron asociar la enfermedad mental con mayor violencia que la del resto de la población, y un 54% que son más impredecibles. Un porcentaje mayor (71%) declaró sentir incomodidad al tener que tratar a un paciente con estos diagnósticos, 30% experimentar sentimientos distintos que con el resto de enfermedad, 21% temor, 5% rechazo y un 40% temor. A su vez, de todos los estudios obtenidos, uno de los que recoge mayor porcentaje de estigmatización es un estudio realizado en China<sup>13</sup> que estudió específicamente el estigma producido dentro de los centros de atención primaria y en los centros de atención a la salud mental rurales. La mayoría (70%) tenían una actitud negativa y pesimista hacia estos pacientes. Estas actitudes se ven traducidas en distanciamiento social hacía estas personas y a sus familiares, expresan que las personas con este tipo de enfermedades no pueden contribuir a la sociedad y son una carga para la comunidad, por lo que deben ser aisladas. Estas actitudes se contraponen a las mostradas en un estado diferente de China en el que hay más abastecimiento de servicios de salud mental y con mayor trayectoria,

en éste, las declaraciones de los profesionales admiten la posibilidad de controlar la enfermedad y la mayoría niega que sean más violentos.<sup>13</sup> Coincidiendo con estas actitudes encontramos también un estudio realizado en Brasil en el que se cita los adjetivos de “extraño” e “imprevisible” como los más usados por los profesionales psiquiátricos para describir a este grupo de pacientes, así como también el deseo de mantener un mayor distanciamiento social hacía ellos.<sup>14,15</sup>

- Desacreditación y faltas de respeto

Las críticas, regaños, burlas, provocaciones, el uso de apodosos fueron las prácticas más comunes llevados a cabo por las fuentes de estigma.<sup>6,16,17</sup> En este punto se encontraron diversos estudios en los que las personas con trastorno mental grave afirman sentirse devaluados, deshumanizados y desacreditados por muchos profesionales de la salud mental.<sup>8</sup> Estos pacientes comúnmente no son tomados en serio en los servicios de salud, son objeto de paternalismo, mayor tiempo de espera, reciben menos información sobre sus dolencias y son mencionados a través de un lenguaje estigmatizante.<sup>8,18</sup> En este sentido, se halló un estudio que analiza específicamente el lenguaje estigmatizante hacía los trastornos mentales<sup>19</sup>, no encontró diferencias entre los grupos de profesionales de salud mental a los que no respecto al uso de ese tipo de lenguaje, aunque sí se encontró que los psiquiatras tenían menos actitudes de estigmatización que otros trabajadores de salud mental. Las expresiones “demente” y “enfermo mental” fueron identificados como las expresiones más estigmatizantes, “problemas de salud mental” y “trastorno psiquiátrico” fueron identificadas como las menos estigmatizantes. Por su parte “chiflado” y “lunático” fueran consideradas las más humillantes.<sup>19</sup> Además, los propios trabajadores de salud declaran haberse percatado de que el estigma asociado a la enfermedad mental es más fuerte que el de la enfermedad física e incluso relatan haber presenciado situaciones en las que los trabajadores no entienden la diferencia entre estrés y enfermedad mental, o no la entienden como una enfermedad propiamente dicha (“hay algunas personas que en varias ocasiones están de baja por enfermedad por estrés, me pregunto si la gente piensa tal vez que sea del todo necesario”).<sup>10</sup>

- Moduladores:

Diagnóstico

Cada etiqueta diagnóstica puede dar pie a diferentes formas de manifestación del estigma, éste presenta una relación directa con la seriedad del trastorno.<sup>6</sup>

La esquizofrenia es considerada la enfermedad más grave y de peor evolución por lo que es la más estigmatizada de acuerdo con otros estudios<sup>9</sup>; por detrás irían otros tipos de psicosis, la depresión y el trastorno bipolar, siendo todos ellos trastornos mentales graves.<sup>12,20</sup> De todas las enfermedades mentales la esquizofrenia es la que se asocia más con estereotipos negativos. Posiblemente es debido a las presentaciones extrañas e impredecibles de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y a una falta de conocimientos sobre salud mental del personal que puede tener una exposición limitada a esta baja prevalencia. Es la enfermedad que recibe más estigma tras el trastorno por abuso de sustancias (la cual no entra en el presente estudio por no tratarse de un trastorno mental grave), esto hace objeto de doble estigmatización al paciente con patología dual (enfermedad mental más abuso de sustancias).<sup>11</sup> De acuerdo también con todo ello, otro artículo hallado afirma que los cuadros psicóticos (esquizofrénicos o bipolares) generan un mayor rechazo; este puede ser menor en cuadros afectivos.<sup>6</sup>

