

Treball de Final de Màster / *Trabajo de Final de Máster*  
***Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en  
Salud Mental Comunitaria***

**TÍTOL / TÍTULO:**

***ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES DE  
SALUD MENTAL.***

**Autora: María del Pilar Sánchez Castillo.**

**Tutor: Eladio Joaquín Collado Boira.**

**Data de lectura / Fecha de lectura: 11 de Octubre de 2016.**



**UNIVERSITAT  
JAUME•I**

**Resum / Resumen:** Las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental sufren la estigmatización de la enfermedad desde los diversos ámbitos que los rodean. Los profesionales de la salud mental no son ajenos a estos procesos de estigmatización. Ya sea por las conductas estigmatizantes adquiridas en los procesos de socialización temprana o por el pesimismo respecto al pronóstico, los profesionales pueden ser perpetuadores de este estigma, algo que puede influir a la hora de prestar cuidados a las personas con diagnóstico de una enfermedad mental.

El **objetivo** de este trabajo consiste en confirmar la existencia de actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales de la salud mental influyendo de forma negativa en la atención que prestan a las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental. La **metodología** utilizada ha sido una revisión bibliográfica de la literatura científica mediante la búsqueda en distintas bases de datos, empleando las palabras clave junto con operadores booleanos. Se limita esta búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años, en español e inglés. Se buscaron estudios donde participaran profesionales sanitarios y que permitiera conocer si existían o no actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental. En cuanto a los **resultados** se han incluido siete trabajos relevantes para responder a nuestro objetivo de estudio, entre ellos, una sinopsis de evidencia, dos revisiones sistemáticas y cuatro estudios transversales. Como **conclusiones** principales del estudio destacamos que el estigma en los profesionales sanitarios es un campo poco estudiado. Debido a que la existencia del estigma por parte de los profesionales de salud mental, repercute en la evolución y recuperación de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental se hace necesario un mayor estudio en este campo. A su vez, una educación anti-estigma temprana, repercutirá beneficiosamente en las actitudes de los profesionales sanitarios hacia la enfermedad mental.

**Paraules clau / Palabras clave:** estigma, salud mental, profesionales de salud mental, enfermedad mental, servicios de salud mental, enfermería psiquiátrica.

## **Abstract**

People diagnosed with any kind of mental illness suffer the stigmatization of their disease from the diverse aspects of their lives. Mental health professionals are not oblivious to these stigmatization processes. Whether stigmatizing behaviours are acquired through an early socialization or the pessimism regarding to the prognosis, mental health professionals can perpetuate this stigma and so, be influenced when providing care of mental illness diagnosed people. The **objective** of this work consists of the existence of stigmatizing attitudes by mental health professionals impacting negatively on the care provided to people diagnosed with mental illness. The **methodology** used when carrying out this work is a scientific literature review by means of many data base researches, using key words and Boolean operators. These researches are limited to articles published in the last 10 years, as much in Spanish as in English. Studies where mental health professionals participated were looked up in order to know whether stigmatizing attitudes towards mental illness were a fact or not. As regards to the **results** seven outstanding works have been included to respond to the objective under study, such as an evidence synopsis, two systematic reviews and four cross-sectional studies.

The main **conclusion** of the study is that the stigma within mental health professionals is a little studied field. Since the existence of the stigma on mental health professionals' behalf has an effect on the progress and recovery of people diagnosed with mental illness, a further study is needed on this field. On the other hand, an early education against stigmatization will have a beneficial effect on healthcare professionals towards mental illness.

Key words: stigma, mental health, mental health professionals, mental illness, mental health services, psychiatric nursing.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO MENTAL. ....	4
1.2. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. ....	4
1.3. EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL.....	5
<i>1.3.1. Definición</i> .....	5
<i>1.3.2. Componentes del estigma</i> .....	6
<i>1.3.3. El estigma como barrera de acceso a salud mental</i> .....	7
<i>1.3.4. Fuentes de estigmatización</i> . ....	7
<i>1.3.5 Educación contra el estigma</i> . ....	10
1.4. OBJETIVOS.....	11
2. METODOLOGÍA.....	12
3. RESULTADOS.....	16
4. DISCUSIÓN.....	19
5. CONCLUSIONES.....	23
6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	24
7. LIMITACIONES.....	24
8. BIBLIOGRAFÍA.....	26
9. ANEXOS.....	30

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1. Concepto de salud mental y trastorno mental.**

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Ya queda de manifiesto en su definición de salud «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (1).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. (1)

El DSM-V define el Trastorno Mental como un 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 (2).

El Trastorno Mental Grave es definido por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) como la unión de tres dimensiones: Presentar una sintomatología “psicótica” no orgánica, una evolución prolongada en el tiempo (más de dos años) y una discapacidad, deterioro funcional que limita algunas actividades de la vida (3).

### **1.2. Prevalencia de la enfermedad mental.**

Según la OMS, una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Esto supone unos 450 millones de personas en todo el mundo (4)

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y son la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al que tienen otras enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Más de 350

millones de personas de todas las edades sufren depresión, siendo éste el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo. La brecha existente en todo el mundo entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales y su prestación es elevada, acentuándose sobre todo en países de ingresos bajos y medios. (5)

En España, en el año 2006, se llevó un estudio integrado en el proyecto ESEMeD-España, dentro de un proyecto Europeo y en coordinación con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo principal fue obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España. (6). En dicho estudio, se obtuvo que aproximadamente una de cada 5 personas entrevistadas evidenció haber padecido algún trastorno mental en algún momento de su vida, con una prevalencia del 15,7% en hombres y un 22,9% en mujeres. Siendo los más comunes el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol. La prevalencia de los trastornos mentales obtenida en este estudio fue inferior a la de otros estudios en países del norte de Europa, algo que también ocurre en el estudio de ESEMeD Italia.

En nuestro entorno sociosanitario, encontramos diferencias significativas entre las distintas Comunidades Autónomas, que podrían estar relacionadas con variables sociodemográficas tales como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, las tasas de desempleo e inmigración y también con el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica en las diferentes Comunidades Autónomas (7).

Otros autores evidencian una elevada prevalencia de mala salud mental entre las personas que sufren limitaciones para la realización de sus actividades cotidianas. Además, la causa de estas limitaciones se debe tanto a problemas de salud mental como físicos, lo que refuerza el impacto, en términos de discapacidad, de los problemas de salud mental en la vida cotidiana de las personas. Es importante considerar la gran comorbilidad entre problemas de salud física y los trastornos mentales, lo que orienta la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a la salud física y mental de las personas (8).

