

## **El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa**

### **The reflection of the social stigma of the mental patient on their caregivers: The training as an alternative**

Rocío Albuixech. Enfermera Especialista en Salud Mental. EU Enfermería del Hospital "La Fe" (Valencia). Promoción 2002-2003.

#### **Correspondencia:**

Rocío Albuixech García  
C/ La Paz, 19, 1  
46824 Quesa (Valencia)  
[albuixech\\_roc@gva.es](mailto:albuixech_roc@gva.es)

## **RESÚMEN**

La población en general, e incluso los profesionales sanitarios, tienden a crear una imagen estereotipada de las personas con enfermedad mental. En este contexto hemos diseñado un estudio que pretende conocer las actitudes, conocimientos y habilidades del profesional sanitario que favorecen el estigma del enfermo mental, así como identificar que intervenciones formativas pueden contribuir a reducir dicho estigma.

Se propone un diseño cualitativo. En primer lugar se plantea la realización de 3 grupos de discusión con profesionales de enfermería de las instituciones donde se va a desarrollar el estudio, con el fin de obtener información, mediante el análisis de contenido, sobre actitudes, valores y creencias en el profesional sanitario respecto al enfermo mental. En segundo lugar, recurriendo a la técnica de grupo nominal se pretende la identificación de las necesidades de formación que pueden contribuir a aumentar la motivación profesional mediante una mayor concreción de las actividades y responsabilidades que le son propias, y consecuentemente, la calidad en la atención prestada al usuario, con la repercusión social que esto conlleva en general, y la reducción del estigma del enfermo mental en particular. Para esta segunda técnica se recurrirá a los profesionales de Enfermería de las salas de psiquiatría de los dos hospitales universitarios donde se plantea el estudio.

**Palabras clave:** Salud mental, enfermera, enfermedad mental, estigma, formación, calidad.

## **ABSTRACT**

Society, including some health professionals, tend to create a stereotyped image of people with mental illness. Our research proposal is aimed to identify not only the attitudes and knowledge of the health professional, but also the skill deficits that may contribute to the social stigma of the mental patient. Additionally, we try to identify training interventions that may help to reduce the social stigma of the mental patient.

We propose a qualitative study. First of all we plan 3 focus groups with nurses working at the institutions where this research is being carried out. The objective of this technique is to explore the attitudes, values and believes of the health professionals regarding people suffering mental disorders. In addition, we will organize nominal groups in order to identify the training needs that may contribute to a better identification of the specific mental nurses' role. This may improve professional motivation and, consequently, care quality, reducing the social stigma of mental patients. The nominal groups will be carried out with nurses working at psychiatric wards of the two university hospitals.

**Key words:** Mental health, nurse, mental disorder, stigma, training program, quality.

## **INTRODUCCIÓN**

Si bien toda rama de las Ciencias de la Salud está bajo el influjo de la sociedad a la que sirve, el caso de la Enfermería Psiquiátrica se encuentra sujeto a una mayor influencia de los factores culturales, determinantes incluso en los pilares de fundación de la Psiquiatría, lo que encuentra su reflejo en la labor diaria de los profesionales, pudiendo llegar a convertirse en un obstáculo relevante para el desempeño de su labor. Al igual que el enfermo aporta una cantidad de "carga" (historia y formas de conducta), el enfermero también

aporta un pasado con creencias, sentimientos y conductas asociadas a relaciones entre las que pueden mantenerse estereotipos de los que ha sido víctima el *enfermo mental*, tan mal considerado en nuestra sociedad. Este pasado influye en la manera en que el enfermero formula un plan de cuidados para un determinado paciente: el conocimiento personal y la introspección por parte del profesional son esenciales para comprender la problemática del enfermo. Pérez del Yerro y otros consideran que la cualidad más importante del enfermero psiquiátrico es la capacidad de iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el enfermo mental [1]. Por ello, desde una óptica meramente metodológica, la ausencia de definición del cuidado psicológico enfermero (la falta de formulación de planes de cuidados individualizados, así como la falta de introspección del profesional) hace que entre en juego un tipo de prejuicio social particularmente problemático: el del *enfermo mental*.