#### Edad y experiencia

La edad sería un factor modulador respecto al estigma producido por parte del profesional, así como la experiencia.

Un estudio brasileño<sup>21</sup> clasificó los psiquiatras encuestados en tres grupos, los psiquiatras “sin estigma” que presentaron más estereotipos positivos que los otros dos eran en su mayoría el grupo con personas de mayor edad, éstos mostraron mayor desacuerdo con las restricciones (ej. ingreso involuntario, distanciamiento social) y manifestaron mejor percepción del estigma producido en la sociedad en general. Por otra parte, los del grupo “estigma discreto” (que presentaron tanto estereotipos positivos como negativos) eran el grupo más joven, eran los que mostraron niveles más altos de prejuicio, aunque a su vez mostraron el nivel más bajo de distancia social. El tercer grupo, nombrado como “gran estigma” (31-40 años con 5-10 años de experiencia), mostró el nivel más alto de distancia social y más estereotipos negativos. Así, podemos inferir que a mayor edad del profesional menos actitudes estigmatizantes, ya que se tienen más años de experiencia.

Los participantes describen un cambio en sus actitudes resultado de sus experiencias previas, relativas a familia o amigos, las cuáles contribuyen a la empatía hacia las personas con enfermedades mentales y a disipar los prejuicios y estereotipos sobre los trastornos de salud mental.<sup>10</sup> Se trata de un estudio cualitativo que recoge y parafrasea las opiniones de diversos trabajadores sanitarios, tanto del campo de la salud mental

como los que no. Relataron un cambio de actitudes debido a tener experiencias relativas a la salud mental concibiendo un concepto diferente, menos estigmatizado y más acorde con la realidad. El desarrollo de una actitud más positiva después de estas experiencias es consistente con la hipótesis de contacto intergrupar (Allport, 1964). Así es que las actitudes negativas pueden asociarse a un menor contacto personal con enfermos psiquiátricos, y podemos extraer que el estigma se reduce con la edad. De acuerdo también con otro estudio realizado en un hospital general<sup>6</sup>, el estigma es mayor en adolescentes, adultos jóvenes y adultos en edad media de vida. Se contrapone a esto el estudio realizado en Gran Canaria<sup>12</sup>, el cual considera factores de riesgo para estigmatizar al paciente tener mayor edad (a parte de un menor nivel de estudios).

Cabe decir que también se encuentran estudios que no coinciden con la “hipótesis de contacto”<sup>22,23</sup>.

Aunque no exista un acuerdo absoluto en todos los estudios, todos afirman que el contacto personal y experiencias previas con personas del entorno cercano que padecen un trastorno mental reducen la presencia de estigma en el profesional, y la mayoría de ellos que a mayor edad del profesional sanitario menos estigmatización.

### Género

En un estudio realizado en Puerto Rico los resultados no revelan diferencias significativas entre el género y actitudes negativas, prejuicios, o adjudicación de problemas de autosuficiencia, pero sí en la categoría de distanciamiento social en la que los hombres presentaban más que las mujeres.<sup>24</sup> Otro estudio hallado menciona también la variable de género, afirmando que es más evidente en el sexo masculino que en el femenino, asociando ser mujer con mejores actitudes<sup>6,23</sup> En otros estudios no se encontraron diferencias significativas en cuanto a género.<sup>22</sup>

Estos estudios estudiarían la variable de género dentro del estigma producido por los profesionales, en cambio, en *Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la salud mental*<sup>25</sup> se trata la variable de género como condición que influye en el estigma recibido por el/la paciente. Analiza la situación desde una perspectiva de género, añade la condición de ser mujer como un factor que duplica la posibilidad de ser desacreditada. Es interesante mencionar el relato citado en el artículo de una mujer que durante una intervención grupal rememora un abuso sexual que no denunció porque la trabajadora social no la creyó, ahí vemos la peligrosidad de la suma de la condición de género más enfermedad mental. También cabría añadir el hecho que

las mujeres son frecuentemente más culpabilizadas de sus dolencias, como cuando tienen abuso de sustancias o son víctimas de violencia de pareja, “sus quejas no se consideran confiables por una cuestión de género”.<sup>25</sup> Aquí vemos una vez más, el hecho de ser mujer como DSS presentándose como un factor que vulnerabiliza doblemente a la persona.