### **1.3. El estigma en Salud Mental.**

#### **1.3.1. Definición.**

El término estigma fue acuñado por el sociólogo estadounidense Erving Goffman en su publicación “Estigma: la identidad deteriorada”, definiéndolo como un

atributo desacreditador y desvalorizado, resultado de un estereotipo negativo hacia quien lo posee. Goffman afirmaba que la marginación del enfermo mental tenía su origen en el reconocimiento público de la enfermedad mental conllevando la despersonalización del enfermo, y justificándose así su exclusión de la vida social y su incapacidad como persona. (9)

La estigmatización emerge por la discrepancia entre las características que debe tener una persona según las normas culturales y los atributos que la persona tiene en realidad (10)

Otros autores como Corrigan y Watson proponen dos categorías del estigma (11):

- El estigma social definido como el fenómeno en el cual los grupos sociales se basan en ciertos estereotipos y actúan en contra de los grupos estigmatizados, siendo en este caso las personas con enfermedad mental.
- El autoestigma, concebido como la disminución de la autoestima y la confianza en uno mismo que provoca un aislamiento social, dificultad en la búsqueda de ayuda, mala adherencia al tratamiento o pesimismo sobre la recuperación.

Para autores como Yang et al. (14) las concepciones sobre cómo deben de ser las personas se sustentan en normas socioculturales establecidas en la comunidad. En concreto a personas con enfermedad mental suelen ir encaminadas a la peligrosidad o incapacidad, lo que conlleva al rechazo o a la marginación. Esto produce cambios en los sentimientos, actitudes y comportamientos tanto de las personas que padecen la enfermedad mental como de sus familiares. (15)

### **1.3.2. Componentes del estigma.**

Se han identificado distintos componentes del estigma manifestado en tres niveles del comportamiento social: los estereotipos, prejuicios y la discriminación (12,13). Dichos componentes son: El cognitivo, asociado a los conocimientos; el emocional, asociado a los sentimientos y el conductual a la forma de comportarse: (16)

- Cognitivo: Dentro de este componente encontramos los estereotipos. Estos son estructuras de conocimiento aprendidas por la mayoría de miembros de la sociedad, caracterizando así a un grupo. En el caso de la

enfermedad mental encontramos la peligrosidad, violencia, impredecibilidad e incapacidad.

- Emocional: En este componente abarcaríamos los prejuicios, que son las reacciones negativas (miedo, desconfianza) ante un estereotipo.
- Conductual: Nos llevaría a la discriminación. Son aquellos comportamientos de rechazo que ponen al estigmatizado en situación de desventaja social, privándola de oportunidades para lograr sus objetivos.

Los componentes y actitudes anteriormente citados los encontramos también en el propio enfermo. Se produce una internalización por su parte, creyéndose así menos valioso debido a su trastorno psiquiátrico. En primer lugar, la persona acepta y asume el estereotipo de la enfermedad, por lo que le genera la aparición de autoprejuicios, las cuales llevan a reacciones emocionales negativas. Todo ello condiciona el comportamiento ya que pueden llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente, al aislamiento social o a la limitación de contactos sociales con otras personas que también padezcan una enfermedad mental, marginalizando así a la persona de la sociedad, perpetuando el ciclo del estigma y la discriminación (16)

### **1.3.3. El estigma como barrera de acceso a salud mental.**

Hay autores que señalan que a nivel mundial, cerca del 70% de las personas que padecen una enfermedad mental no reciben tratamiento profesional. Dada la alta prevalencia de la misma (1 de cada 4 personas) supone una cifra alarmante (18). Entre los factores que influyen en el hecho de no acceder a los servicios de salud mental se encuentran la falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas, las actitudes perjudiciales, y la creencia de discriminación a las personas con enfermedad mental (29).

La literatura científica (17, 18,19) pone de manifiesto que el estigma relacionado con la enfermedad mental supone un problema de salud pública porque es una barrera importante a la hora de acceder a los servicios de salud mental por parte de los pacientes y esto hace que no busquen ayuda ni reciban el tratamiento adecuado a pesar de disponer de tratamiento eficaces.



### 1.3.4. Fuentes de estigmatización.

Las actitudes estigmatizantes pueden proceder de diversas fuentes. Muchos de los pacientes coinciden en afirmar que la principal fuente de discriminación viene de la población general. Aunque no son la única fuente, también existe discriminación en los medios de comunicación (19), familiares, compañeros de trabajo e incluso los profesionales de la salud (15).

**La comunidad:** El nivel de conocimiento sobre las enfermedades mentales en la población en general, es más bien bajo. (18) Esto hace que aparezcan las actitudes negativas y prejuicios ante las personas que padecen alguna enfermedad mental. En la década de los sesenta con la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, muchos de ellos pasaron a vivir en la comunidad. Esto ha supuesto que la población en general, que carece de los conocimientos sobre las enfermedades psiquiátricas, mostrara rechazo a esta integración, produciéndose un aislamiento social de estos pacientes. Estas creencias a menudo giran en torno a la peligrosidad, la incapacidad, la no posibilidad de recuperación y el distanciamiento social. Se ha visto que este aislamiento que la población efectúa sobre las personas con enfermedad mental puede aumentar la sintomatología positiva en el caso de los trastornos mentales graves y la mortalidad (28).

La décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) agrupan los diferentes síntomas cognoscitivos, conductuales, emocionales y somáticos relacionados con los trastornos mentales en varias categorías, que definen más de 350 diagnósticos individuales. Sin embargo, la estigmatización a personas que padecen una enfermedad mental por parte de la población en general puede variar en función del diagnóstico que presenten. El estigma y la discriminación son más evidentes y frecuentes en los trastornos que producen síntomas más perturbadores e incapacitantes, como los trastornos del espectro de la esquizofrenia, los relacionados con el consumo de sustancias que inducen adicciones y los trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar (19)

En una encuesta Nacional de Salud Mental y Estigma en 2011 en Australia en una muestra con más de 6000 individuos (20) se constató que la percepción de

peligrosidad y distancia social eran más altos para la esquizofrenia, mientras que la creencia de debilidad o no ser un problema médico real fue más alta para la fobia social.

**Medios de comunicación:** Hoy en día los medios de comunicación son los principales difusores de tendencias sociales con una elevada capacidad de influir en la sociedad. La representación de la enfermedad mental es generalmente negativa, predominando las noticias sobre hechos violentos o delictivos. Es por lo que se les responsabiliza de la perpetuación de los estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias (13). En diversos países se han publicado guías para orientar a los periodistas sobre cómo informar sobre salud mental. España también ha publicado guías realizadas por las administraciones públicas, las asociaciones o empresas farmacéuticas para conseguir así una mejor cobertura sobre las informaciones relacionadas con la salud mental (21). Los medios de comunicación son capaces tanto de reforzar el estigma como de contribuir a eliminarlo, por lo que el trabajo de sensibilización se postula como algo primordial en la lucha anti estigma. (13)

**Familia:** Tras el diagnóstico de la enfermedad mental, la familia puede ser un agente estigmatizador por el desconocimiento, la falta de recursos adecuados o por la fatiga generada por el rol del cuidador (11). Esto hace que en ocasiones oculten la enfermedad de su familiar por miedo al estigma social, posicionándose ante esta postura como foco de estigmatización para no ser discriminados socialmente (22,23). La familia en muchas ocasiones piensa que la sociedad desprecia a las personas con enfermedad mental y que esta actitud estigmatizante afecta por consiguiente a toda la familia, temiendo así su propio aislamiento de la sociedad. (11). La dinámica familiar se ve afectada por los trastornos mentales cayendo muchas veces en la propia discriminación o en el proteccionismo hacia el enfermo, como consecuencia de la falta de recursos, habilidades para el manejo e información necesaria, por lo que se hace fundamental intervenciones directas con las familias por parte de los servicios de salud mental.