No es ningún secreto que el propio término "loco" ha sido empleado de manera despectiva en nuestra civilización desde tiempos inmemoriales, muestra del rechazo que éstos padecían. Y de hecho, el único tratamiento destinado a este tipo de enfermo era el ostracismo y la reclusión en centros que lo aislaban del resto de sus congéneres. No será hasta finales del siglo XV, con la llegada de nuevas corrientes de pensamiento a la estancada sociedad medieval, cuando el Humanismo lo libere de la sombra de la superstición y, más concretamente, nuestro compatriota Luis Vives niegue el origen sobrenatural del mal psíquico, para que casi tres siglos más tarde, Philippe Pinel sentase las primeras bases de la Psiquiatría moderna y de un nuevo sentir respecto a la enfermedad psiquiátrica en todo Occidente.

Sin embargo, muchos siglos después nos encontramos, si no en los mismos, en parecidos términos respecto a algunos de los perímetros que afectan a la salud mental. Tradicionalmente y en boca de Barona, dos son los factores determinantes de la imagen social de la enfermedad: primero, la relación entre locura y exclusión social y, en segundo lugar, el *estigma* de la trasgresión y el pecado que se atribuía a la enfermedad mental [2]. Esta imagen social, unida a la falta de objetividad de las enfermedades mentales consideradas desde una lógica científico-natural o biológica, contribuye a que la carga cultural sea todavía más fuerte [3,4,5].

Alberdi y otros [6,7] realizan un recuento histórico del significado de lo mental o lo psicológico desde diferentes perspectivas, revisando el concepto de lo social y su relación con el proceso de enfermar, para señalar cómo, a pesar de los avances, seguimos presos del dualismo según el cual lo espiritual o psíquico pertenece a una esfera diferente a lo biológico.

Goffman encuentra varios tipos de estigma, los relacionados con deformidades físicas o ciertas enfermedades, los que se manifiestan con alteraciones en la conducta social y los estigmas tribales vinculados a la raza, religión o clase social. Para este autor, la marginación del enfermo mental tiene su origen en el reconocimiento público de la enfermedad que se confirma con el diagnóstico psiquiátrico, iniciándose la llamada "carrera moral", la cual conlleva una aceptación formal de la despersonalización del enfermo, al tiempo que se justifica su exclusión de la vida social y se le da soporte moral a su incapacidad como persona [8,9].

Entendido el prejuicio como una predisposición del individuo a valorar el objeto sin analizar la suficiente existencia de causas que lo justifiquen, encontramos en la actualidad voces que claman por las posibles soluciones a través de la formación con las que el personal sanitario puede suplir una posible carencia. Entre ellas, Cook y Fontaine [10] se referían en su "Enfermería psiquiátrica" a nuevas alternativas y terapias complementarias, las cuales debían comenzar por la necesidad de que la propia enfermera clarificase sus propias creencias y valores a través un proceso de auto-análisis que redujese la posibilidad de hacer juicios o de imponer sus propias creencias y valores a los pacientes. Debemos situar como puntos de referencia, por un lado, el hecho de que los valores y creencias son realmente los que otorgan directrices y significado a la práctica de la Enfermería dentro del contexto interpersonal; y por otro, la importancia fundamental del tema del "cuidado" llevado por un sistema de creencias [11,12,13]. El "cuidar" es un valor y una forma de relacionarse con los demás que implica creencias sobre la importancia intrínseca de las personas y la capacidad de realizar un compromiso auténtico y una respuesta personal hacia el otro [10].

Gloria Novel Martí, en su artículo "Actitudes de Enfermería" señalaba como obstáculos principales en el desempeño de la profesión tanto el desconocimiento o la falta de contacto con un campo determinado, como la presencia de aptitudes y habilidades inadecuadas. Y ambos son subsanables con la formación adecuada. Una actitud es una predisposición expresada externamente en la forma en que interaccionamos con los demás y que escapa a nuestro control racional, debido a la sutileza con que se manifiesta. Sin embargo, afortunadamente puede ser modificada a través del aprendizaje [14,15,16].