#### Factores territoriales y socioeconómicos

Un estudio realizado solamente a enfermeras de cinco países diferentes asocia mayores actitudes positivas con tener un posición social mayor y demuestra que las actitudes difieren según el país de estudio.<sup>23</sup> A lo largo de la búsqueda y lectura de la bibliografía se puede afirmar que los niveles de estigma varían según el territorio aunque se presentan en todas las áreas estudiadas, por otra parte no vemos aceptable extrapolar el resultado de la posición social ya que es el único estudio que lo incluye como determinante.

#### Nivel educativo y puesto de trabajo

Son factores protectores del distanciamiento social y la creencia de una evolución tórpida de la enfermedad ser médico y contar con estudios universitarios.<sup>12</sup>

Por su parte, un estudio realizado en Puerto Rico<sup>24</sup> evidenció que los médicos obtenían mayor nivel de estigma que los trabajadores sociales y estos, a su vez que los psicólogos clínicos encuestados. A su vez, podemos afirmar que los psiquiatras también presentan mayor estigmatización que la población en general de acuerdo con un estudio realizado a psiquiatras brasileños<sup>14</sup>, el cual, sorprendentemente detectó que estos presentaban un estigma más alto que la población en general. Resulta llamativo el resultado de dicho estudio ya que es el único revisado que demuestra más estigmatización por parte de los psiquiatras, resulta contradictorio ya que como anteriormente hemos afirmado, la experiencia y el contacto con este tipo de pacientes disminuye el estigma.

Linden y Kavanagh<sup>15</sup> estudiaron las actitudes sostenidas por los estudiantes y enfermeras profesionales de la salud mental hacía los pacientes con esquizofrenia, demostrando que las enfermeras sostienen mejores actitudes que los estudiantes y las que estaban trabajando en un entorno hospitalario tenían actitudes más restrictivas socialmente.



Las enfermeras, en comparación con los psiquiatras, reportaron un mayor estigma general hacia los pacientes con enfermedades mentales y tienen más probabilidades de evitarlos socialmente.<sup>11</sup>

En el estudio cualitativo realizado a los propios profesionales de salud<sup>10</sup>, todos los profesionales declararon que si algún compañero con enfermedad mental les comunicaba su decisión de trabajar aún con el diagnóstico le apoyarían. Concretamente los del área específica de salud mental coincidieron en que la estigmatización se ha reducido con los años y que en sus áreas es menos prevalente que en las otras.<sup>10</sup>

Todo lo mencionado anteriormente se ve en entredicho tomando en cuenta un estudio italiano<sup>22</sup> realizado a través de cuestionarios CAMI-I (*Community Attitudes Mentally III*) realizado con el objetivo de describir las actitudes de las enfermeras psiquiátricas y los profesionales de la salud mental de diferentes niveles de atención de un centro de un área de atención italiana: Planta psiquiátrica, atención domiciliaria mental y pacientes ambulatorios, hospital de día psiquiátrico, y residencias psiquiátricas; los trabajadores encuestados fueron enfermeros, trabajadores sociales, educadores sociales y auxiliares. Se obtuvieron datos significativos al comparar las respuestas para cada factor de CAMI-i (los cuales eran benevolencia, actitudes autoritarias y restricción social). Llama la atención en este estudio en concreto que todo el personal mostró actitudes positivas hacia la enfermedad mental (no deben ser vistos como una amenaza, ni inferiores ni ser manipulados). Las diferencias entre servicios fueron que el estigma era mayor en la planta psiquiátrica, mientras que en hospital de día menor<sup>22</sup>, cabe mencionar que la gravedad de los pacientes no es la misma en estas áreas y la complejidad de los pacientes es más elevada en planta al tratarse de pacientes en fase aguda lo que puede contribuir al cansancio profesional. Cabe tener en cuenta que dicho estudio ha estudiado únicamente servicios de psiquiatría, parece relevante destacar que es el único que ha encontrado más actitudes positivas que negativas, lo que podría estar asociado a que una mayor información y formación en salud mental reduce las probabilidades de presentación de estigma, de acuerdo con el estudio de Knaak<sup>8</sup> que menciona que el entrenamiento y habilidades inadecuadas están asociadas con la estigmatización (distancia social, miedo,) lo que lleva a un tratamiento menos efectivo y resultados más pobres.