**Lugar de trabajo:** Hay trabajadores y empresarios que son reacios a trabajar o contratar a personas diagnosticadas de una enfermedad mental a causa de prejuicios como que son incompetentes, peligrosos o incluso que buscan el aislamiento social (18,24). Esta creencia supone otra barrera a la hora de pedir ayuda debido al miedo que supone para la persona el tener problemas en el trabajo a causa de una enfermedad mental.

Dada la alta prevalencia de problemas de salud mental en el trabajo y concretamente en la población activa, el lugar de trabajo debería ser un objetivo en la promoción y prevención de la salud mental. Para ello es necesario reducir el estigma y crear un ambiente de apoyo en el trabajo (12,18).

**Profesionales de la salud:** Las actitudes de los profesionales de salud mental hacia los trastornos mentales afectan en la calidad de los cuidados (25). Se ha visto que los profesionales de salud mental pueden tener actitudes negativas hacia los propios pacientes y hacia la enfermedad mental (25, 26). Hay estudios que equiparan las creencias estereotipadas de los profesionales de la salud mental a los de la población en general (27). Esta afirmación contradice la hipótesis de que el conocimiento de los profesionales de la salud mental y el contacto regular con personas diagnosticadas de una enfermedad mental llevaría a mantener actitudes más positivas hacia la enfermedad mental (30) El efecto de este estigma y creencias supondrá una actitud negativa hacia el paciente, que repercutirá sobre la recuperación, por lo que supone una amenaza para una correcta atención de las personas con enfermedad mental (26).

### **1.3.5. Educación contra el estigma.**

La actitud negativa frente a las personas que reúnen criterios de trastorno mental se relaciona con el desconocimiento y la percepción de peligrosidad. (19)

Para reducir el estigma es necesario realizar un esfuerzo a todos los niveles para conseguir una conciencia pública, para ello, la educación constituye una estrategia fundamental a la hora de luchar contra el estigma.

Es importante la educación desde la juventud. En países como Estados Unidos dónde tan solo un 30% de los jóvenes con enfermedad mental acceden a los servicios de salud mental por miedo a que el resto de sus compañeros se enteren de sus problemas mentales constituye un Objetivo Nacional de Salud reducir el estigma (31). Aunque se han hecho estudios tanto en adolescentes como en niños para reducir el estigma, se carecen de datos sobre el mantenimiento de los cambios a largo plazo (31)

En estudios realizados en Reino Unido (32,33) se concluyó que la educación en institutos reduce el estigma y promueve las actitudes positivas hacia la enfermedad mental. En este último estudio (33) no se encontraron mejoras significativas entre solo la educación y un contacto con un igual con enfermedad mental en la reducción del

estigma, por lo que parece que a estas edades, una buena educación e información sigue siendo una herramienta útil para luchar contra el estigma.

En la población universitaria, concretamente en carreras que tienen que ver con ciencias de la salud, también existe estigmatización hacia las enfermedades mentales (25, 34,37). Esto supone otro inconveniente para las personas que sufren alguna enfermedad mental debido a que estos estudiantes serán en un futuro los profesionales que deban atenderlos pudiendo no hacerlo de forma correcta si las actitudes negativas hacia la enfermedad mental perduran.

Los estudiantes pregrado tienen un bajo conocimiento sobre las enfermedades mentales y los pacientes psiquiátricos (25, 34,35) de ahí la existencia de actitudes estigmatizantes. Diversos estudios han puesto de manifiesto la importancia de la educación teórica y el contacto directo mediante prácticas clínicas con pacientes con enfermedad mental (25,34,36,37) mejorando su actitud hacia las enfermedades mentales, con menor estigmatización y miedo hacia los pacientes. Aunque siguen manteniendo los mismos sentimientos sobre el pronóstico, o estereotipos (34,35) y una mayor estigmatización respecto a enfermedades físicas (36).

#### **1.4 Objetivos.**

##### **Principal**

- Conocer si los profesionales de la salud tienen conductas estigmatizantes para con las personas con diagnóstico de enfermedad mental.

##### **Específicos**

- Evidenciar que las conductas estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental influyen de manera negativa en la calidad de los cuidados prestados y por tanto en su proceso de recuperación.
- Mostrar la evidencia sobre la mejora de las conductas estigmatizantes por parte de los profesionales tras recibir una mayor formación sobre salud mental.
- Conocer si se valora a largo plazo el efecto producido en las conductas estigmatizantes en los profesionales sanitarios tras haber recibido una mayor formación en salud mental.

## **2. METODOLOGÍA.**

Para elaborar el siguiente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en los últimos años que permita una actualización de la temática planteada. Para ello, se ha realizado una búsqueda en distintas bases de datos disponibles en ciencias de la salud como son: The Cochrane Library, biblioteca Cochrane plus, Lilacs, Pubmed, Cinahl y Scielo. (Tabla 1)

Además, para ampliar la búsqueda se usó el metabuscador Tripdatabase que permitió realizar búsquedas simultáneas en distintas bases de datos. (Tabla 2)

### **2.1 Criterios de inclusión de los estudios.**

#### **2.1.1 Tipos de estudio.**

Los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica han sido revisiones sistemáticas, sinopsis de evidencia y estudios originales de menos de diez años de antigüedad.

#### **2.1.2 Tipos de participantes.**

Profesionales sanitarios y estudiantes de distintas disciplinas sanitarias en contacto con personas con diagnóstico de alguna enfermedad mental.

#### **2.1.3 Tipos de intervenciones.**

Las intervenciones incluidas en el estudio eran aquellas que permitieran conocer si existían conductas estigmatizantes en los profesionales sanitarios en contacto con personas con diagnóstico de enfermedad mental.

### **2.2 Criterios de exclusión de los estudios.**

#### **2.2.1 Idioma.**

Se excluyeron los estudios no publicados en inglés o castellano.

#### **2.2.2 Temporalidad**

Se descartaron los estudios anteriores a diez años.

#### **2.2.3 Accesibilidad.**

No se usaron estudios a los que no se podía acceder a texto completo.

### **2.2 Estrategia de búsqueda y selección de estudios.**

La búsqueda se ha realizado entre los meses de Marzo a Agosto de 2016.

Se realizó una traducción de los términos utilizados en la búsqueda bibliográfica utilizando la página de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Las palabras clave usadas para la búsqueda son las siguientes: estigma (stigma), salud mental (Mental health), trastornos mentales (mental disorders), enfermería psiquiátrica (psychiatric nursing), servicios de salud mental (mental health services). Se utilizó lenguaje libre para los siguientes términos: personal de salud mental (mental health staff), profesionales de salud mental (mental health professionals), enfermo mental (mental ill) y enfermedad mental (mental illness) ya que no se encontró ningún descriptor indexado para estos. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR así como el uso de comillas para dar más especificidad y exhaustividad a la búsqueda, con el fin de evitar la devolución de bibliografía no deseada. (Tabla 1)

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos.