En un estudio a propósito de estos temas llevado a cabo por Mauleón, ésta consideraba que las actividades de Enfermería constituyen una pieza clave en el manejo del paciente psiquiátrico [17,18]. Por ello, y con el objeto de conocer las actitudes de Enfermería en un centro psiquiátrico, pasó una "escala de actitud del personal de Enfermería", extrayendo de ella las siguientes conclusiones: Que las actitudes aparentemente proteccionistas encubren un rechazo social muy arraigado en la comunidad, reflejándose en las opiniones de

las enfermeras. Y que debe destacarse el hecho de que los profesionales más cualificados muestran las actitudes más favorables. En este punto coincide con Burjalés *et al* a raíz de su estudio sobre las actitudes en dos grupos de enfermeras, generalistas y especialistas en salud mental, en el que constataron actitudes más positivas hacia el enfermo mental en las segundas, y una tendencia al rechazo del enfermo mental por parte de las enfermeras generalistas. Concluyeron que probablemente un mayor conocimiento del paciente mental, al ofrecer una mayor seguridad y confianza a la enfermera responsable del cuidado, mejoraría significativamente la actitud comportamental y afectiva. [19]

Y es que uno de los aspectos fundamentales que no deberíamos perder de vista, es el de la irrealidad de considerar la actitud de no enjuiciamiento de forma absoluta; puesto que la propia condición social del profesional le hace partícipe de determinados valores y creencias sociales[20]. Absolutamente todo ser humano que vive en grupo tiene sus prejuicios, y es por ello que no se debe tomar este estudio como un intento de erradicación de éstos, sino como una llamada de atención sobre la necesidad de que la Enfermería Psiquiátrica reflexione sobre la importancia de mantener una conciencia en torno a la existencia del estigma hacia el enfermo mental en la sociedad y, por ende, en el propio personal sanitario.

Como señalan Lopez-Ibor y Cuenca [21], la opinión pública y frecuentemente también la de los propios profesionales sanitarios, tiene una imagen estereotipada de la esquizofrenia y de quienes la padecen. Se trata de una imagen plagada de prejuicios que constituye el primer paso hacia la discriminación [22]. Por ello, la segunda parte de este estudio se va a centrar en plantear alternativas que pueden ayudar a la toma de conciencia de estos prejuicios. Se plantea la *formación* como una estrategia para identificar y controlar esas actitudes, fruto de valores sociales, con riesgo de verse reflejadas en el trabajo diario con enfermos mentales; a la vez que actuará como amortiguador de los efectos que ese prejuicio pueda acarrear.

En lo referente al campo de los cuidados enfermeros, según distintos estudios, se siguen identificando únicamente como cargas de trabajo las tareas puramente técnicas, dificultando una asistencia integral y dejando el aspecto psicológico relegado a un segundo plano, cuando es muchas veces el principal [23,24,25,26,27].

La falta de categorización de la enfermedad mental, es el mismo mal que acarrea el profesional de enfermería que se dedica al cuidado de dicho paciente. Una falta de concreción y estandarización en los cuidados que presta, dificulta tanto el reconocimiento de dicha labor, como que ésta se plasme en los registros enfermeros, en los que hay una ausencia casi total del cuidado psicológico. Esto dificulta el reconocimiento del profesional que lleva a cabo este trabajo, con la consecuente insatisfacción que en él se genera. [28,29,30,31,32]

Al mismo tiempo, este escenario conduce a la frustración y desmotivación, con las consecuencias negativas que ello comporta, tanto para ese personal, como para el usuario en sí. Por todo ello, el *principal objetivo* de este trabajo es tomar conciencia de las actitudes del profesional, muchas veces reflejo de actitudes o valores sociales con los que hemos crecido y vivido, y de las que en la mayoría de ocasiones no somos siquiera conscientes, lo que puede influir negativamente tanto en nosotros como en el usuario receptor de nuestra atención. [33,34]

Partiendo del marcado carácter social del objeto de este estudio, al tratar sobre la representación del estigma en el profesional y de la consideración social que de ello se hace, se considera más adecuado el uso de una metodología cualitativa. En palabras de Weber y Goffman [8, 35], los estudios cualitativos "constituyen una aproximación metodológica en la búsqueda del sentido de las acciones sociales". Tales estudios privilegian la interpretación de la subjetividad de los actores sociales y del resultado de la interacción social que se establece entre ellos, y atienden al significado que la realidad tiene para los actores sociales, así como la forma en que estos significados se vinculan con sus actitudes y conductas.