Por otra parte, coincidiendo con el estudio de Giandinoto (2018)<sup>11</sup>, las enfermeras italianas<sup>22</sup> mostraron menos actitudes positivas que otros profesionales. Esto puede ser

debido a que las enfermeras están más continuamente en contacto con los pacientes agudos tal y como discute el autor.

Objetivo 2: Analizar el impacto de la estigmatización por parte del personal sanitario a los pacientes con trastornos mentales graves

El impacto de la estigmatización dentro de los servicios de salud no puede ser otro que la afectación a la calidad de la atención al usuario, así como la existencia de barreras de la salud.

En este apartado es interesante citar el estudio de Corrigan<sup>7</sup>, desarrollado expresamente para comprender el impacto del estigma en los trastornos mentales graves en la atención sanitaria. Deja en entredicho el sistema, evidenciando que la atención recibida por estos es deficitaria y deshumanizada, se les proporciona menor cantidad de información y se cae muy a menudo en el paternalismo. Un estudio realizado en 2013 examinó la relación entre las decisiones estigma y tratamiento en atención primaria y los médicos psiquiátricos y enfermeras. Los resultados mostraron que los proveedores que respaldaron las ideas estigmatizantes respecto un paciente con una enfermedad mental que presentaba dolor artrítico, fueron menos propensos a transferir la persona para una consulta y fue menos probable que volvieran a prescribir analgésicos al paciente. Esta relación fue demostrada por igual entre la atención primaria y los proveedores de salud mental. Las personas con enfermedades mentales no pueden obtener servicios cuando los proveedores no se los ofrecen o sí lo hacen no lo hacen de acuerdo con las normas<sup>7</sup>.

- Barreras de acceso a la salud

La estigmatización dentro de los centros sanitarios es responsable de barreras tales como retrasos en la búsqueda de ayuda, menor adherencia al tratamiento, relaciones terapéuticas poco óptimas, problemas en la seguridad del paciente y como ya hemos dicho peor atención a la salud física y mental.<sup>8</sup>

También se ha descrito el aislamiento de los pacientes en la unidad de servicio como resultado de la estigmatización por parte del personal profesional y auxiliar, de otros pacientes, y de familiares.<sup>10</sup>

La estigmatización tiene un impacto interno también, sobre los propios profesionales, sobre todo en aquellos que son portadores de un diagnóstico de trastorno mental. Estos son despreciados y tratados como si tuvieran menor inteligencia que el resto, y que el

trabajo en sí no es bueno para las personas con enfermedades mentales. Estos muestran reticencia o se ven desanimados a divulgar su enfermedad mental o a buscar ayuda<sup>1-3</sup>

- Peor atención a la salud

Las enfermedades físicas son tomadas como sintomatología psiquiátrica por parte de los profesionales de la salud<sup>26</sup> y además los enfermos mentales reciben una atención a la salud más deficitaria que los otros usuarios<sup>18</sup>. Así, se afirma en un estudio realizado en Suecia<sup>27</sup> que la prevalencia de enfermedades somáticas en los trastornos mentales graves es más alta que en la población general, esto puede ser debido a lo mencionado anteriormente, que el sistema de salud somática sea incapaz de ofrecer una atención de calidad a ese tipo de pacientes.