Key Word	Cochrane plus	Cochrane Library	Lilacs	Pubmed	Cinahl	SciELO
1. Stigma	579 18*	727	618	15522	12478	791
2. Mental health	11397 554*	8302	4490	187822	88817	4066
3. Mental disorders	4648 326*	5198	2629	168554	48495	1242
4. Mental health staff	20 2*	20	0	272	206	4
5. Psychiatric Nursing	285 31*	267	703	16930	17935	88
6. Mental health services	2097 67*	2033	1296	51740	35403	374
7. Mental ill	21 2*	21	0	18343	307	13
8. Mental health professionals	112 0*	151	0	3644	1764	140
9. Mental illness	1409 0*	1491	0	22407	13337	573
10. 1 AND 2	164 6*	159	15	3209	2558	74
11. 1 AND 3	64 3*	88	16	1977	1917	33
12. 1 AND 4	0	1	0	10	8	0
13. 1 AND 5	9 1*	5	3	147	217	1
14. 1 AND 6	37 2*	50	11	1012	1088	13
15. 1 AND 7	2 0*	5	0	480	38	1

16. 1 AND 8	7 0*	9	0	174	111	5
17. 1 AND 9	103 1*	108	0	1839	1858	45
18. "1" AND "3" AND "4"	0	1	0	3	4	0
19. "1" AND "5" AND "7"	0	0	1	20	2	0
20. "1" AND "4" AND "7"	0	0	0	2	0	0
21. "1" AND "8" AND "9"	6 0*	7	0	76	58	1
22. "1" AND "9" OR "3" AND "8"	80 7*	116	0	1135	2192	1

Fuente: Elaboración propia.

\* Número de artículos en español.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en Tripdatabase

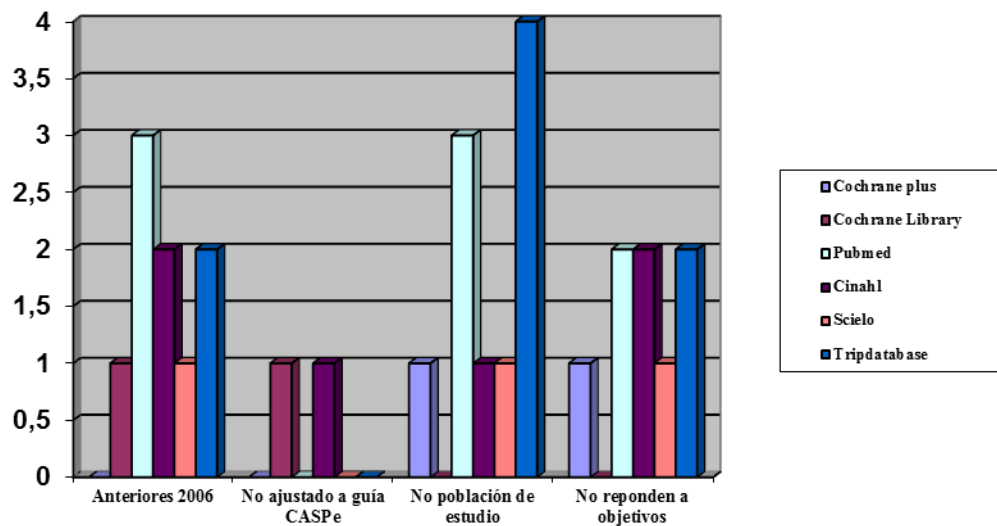
Key Word	Resultados
1.	3500
2.	37280
3.	26815
4.	93
5.	647
6.	5772
7.	8389
8.	1012
9.	8389
10.	1150
11.	460
12.	21
13.	44
14.	339
15.	621
16.	101
17.	621
18.	16
19.	29
20.	17
21.	60
22.	893

Fuente: Elaboración propia.

Además, se incluyó también por su relevancia, una revisión sistemática procedente de la lista de referencias de uno de los artículos, y que no había sido devuelta en ninguna búsqueda realizada.

Tras la realización de la búsqueda, la selección de artículos se realizó desde Junio de 2016 hasta Septiembre del mismo año. Se hizo un primer cribado en función del título y el resumen desechando posteriormente aquellos que no se ajustaba al tema del estudio. En una segunda fase, se procede a la lectura crítica de los mismos, siguiendo la guía CASPe para algunos de ellos para determinar su validez. El motivo de desechar los primeros artículos tras la lectura crítica, fue debido a que eran: estudios anteriores a 2006, estudios no ajustados a la guía CASPe, la población de estudio no era el objeto de nuestra revisión, los resultados de los estudios no respondían a ninguno de nuestros objetivos planteados. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Artículos desechados



Fuente: Elaboración propia



### 3. RESULTADOS.

Una vez realizado el proceso de selección de los estudios, escogimos siete de ellos (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados seleccionados.

Base de datos	1er cribado	Seleccionado
Cochrane plus	2	0
Cochrane Library	2	0
Lilacs	0	0
Pubmed	10	2
Cinahl	8	2
Scielo	3	0
Metabuscador	1er cribado	Seleccionado
Tripdatabase	10	2

Fuente: Elaboración propia.

A los estudios de la tabla anterior se añade la revisión sistemática procedente de la lista de referencias de uno de los estudios.

Finalmente, los estudios seleccionados han sido: una sinopsis de evidencia, dos revisiones sistemáticas y cuatro estudios transversales (Tabla 4).

Tabla 4 Resultados seleccionados.

ESTUDIO	AÑO	DISEÑO	RESULTADOS
Hansson L, Jormfeldt, H, Svedberg P, Svensson B.	2013	Estudio transversal	Se utilizó un cuestionario elaborado por Link en 1987 con 12 afirmaciones negativas sobre la enfermedad mental En nueve de los 12 items no hubo diferencia significativa entre las respuestas del personal y los pacientes. Si hubo una

			respuesta más positiva por parte de los profesionales en tres de los ítems. El personal de servicios de hospitalización tuvo actitudes más negativas en siete de los 12 ítems.
Ross CA, Goldner EM	2009	Revisión	Las actitudes estigmatizantes varían en función del diagnóstico. Las actitudes más negativas en el pronóstico son debido a que el contacto es en recaída, incumplimientos del tratamiento, enfermos crónicos o mal funcionamiento.
Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M.	2014	Estudio transversal	Las actitudes estigmatizantes variaban en función del lugar de trabajo. También variaban si los conocimientos previos de la enfermedad mental eran más positivos y tenían contacto estrecho (familiar o amigo) con la enfermedad mental.
Wahl O, Aroesty-Cohen E.	2010	Revisión	De 19 estudios revisados, encuentran 14 dónde se arrojan actitudes positivas hacia la enfermedad mental por parte de los profesionales de salud mental. Aun así, siempre encontraban alguna actitud negativa especialmente en distancia social o laboral.
Peris TS, Teachman BA, Nosek BA.	2008	Estudio Transversal	La toma de decisiones clínicas estaban influidas por la percepción que los profesionales de salud mental tenían de los trastornos mentales.
Stull LG, McGrew JH, Salyers MP,	2013	Estudio Transversal	Los participantes mantenían actitudes positivas hacia la enfermedad mental pero en

Ashburn-Nardo L.			función del diagnóstico se pautaban tratamientos más controlados dejando menos autonomía a los pacientes.
Reavley N, Jorm A.	2013	Sinopsis de evidencia	No hay estudios donde se demuestren la eficacia de las intervenciones anti-estigma a largo plazo ni del impacto que tiene esta formación en la práctica diaria de los profesionales.