Y por otro lado, resulta forzoso resaltar el llamado "intercambio simbólico" (Horton Cooley, 1902) [36], que atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas otorgan al mundo que les rodea. Cada persona parte de diferentes experiencias de las que forma y aprende diferentes significados sociales, por lo que dicho esto, se trata de entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor para comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente. [35]

La metodología cualitativa contempla el escenario y las personas desde una *perspectiva holística*: personas y escenarios, los grupos en sí, no son reducidos a variables sino considerados como un todo. Se trata sin lugar a dudas de una concepción *humanista*, puesto que no reduce las palabras y actos de la gente a meras ecuaciones estadísticas que pierden de vista el aspecto humano de la vida social. Su punto de partida es la noción del *ser humano* como diferente del resto de los animales; básicamente por su capacidad para comunicarse a través del *lenguaje* y su *facultad de simbolización*. Por ello, asumiendo su punto de vista, podemos deducir que investigando el propio lenguaje y habla de los sujetos podremos llegar a la explicación de una multiplicidad de los aspectos de la realidad que planteamos aquí como objeto de estudio.

Dentro de las técnicas de investigación cualitativa, para nuestro estudio hemos optado por el grupo de discusión y el grupo nominal.

La investigación cualitativa utiliza como datos las representaciones y los discursos obtenidos en condiciones rigurosas diseñadas para llegar, mediante el análisis y la interpretación desde las unidades de sentido (estructuras semánticas) identificadas en los grupos de discusión, hasta el origen y significación de las analogías utilizadas para elaborarlos (metonimias, metáforas, etc.), lo que se consigue siguiendo el camino inverso al de su formación, es decir, al del *proceso de simbolización* [38].

El habla de un sujeto depende de su subjetividad y de la "intersubjetividad" con la de otros, y ambas se ven a su vez condicionadas por el contexto cultural, social e histórico. Tras la realización de los grupos de discusión, se realizará un *análisis de contenido* que nos permitirá mediante la interpretación obtener el contenido oculto o latente. Puesto que ninguna actividad humana escapa al lenguaje ni al habla, podremos emplear la metodología cualitativa para investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, y entre ellos, la salud y enfermedad.

Uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta con los grupos de discusión, es que al realizarlos se asume el hecho de que sus participantes tienen las respuestas a los objetivos que en la investigación se han planteado, pero lo fundamental es que no son conscientes de ello.

Tras obtener el discurso, el investigador llevará a cabo el proceso contrario al de la formación de las *unidades de sentido* que el grupo ha expresado y que el investigador encuentra en su análisis, para así poder interpretar su origen y, con él, su sentido (el mencionado contenido latente); es decir, que se trata ni más ni menos que de un *análisis de contenido*.

En la metodología cualitativa las unidades de sentido no deben fijarse a priori (antes de realizar los grupos de discusión), sino que deben extraerse de los discursos y las construcciones sociales a través de su análisis. Posteriormente nos servirán para realizar la *interpretación*. Tras el mencionado análisis se pretende llegar a una valoración de las actitudes del personal sanitario, en un intento por constatar la existencia de la representación social del *estigma* del enfermo mental en los profesionales.

En cuanto a la *técnica del grupo nominal*, se considera adecuada para determinar las necesidades de formación, priorizándolas mediante una combinación de opiniones individuales para llegar a una decisión de grupo, debido a su marcado carácter "decisional", a su rapidez y a su relativa sencillez. Por otro lado, se trata del procedimiento idóneo para alcanzar cierto consenso entre personas con formación e intereses dispares, pero a un tiempo implicadas en las soluciones que han de seguirse, por lo que facilita la aplicación de éstas a la vez que asegura la participación de cada uno de los profesionales, y no sólo la del carácter dominante, la "del que habla más y más tiempo".