Las consecuencias son potencialmente graves. Varios estudios realizados encontraron que a pesar de que la incidencia de enfermedades físicas es mayor en las personas con enfermedades mentales, es un hecho establecido que reciben una atención inferior para enfermedades como la diabetes, el VIH, la obesidad y las enfermedades cardíacas. Esto tiene el potencial de ser una combinación letal que causa la muerte de muchos pacientes de salud mental a partir de afecciones que de otra manera serían manejables.<sup>9,27</sup> También se concluye que el tratamiento hacía los pacientes es incompleto, limitándose muchas veces a la sedación y suponiendo que su vivencia de enfermedad somática es imaginaria y no real.<sup>9</sup> De igual manera el nivel de asistencia proporcionada puede decrecer inconsciente o involuntariamente dando lugar a una mediocre atención, la cual puede llevar a negligencia marcada y falta de atención a las quejas del paciente<sup>6</sup>, lo cual coincidiendo con lo descrito anteriormente, puede tener como consecuencia el empeoramiento del motivo de consulta (agravamiento físico) como del propio trastorno psiquiátrico.

- Autoestigma

La estigmatización recibida contribuye a aumentar la propia estigmatización que tienen los mismos pacientes: el auto-estigma.<sup>8,27</sup> La autoestigmatización de los pacientes y las posibles discapacidades cognitivas (derivadas del tratamiento o de la propia enfermedad), sumada a la falta de conocimiento de salud mental por parte de los médicos son factores individuales que constituyen una barrera importante para obtener atención somática. Los pacientes informaron que la autoestigmatización era una barrera para acceder a la atención médica, describiendo experiencias anteriores de no ser

tomados en serio, lo que en combinación con sus propios pensamientos a veces los llevaba a dudar sobre si los síntomas que presentaban eran reales.<sup>27</sup> El hecho de la autoestigmatización merma la autoestima del paciente consecuentemente su salud mental.

Es importante acabar con el paternalismo respecto a estos pacientes, proporcionarles una mayor información y tratarlos de igual a igual ya que todo esto contribuirá positivamente en su buena evolución de la enfermedad, con mejor adherencia al tratamiento y una mejor relación médico-paciente.

### Conclusiones

Tras el desarrollo de la búsqueda bibliográfica se concluye, sin lugar a dudas, que el personal sanitario juega un papel importante dentro de la estigmatización al paciente psiquiátrico. Se presenta en modo de burlas, faltas de respeto, infravaloración de los sujetos como persona y una atención sanitaria deficiente, se presenta en mayor medida hacia los trastornos esquizofrénicos, bipolares y depresiones. Además, se ha estudiado que existen factores moduladores como la edad (a mayor edad menos estigma), el contacto con personas con trastorno mental grave, y el nivel de educación que reducen o aumentan la posibilidad de que este se presente.

Es importante destacar la importancia de la formación en el área de salud mental en todas las áreas de asistencia sanitaria, ya que no sólo es deber de los servicios de psiquiatría prestar atención a este grupo de pacientes, los pacientes con trastornos mentales graves tienen el mismo derecho a recibir una atención de calidad que las otras personas y por esto es importante hacer difusión de las implicaciones negativas que tiene el estigma sobre ellos.

En pleno S. XXI y en pleno desarrollo tecnológico, como profesionales de la salud no podemos perder de vista el aspecto humano de la sociedad, tenemos que integrar los conocimientos y los avances producidos en el campo de la medicina psiquiátrica y llevarlos a la práctica. Este trabajo va dirigido a la concienciación del personal sanitario, quién muchas veces lleva a cabo actitudes estigmatizantes sin ser consciente de ello y merma así su propia calidad como profesional y la propia calidad asistencial del sistema en general, ya que las actitudes estigmatizantes pueden tener repercusiones mucho más allá de una actitud negativa, se puede acabar con la adherencia al tratamiento del paciente, provocarle empeoramiento de su estado físico y mental, incluso llevarlo a la muerte por infravalorar su salud.