#### 4. DISCUSIÓN.

Tras la revisión de los artículos publicados, se ha podido comprobar que a pesar de que el estigma es un concepto ampliamente estudiado en salud mental y de la importancia que supone el estigma en los profesionales sanitarios para el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos psiquiátricos, es una cuestión poco estudiada (39). Al igual que la población general, y como planteamos en el objetivo principal de nuestro estudio, los profesionales de la salud mental no son ajenos al estigma. La literatura revisada corrobora esta afirmación: Hanson L, Jormfeldt H, Svedberg P y Svensson B (30) realizaron un estudio transversal en Suecia, cuyo objetivo era comparar las actitudes de los profesionales de salud mental hacia las personas con enfermedad mental y las actitudes que estas personas mantenían con los servicios de salud mental. Otro de los objetivos fue relacionar estas actitudes del personal con el lugar de trabajo. El estudio incluyó una muestra aleatoria de pacientes ambulatorios en contacto con los servicios de salud mental y el personal que trabaja en estos servicios. Las actitudes se investigaron mediante un cuestionario para conocer las creencias de la devaluación y la discriminación de las personas con una enfermedad mental. Participaron 140 trabajadores de distintas categorías sanitarias y 141 pacientes con distintos diagnósticos (esquizofrenia 20,2%, Trastornos afectivos 50.9%, Trastornos de la alimentación 11.4% y otros diagnósticos 17.5%). Se utilizó un cuestionario elaborado por Link en 1987 con 12 afirmaciones negativas sobre la enfermedad mental donde se puntuaba del 1 al 4 (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). En nueve de los 12 ítems no hubo diferencia significativa en las respuestas del personal los pacientes. Si hubo una respuesta más positiva por parte de los profesionales en tres de los ítems. El personal de servicios de hospitalización tuvo actitudes más negativas en siete de los 12 ítems. El principal hallazgo de este estudio indica que la presencia de creencias negativas son frecuentes entre el personal de salud mental. Aumentando aún más cuando se trabaja con personas diagnosticadas de psicosis u hospitalizadas.

En esta misma línea, la revisión realizada por Ross CA y Goldner EM (38) añade que las actitudes estigmatizantes por parte de los enfermeros de salud mental variarían también en función del diagnóstico, siendo más estigmatizadas las personas diagnosticadas por ejemplo, de un Trastorno Límite de la Personalidad que de cualquier otro Trastorno Mental Grave. Además, esta revisión pone de manifiesto que el personal de enfermería mantiene actitudes más negativas que la población en general en lo que

respecta al pronóstico de la enfermedad mental. Esto es debido a que el contacto con el paciente en muchas ocasiones es durante una recaída, incumplimientos de tratamientos, mal funcionamiento o con enfermos crónicos. Todo esto, puede conducir a dar información inconsistente, desalentadora y una sensación de desesperanza pudiendo transmitirla tanto a los pacientes como a sus familias.

Otro estudio transversal realizado por Mårtensson G, Jacobsson JW y Engström M (26) en el que participaron 256 profesionales de salud mental de distintos dispositivos en Suecia, y en el que se utilizaron distintas escalas sobre actitudes y conocimientos de la enfermedad mental. Mostró que las actitudes estigmatizantes variaban en función del lugar de trabajo, y también variaban si los conocimientos previos sobre la enfermedad mental eran menos estigmatizantes y habían tenido un contacto estrecho (familiar o amigo) con algún paciente diagnosticado de una enfermedad mental.

En contraposición de los estudios anteriores, surge una revisión realizada por Wahl O y Aroesty-Cohen E (39). Estos autores revisaron 19 estudios realizados entre los profesionales de la salud mental, encontraron que 14 de ellos arrojaban actitudes positivas hacia la enfermedad mental. Si bien es cierto, a pesar de que globalmente las actitudes eran positivas, siempre encontraban alguna connotación negativa presente. Especialmente en lo referido a la distancia social, a pesar de las actitudes positivas de los profesionales de la salud, había reacciones negativas a la hora de aceptar a pacientes con enfermedad mental dentro de sus círculos sociales o laborales.

El estigma, como se plantea en el primer objetivo específico, influye también en la evolución y la recuperación de los pacientes. Si los profesionales suponen un mal pronóstico de la enfermedad, esto repercutirá de forma negativa en la atención prestada, el tratamiento y en definitiva en el proceso de recuperación de los pacientes, mientras que el optimismo hacia el pronóstico de la enfermedad mental, puede influir en una actitud positiva por parte de los profesionales hacia la recuperación de las personas (40).

Peris TS, Teachman BA y Nosek BA (41) realizaron un estudio transversal en el que incluyeron a personas con distinto grado de formación y experiencia en salud mental. Estos fueron, médicos, psicólogos, estudiantes con o sin experiencia en salud mental, profesionales de salud sin experiencia en salud mental y público general. Un total de 1429 personas. Su objetivo era conocer el estigma implícito y explícito en cada grupo y en el caso de los profesionales de salud mental, conocer en qué grado afectaban en la toma de decisiones del tratamiento a seguir. Para este último objetivo, solo

participó el grupo de salud mental. Para valorar la predecibilidad de tratamiento, se pusieron cuatro casos prácticos seguidos de preguntas contestadas con una escala Likert de siete puntos para proporcionar puntuaciones de la gravedad de los síntomas y la probabilidad de que la adhesión al tratamiento, el tratamiento más adecuado, el abandono del tratamiento, daño a sí mismo / otros, y la capacidad de mantener el empleo y de vida independiente. En el estudio se comprobó la tendencia a sobrediagnosticar, y que la toma de decisiones clínicas estaban influidas por la percepción de los trastornos mentales, incluso en profesionales con gran experiencia en el campo de la salud mental.

Los autores Stull LG, McGrew JH, Salyers MP y Ashburn-Nardo L. (40) llevaron a cabo un estudio transversal similar al anteriormente citado, pero en este caso solo sobre trabajadores de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario. Su objetivo fue explorar en qué medida, las actitudes estigmatizantes predicen el tipo de tratamiento a llevar a cabo. Hubo 154 participantes procedentes de 33 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, donde se prevían actitudes positivas hacia la enfermedad mental. Mediante un caso práctico, debían responder a doce preguntas sobre el tratamiento. En general todos los miembros efectivamente mantenían actitudes positivas hacia la enfermedad mental, pero se comprobó que en función del diagnóstico se pautaban tratamientos más controlados y dejando menos autonomía a los pacientes. Comprobaron que tal y como se describían en otros estudios, las actitudes de los profesionales pueden influir en los comportamientos que adquieren. Las actitudes positivas aumentan el deseo de ayudar y la probabilidad de que los profesionales lleven a cabo interacciones terapéuticas positivas prediciendo un uso apropiado de los procedimientos médicos. Por otro lado, las actitudes negativas pueden llevar a malos pronósticos, pudiendo provocar una falta de voluntad para ayudar. Llegaron a la conclusión de que el estigma puede predecir la atención clínica.

El estudio de Hanson L, Jormfeldt H, Svedberg P y Svensson B (30) apunta a que si las actitudes negativas predominan en los trabajadores, afectará al trabajo de rehabilitación y planificación del tratamiento reduciendo la ambición de recuperación por ambas partes, induciendo así el pesimismo y la desesperanza en la persona. En términos más generales, estas creencias podrían suponer un importante obstáculo para la aplicación de una práctica basada en la evidencia en la forma de intervención con los pacientes.

Dentro de la revisión de revisión Wahl O y Aroesty-Cohen E (39) había estudios que ponían en relieve las preocupaciones sobre el potencial impacto de las actitudes de los profesionales en el cuidado del paciente. Es fácil ver cómo las opiniones negativas expresadas por muchos profesionales pueden perpetuar el estigma e interferir con la capacidad de responder a las necesidades de sus pacientes o para establecer relaciones terapéuticas exitosas.

La sinopsis de evidencia realizada por Reavley N y Jorm A (20) concluyó que había mejoras en lo que respecta al comportamiento y actitudes por parte de los profesionales de salud mental cuando recibían formación sobre la enfermedad mental. Esta afirmación corrobora nuestro segundo objetivo específico. Entre ellas, Parece ser que la psicoeducación y las intervenciones a través de Internet mostraron tener un papel importante para reducir el estigma en los profesionales de la salud mental, por lo que los autores dejan abierta la puerta a futuras investigaciones para realizar ensayos aleatorios controlados e incorporar seguimientos a largo plazo. Como parte negativa, a pesar de estas mejoras en las actitudes de los profesionales sanitarios, no hubo mejoras significativas en la percepción de los usuarios sobre la discriminación por parte de los profesionales. Los autores evidenciaron también la importancia de que la formación antiestigma se haga en edades tempranas, a los estudiantes más jóvenes, ya que sus creencias no están tan firmemente desarrolladas como las de la población adulta.

Reavley N y Jorm A (20) también evidenciaron que no se disponen de estudios donde se demuestre la eficacia de las intervenciones a largo plazo. Ponen de manifiesto, la falta de estudios sobre el impacto que produce la formación anti-estigma en su práctica diaria, es decir, si los profesionales de la salud mental cambian su forma de abordar y trabajar con los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental.

Wahl O y Aroesty-Cohen E (39) en su revisión, verificaron la poca existencia de estudios recientes que exploran las actitudes de los profesionales de la salud mental, así como la dificultad de generalizar, debido a la heterogeneidad de los profesionales sanitarios en cuanto a formación, experiencias personales y experiencias profesionales.

Debido a la evidencia disponible del beneficio que supone para las personas con diagnóstico de una enfermedad mental de las actitudes positivas por parte de los profesionales de la salud, en La Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (42) se incluyen pautas a los profesionales de la salud mental para eliminar toda actitud que promueva la estigmatización. El objetivo de estas intervenciones y este enfoque no es otro que la mejora del

funcionamiento personal, social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración. Esto implica ir más allá del control de los síntomas y plantear la superación de la enfermedad, es decir promover que la persona con TMG pueda llevar una vida significativa y satisfactoria, que pueda definir sus propios objetivos y que encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos. De esta forma las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental conseguirán así su recuperación.

## 5. CONCLUSIONES.

Al igual que la población general, los profesionales de la salud mental no son ajenos al estigma. La literatura revisada evidencia la existencia de estigma por parte los profesionales sanitarios (26, 30, 38) incluso en aquellos en los que globalmente tienen actitudes positivas, siempre hay alguna connotación negativa a cerca de la enfermedad (39).

La importancia del estigma en los profesionales de la salud mental radica no solo en la forma en la manera de abordar y de comportarse con los pacientes. El estigma influye también en la evolución y la recuperación de los pacientes, ya que las decisiones clínicas pueden estar influidas por los estereotipos. (40, 41) En definitiva, los profesionales no estarán motivados para poner en práctica medidas en beneficio del paciente encaminadas a su recuperación, a pesar de que exista evidencia clara a favor de las mismas. (30)

A pesar de estos datos, no existen muchos estudios donde se pongan en marcha medidas antiestigma hacia los profesionales, y donde sí se han realizado, luego no se han medido los resultados a largo plazo o si realmente se han producido cambios en la atención de los pacientes (20). Esto hace que la formación quede incompleta y pueda resultar poco efectiva.

Wahl O y Aroesty-Cohen E (39) subrayan la importancia de prestar una mayor atención a la formación en salud mental de los profesionales. Una formación cuidadosa de los futuros profesionales de la salud mental, orientada de una forma más positiva dentro de las estrategias de formación podrían ayudar a generar una mayor aceptación y comprensión. Sería interesante dedicar más tiempo a las actitudes ante la enfermedad mental en los programas de formación.



Esto hará que los futuros profesionales de la salud mental mantengan una actitud positiva hacia la enfermedad y adquieran unos comportamientos y formas de actuar encaminadas a la reinserción de la persona ya sea social o laboral, en definitiva la asistencia irá encaminada a la recuperación del paciente en lugar de a su cronificación.

## **6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**

Sería más adecuado, poder hacer estudios por grupos profesionales específicos. Actualmente la profesión enfermera está relativamente bien representada por estudios específicos, quedando los psiquiatras y psicólogos raramente incluidos. El aumento de la investigación ayudaría a mejorar las actitudes hacia la enfermedad mental (39).

Tal y como sugieren Reavley N y Jorm A. en su estudio (20), sería interesante realizar ensayos clínicos e incorporar seguimiento a largo plazo, ya que en la actualidad no se disponen de seguimientos más allá de seis meses. De igual modo, habría que medir el impacto que produce la formación anti-estigma en los profesionales sanitarios en su práctica diaria, es decir, si los profesionales de la salud mental cambian su forma de abordar y trabajar con los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental.

## **7. LIMITACIONES.**

Los profesionales sanitarios constituyen un grupo heterogéneo de personas en cuanto a nivel de estudios experiencias previas, por lo que hace difícil poder hacer generalizaciones como grupo (39)

Otra limitación importante en la que coinciden los diversos artículos consultados (26,30, 38, 40) es que al fin y al cabo los profesionales de la salud mental son ciudadanos expuestos a procesos de socialización temprana que pueden inducir una interiorización de actitudes estigmatizantes y discriminatorias previas al inicio de su formación como sanitarios y su inclusión en el mundo laboral. De ahí la importancia de incluir la formación anti- estigma a edades tempranas cuando las creencias no están tan firmemente arraigadas como en la población adulta.