## Bibliografía

1. OMS | Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *WHO*. 2014. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/). Accessed May 23, 2019.
2. Muñoz M. *Estigma y Enfermedad Mental : Análisis Del Rechazo Social Que Sufren Las Personas Con Enfermedad Mental*. Editorial Complutense; 2009.
3. Castro HML. *REVISTA DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL HERMILIO VALDIZAN ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL: UN PUNTO DE VISTA HISTORICO-SOCIAL.*; 2005. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/ESTIGMA-Y-ENFERMEDAD-MENTAL.pdf>. Accessed May 8, 2019.
4. Instituto Nacional de Salud (Peru) O. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol 29. Instituto Nacional de Salud; 2002. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100022](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022). Accessed May 23, 2019.
5. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17(1):25. doi:10.1186/s12916-019-1256-2
6. Alarcón RD. ESTIGMA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(6):818-825. doi:10.1016/j.rmclc.2017.09.001
7. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interes*. 2014;15(2):37-70. doi:10.1177/1529100614531398
8. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manag forum*. 2017;30(2):111-116. doi:10.1177/0840470416679413
9. Alshahrani W. A Literature Review of Healthcare Professionals's Attitudes towards Patients with Mental Illness. *J Med Res Heal Educ*. 2018;2(1). <http://www.imedpub.com/articles/a-literature-review-of-healthcare-professionals-attitudes-towards-patients-with-mental-illness.php?aid=22274>. Accessed March 18, 2019.
10. Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C. Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals:

- a qualitative study. *J Ment Heal*. 2017;26(5):457-463.  
doi:10.1080/09638237.2017.1322184
11. Giandinoto J-A, Stephenson J, Edward K. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):942-955. doi:10.1111/inm.12433
  12. Santiago HG, Navarro MW, León Pérez P, Betancort EN. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte salud Ment*. 2016;XIV(55):103-111.  
<https://consaludmental.org/publicaciones/Estigma-enfermedad-mental-hospital-general.pdf>.
  13. Ma Z, Huang H, Nie G, Silenzio VMB, Wei B. Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community-Based Study in Rural China. *Biomed Res Int*. 2018;2018. doi:10.1155/2018/8715272
  14. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, et al. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res*. 2013;205(3):185-191.  
doi:10.1016/J.PSYCHRES.2012.11.023
  15. Linden M, Kavanagh R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2012;68(6):1359-1368. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x
  16. Mora-Ríos J, Bautista N. *Estigma Estructural, Género e Interseccionalidad. Implicaciones En La Atención a La Salud Mental*. Vol 303.; 2014.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144d.pdf>. Accessed May 23, 2019.
  17. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-482.  
doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6
  18. Saridi M, Kordosi A, Souliotis K. The Health System's and the State's Approach to Mental Illness and Stigma. *Int J Caring Sci*. 2015;8(2):478-483.  
<http://sire.ub.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=102972284&login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site>.
  19. Ozer U, Varlik C, Ceri V, Ince B, Delice MA. Change Starts with us: Stigmatizing Attitudes Towards Mental Illnesses and the Use of Stigmatizing

- Language Among Mental Health Professionals. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2017;30(3). doi:10.5350/DAJPN2017300306
20. Grover S, Avasthi A, Singh A, et al. Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(5):407-417. doi:10.1177/0020764017709484
  21. Loch AA, Guarniero FB, Lawson FL, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):92. doi:10.1186/1471-244X-13-92
  22. Cremonini V, Pagnucci N, Giacometti F, Rubbi I. Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. 2018. doi:10.1016/j.apnu.2017.09.007
  23. Chambers M, Guise V, Välimäki M, et al. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(3):350-362. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2009.08.008
  24. Polanco Frontera N, Cajigas Vargas I, Rivera Segarra E, Varas Díaz N, Santos Figueroa A, Rosario Hernández E. *Salud y Sociedad Investigaciones En Psicología de La Salud y Psicología Social*. Vol 4. Universidad Católica del Norte; 2013. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4778337>. Accessed May 23, 2019.
  25. Mora-Ríos J, Bautista N. *Estigma Estructural, Género e Interseccionalidad. Implicaciones En La Atención a La Salud Mental*. Vol 303.; 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144d.pdf>. Accessed March 18, 2019.
  26. Happell B, Ewart SB. "PLEASE BELIEVE ME, MY LIFE DEPENDS ON IT": PHYSICAL HEALTH CONCERNS OF PEOPLE DIAGNOSED WITH MENTAL ILLNESS. *Aust Nurs midwifery J*. 2016;23(11):47. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27530033>. Accessed May 23, 2019.
  27. Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):12. doi:10.1186/s12875-017-0687-0