Los estudios de los que disponemos no incluyen a una gran variedad de países. Debido a que cultural y filosóficamente cada país tiene sus peculiaridades, creencias y

formación hacia los trastornos psiquiátricos es difícil extrapolar cualquier resultado que se de en un estudio de un país concreto.

Por último, señalar como limitaciones del presente trabajo el que solo se han recuperado artículos en español o inglés, así como el sesgo de accesibilidad, ya que se ha accedido a los estudios a texto completo existiendo además ausencia de literatura gris perdiendo así parte de información sobre el tema.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Médica Panamericana; 2014.
3. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. [base de datos en internet].[Consultado 26 de mayo de 2016]. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010823.pub2/epdf>. Citado en Cochrane Library CD010823.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: OMS; 2004.
5. Centro de investigación Biomédica en red de Salud Mental. Plan estratégico 2014- 2016. Madrid: Ministerio de Economía y competitividad; 2013.
6. Haro M, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados : resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*. 2006; 126(12): 445–51.
7. Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell, C, Obiols, J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010; 22(3): 389–95.
8. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
9. Adell Argentó B, Ferre Grau C. Actitudes hacia la enfermedad mental en el ámbito sanitario. *Rev Presencia*. 2013 ene- dic; 9 (17-18)
10. Tapia FM, Castro WL, Poblete CM, Soza CM. Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Ment*. 2015; 38(1): 53–8.
11. Sousa SD, Marques A, Rosário C, Queirós C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012; 34(4): 186–97.

12. Malachowski C, Kirsh B. Workplace antistigma initiatives: a scoping study. *Psychiatr Serv.* 2013; 64(7): 694–702.
13. Muñoz M, Pérez–Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clin Salud.* 2011; 22: 157–73.
14. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007; 64(7): 1524–35.
15. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009; 373: 408–15.
16. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. 1ªed. Madrid: Complutense; 2009.
17. Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto ACH. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(1):120.
18. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto ACH, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2016; 16(1): 1-11.
19. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014; 43(3): 162–7.
20. Reavley N, Jorm A. Community and population-based interventions to reduce stigma associated with depression, anxiety and suicide: a rapid review. The Sax Institute; 2013.
21. Mena Jiménez AL, Bono del Trigo Á, López Pardo A, Díaz del Peral D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2010; 30(108): 597–611.
22. Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry.* 2016; 16(1): 146.

23. Aldersey HM, Whitley R. Family Influence in Recovery from Severe Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2015; 51(4): 467–76.
24. Dewa CS. Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. *Int J Occup Environ Med.* 2014; 5(4): 175-86.
25. Granados-Gámez G, López Rodríguez M, Corral Granados A, Márquez-Hernández VV. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect Psychiatr Care.* 2016; 0: 1-9.
26. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014; 21(9): 782–8.
27. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs.* 2010; 31(7): 450–5.
28. Linz SJ, Sturm BA. The Phenomenon of Social Isolation in the Severely Mentally Ill. *Perspect Psychiatr Care.* 2013; 49(4): 243–54.
29. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013; 103(5): 777–80.
30. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *Int J Soc Psychiatry.* 2013; 59(1): 48- 54
31. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of a Knowledge-Contact Program to Reduce Mental Illness Stigma and Improve Mental Health Literacy in Adolescents. *Soc Sci Med.* 2011; 72(12): 2011–9.
32. Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *Br J Psychiatry.* 2009; 194(4): 365–70.
33. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Jenkinson D, Birchwood M. Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2016; 6(2):
34. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *J Neurosci Rural Pract.* 2015; 6(3): 349–54.

35. Poreddi V, Thimmaiah R, Pashupu DR, Ramachandra VS, Badamath S. Undergraduate nursing students' attitudes towards mental illness: Implications for specific academic education. *Indian J Psychol Med.* 2014; 36(4): 368–72.
36. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 2013; 13(1): 141-51.
37. Patten SB, Remillard A, Phillips L, Modgill G, Szeto AC, Kassam A et al. Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC Med Educ.* 2012; 12(1): 120-9.
38. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009; 16: 558-67.
39. Wahl O y Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *J Community Psychol.* 2010; 38(1): 49-62.
40. Stull LG, McGrew JH, Salyers MP y Ashburn-Nardo L. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness. Attitudes in an evidence- Based Practice. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(12): 1072-9.
41. Peris TS, Teachman BA y Nosek BA. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196 (10), 752-60.
42. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. 2009. [Consultado 6 de Junio de 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf)

## 7. ANEXOS

### PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Entendiendo la evidencia sobre la eficacia clínica

#### 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

##### *Comentarios generales*

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

*¿Son válidos esos resultados?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Son aplicables en tu medio?*

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Hay un cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En la mayoría de las preguntas se te pide que respondas "sí", "no" o "no sé".
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

*Este material ha sido desarrollado por el equipo de CASP\* en Oxford y adaptado por el equipo CASP español*

*\* CASP (Critical Appraisal Skills Programme: Programa de habilidades en lectura crítica)*

1

Esta plantilla debería citarse como:  
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

## A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

### Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La población de estudio.</li><li>- La intervención realizada.</li><li>- Los resultados ("outcomes") considerados.</li></ul>	SÍ                      NO SÉ                      NO
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li><li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li></ul>	SÍ                      NO SÉ                      NO

*¿Merece la pena continuar?*





**Preguntas detalladas**

<p><b>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</b></p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</i></li> <li>- <i>Seguimiento de las referencias.</i></li> <li>- <i>Contacto personal con expertos.</i></li> <li>- <i>Búsqueda de estudios no publicados.</i></li> <li>- <i>Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</i></li> </ul>	<p>SÍ                      NO SÉ                      NO</p>
<p><b>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</b></p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p>SÍ                      NO SÉ                      NO</p>
<p><b>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</i></li> <li>- <i>Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</i></li> <li>- <i>Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</i></li> </ul>	<p>SÍ                      NO SÉ                      NO</p>



## B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p><b>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.</li><li>- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).</li><li>- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).</li></ul>	
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</b></p> <p><i>PISTA:</i> <i>Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i></p>	



## C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p><b>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> </ul>	<p>SÍ                      NO SÉ                      NO</p>
<p><b>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</b></p>	<p>SÍ                      NO SÉ                      NO</p>
<p><b>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</b></p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p>SÍ                      NO</p>



## Mental health knowledge schedule

# MAKS

**Instructions:** For each of statements 1– 6 below, respond by ticking one box only. Mental health problems here refer, for example, to conditions for which an individual would be seen by healthcare staff.

		Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree strongly	Disagree slightly	Don't know
1	Most people with mental health problems want to have paid employment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	If a friend had a mental health problem, I know what advice to give them to get professional help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Medication can be an effective treatment for people with mental health problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Psychotherapy (eg talking therapy or counselling) can be an effective treatment for people with mental health problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	People with severe mental health problems can fully recover.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Most people with mental health problems go to a healthcare professional to get help.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Instructions:** Say whether you think each condition is a type of mental illness by ticking one box only.

7	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schizophrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bipolar disorder (manic-depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Drug addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Grief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Thank you very much for your help.**

Mental health knowledge schedule MAKS 10 © 2009 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. Contact: Professor Graham Thornicroft. Email: graham.thornicroft@kcl.ac.uk

Fuente: Evans Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rydderch D, Henderson C et al. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. Can J Psychiatry. 2010; 55: 440-8

## Reported and Intended Behaviour Scale

# RIBS

**Instructions:** The following questions ask about your experiences and views in relation to people who have mental health problems (for example, people seen by healthcare staff). For each of questions 1–4, please respond by **ticking one box only**.

		Yes	No	Don't know
<b>1</b>	Are you currently living with, or have you ever lived with, someone with a mental health problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Are you currently working with, or have you ever worked with, someone with a mental health problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Do you currently have, or have you ever had, a neighbour with a mental health problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Do you currently have, or have you ever had, a close friend with a mental health problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Instructions:** For each of the questions 5–8, please respond by **ticking one box only**.

		Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree slightly	Disagree strongly	Don't know
<b>5</b>	In the future, I would be willing to live with someone with a mental health problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	In the future, I would be willing to work with someone with a mental health problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	In the future, I would be willing to live nearby to someone with a mental health problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	In the future, I would be willing to continue a relationship with a friend who developed a mental health problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Thank you very much for your help.**

Reported and Intended Behaviour Scale RIBS 10 © 2009 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London. Contact: Professor Graham Thornicroft. Email: graham.thornicroft@kcl.ac.uk

Fuente: Evans Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rydderch D, Henderson C et al. Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. **Epidemiol Psychiatr Sci.** 2011; 20:263-71.

## 6. Community Attitudes towards the Mentally Ill (CAMI) scale

### COMMUNITY ATTITUDES TOWARDS THE MENTALLY ILL

The following 40 statements express various opinions about mental illness and the mentally ill. The mentally ill refers to people needing treatment for mental disorders but who are capable of independent living outside a hospital. Please choose the response which most accurately describes your reaction to each statement (**SA= Strongly Agree; A= Agree; N= Neither Agree Nor Disagree; D= Disagree; SD= Strongly Disagree**). It's your first reaction which is important. Don't be concerned if some statements seem similar to ones you have previously answered. Please be sure to answer all statements.

1. As soon as a person shows signs of mental disturbance, he should be hospitalized.

SA   A   N   D   SD

2. More tax money should be spent on the care and treatment of the mentally ill.

SA   A   N   D   SD

3. The mentally ill should be isolated from the rest of the community.

SA   A   N   D   SD

4. The best therapy for many mental patients is to be part of a normal community.

SA   A   N   D   SD

5. Mental illness is an illness like any other.

SA   A   N   D   SD

6. The mentally ill are a burden on society.

SA   A   N   D   SD

7. The mentally ill are far less of a danger than most people suppose.

SA   A   N   D   SD

8. Locating mental health facilities in a residential area downgrades the neighbourhood.

SA A N D SD

9. There is something about the mentally ill that makes it easy to tell them from other people.

SA A N D SD

10. The mentally ill have for too long been the subject of ridicule.

SA A N D SD

11. A woman would be foolish to marry a man who has suffered from mental illness, even though he seems fully recovered.

SA A N D SD

12. As far as possible mental health services should be provided through community-based facilities.

SA A N D SD

13. Less emphasis should be placed on protecting the public from the mentally ill.

SA A N D SD

14. Increased spending on mental health services is a waste of tax money.

SA A N D SD

15. No one has the right to exclude the mentally ill from their neighbourhood.

SA A N D SD

16. Having mental patients living within residential neighbourhoods might be good therapy, but the risks to residents are too great.

SA A N D SD

17. Mental patients need the same kind of control and discipline as a young child.

SA A N D SD

18. We need to adopt a far more tolerant attitude toward the mentally ill in our society.

SA A N D SD

19. I would not want to live next door to someone who has been mentally ill.

SA A N D SD

20. Residents should accept the location of mental health facilities in their neighbourhood to serve the needs of the local community.

SA A N D SD

21. The mentally ill should not be treated as outcasts of society.

SA A N D SD

22. There are sufficient existing services for the mentally ill.

SA A N D SD

23. Mental patients should be encouraged to assume the responsibilities of normal life.

SA A N D SD

24. Local residents have good reason to resist the location of mental health services in their neighbourhood.

SA A N D SD

25. The best way to handle the mentally ill is to keep them behind locked doors.

SA A N D SD

26. Our mental hospitals seem more like prisons than like places where the mentally ill can be cared for.

SA A N D SD

27. Anyone with a history of mental problems should be excluded from taking public office.

SA A N D SD



28. Locating mental health services in residential neighbourhoods does not endanger local residents.

SA A N D SD

29. Mental hospitals are an outdated means of treating the mentally ill.

SA A N D SD

30. The mentally ill do not deserve our sympathy.

SA A N D SD

31. The mentally ill should not be denied their individual rights.

SA A N D SD

32. Mental health facilities should be kept out of residential neighbourhoods.

SA A N D SD

33. One of the main causes of mental illness is a lack of self-discipline and will power.

SA A N D SD

34. We have the responsibility to provide the best possible care for the mentally ill.

SA A N D SD

35. The mentally ill should not be given any responsibility.

SA A N D SD

36. Residents have nothing to fear from people coming into their neighbourhood to obtain mental health services.

SA A N D SD

37. Virtually anyone can become mentally ill.

SA A N D SD

38. It is best to avoid anyone who has mental problems.

SA A N D SD

39. Most women who were once patients in a mental hospital can be trusted as baby sitters.

SA A N D SD

40. It is frightening to think of people with mental problems living in residential neighbourhoods.

SA A N D SD

<b>Key to items</b>	<b>SA</b>	<b>A</b>	<b>Scoring N</b>	<b>D</b>	<b>SD</b>
<b>Authoritarianism</b>					
<b>Pro:</b> 1, 9, 17, 25, 33	5	4	3	2	1
<b>Con:</b> 5, 13, 21, 29, 37	1	2	3	4	5
<b>Benevolence</b>					
<b>Pro:</b> 2, 10, 18, 26, 34	5	4	3	2	1
<b>Con:</b> 6, 14, 22, 30, 38	1	2	3	4	5
<b>Social Restrictiveness</b>					
<b>Pro:</b> 3, 11, 19, 27, 35	5	4	3	2	1
<b>Con:</b> 7, 15, 23, 31, 39	1	2	3	4	5
<b>Community Mental Health Ideology</b>					
<b>Pro:</b> 4, 12, 20, 28, 36	5	4	3	2	1
<b>Con:</b> 8, 16, 24, 32, 40	1	2	3	4	5