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez E, Valero J, Toledo A, Hormigo A, Enriquez C, Castro F. Valoración inicial ante la enfermedad mental. *Enfermería Científica* 2000; 224-225: 67-72.
2. Barona JL. La construcción sociocultural de les malalties. *Viure en salut* 2000;49:4-5.
3. Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y Tabú. Madrid: Paidós; 1991.
4. Bonal R, Ros A. La representación social de la justicia. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1991.
5. Peset J. Locos en ciencia y marginación. Sobre negros locos y criminales. Barcelona: Crítica; 1983.
6. Alberdi R, Vasco A. Incidencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad mental. *Rev Rol de Enfermería*; 191-192: 65-68.
7. Cerdá L, Duperval T, Rey M. La enfermera psiquiátrica en la terapéutica biológica. *Rev Cubana Enfermería*; 3 (3): 351-365.
8. Goffman E. *Asilos: Ensayos en la situación social de los pacientes mentales y de otros internos*. New York City: Doubleday; 1990.
9. Goffman E. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 1993.
10. Cook JS, Fontaine KL. *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1993.
11. Cibanal L, Siles J. El mundo de los valores en el cuidado enfermero. *Enfermería Científica* 1998;194-195: 20-24.
12. Garrido M, Serrano MD. Comunicación terapéutica y cuidado. *Rev. Rol de Enfermería* 1990; 147: 123-128.
13. Fernández J. Necesidad de las especialidades: Aumentar la calidad del cuidado enfermero. *Enfermería Científica* 1998; 198-199: 67-68.
14. Novel G, Lluch T, Rigol A. Concepción holística de la salud mental. *Rev Rol de Enfermería* 1988; 115: 33-36.
15. Novel G, Lluch T, Rigol A. Asertividad y fomento de la salud mental. *Rev Rol de Enfermería* 1988; 116: 46-50.
16. Novel G, Vendrell T, Palomés J. Actitudes de Enfermería que fomentan o impiden la asistencia adecuada a los pacientes. *Rev Rol de Enfermería* 1985; 88: 69-73.
17. Mauleón MA. Enfermería ante el paciente psiquiátrico. *Rev Rol de Enfermería* 1993; 177: 35-38.
18. Mauleón MA. Pacientes Psiquiátricos perfil sociodemográfico y asistencial. *Rev Rol de Enfermería* 1993; 183: 79-82.
19. Burjalés MD, Prats R. Actitudes hacia el enfermo mental en enfermería generalista y de salud mental. *Enfermería Científica* 1997; 184-185: 48-50.
20. Jodelet D. *Folies et représentations sociales*. Sociologie d'aujourd'hui. París: PUF;1989.
21. Lopez- Ibor J, Cuenca O. La esquizofrenia abre las puertas. Madrid: Aula Médica; 2000.
22. Perales A, Gómez M. Estigmatización y esquizofrenia. *Viure en salut* 2002; 56: 10-11.
23. Poletti R. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de Enfermería. *Rev Rol de Enfermería* 1980; 167
24. Castejón L, Diaz C, Ponce JA, Hernandez R. Enfermo mental: ¿Es igual para todo el personal de Enfermería? En: *Investigación en Enfermería: Un reto para avanzar*. Sevilla: Hospitales universitarios "Virgen del Rocío"; 1998: 69-72.

25. Farmer E. *Intruducing a systematic method for the practice and study of nursing*: Edinburgh: University of Edinburgh; 1985.
26. Luis MT. Diagnóstico enfermero. *Rev Rol de Enfermería* 1997; 222: 27-31.
27. Castellanos MT, Otero MD, Comendador C. El apoyo psicológico: Una realidad o un tópico en Enfermería. *Enfermería Científica* 1997; 180-181: 61-63.
28. Ortiz MA, Sales R, Albertos S. Cuidados de Enfermería en el enfermo con esquizofrenia ingresado en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Viure en salut* 2002; 56: 12-13.
29. Fornés J. Registros de Enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Específico para pacientes con trastornos mentales. *Rev Rol de Enfermería* 1997; 223: 56-63.
30. Andreu A. La técnica en enfermería: ¿un fin o un medio? *Rev Rol de Enfermería*; 139: 58-60.
31. Pacheco G, Porras A, Bilbao C. Posibilidades de intervención en el quehacer cotidiano. *Cul Cuid* 1999; 5 69-74.
32. Serrano R, Saracíbar MI, Carrascal E, Tina P, Narvaiza MJ, Sanz M, Díaz MT. Estandarizar cuidados cuando lo hecho es valido. *Rev Rol de Enfermería* 1997; 227-228: 23-31.
33. Nolla M. Calidad de vida enfermera. Condición indispensable para prestar cuidados de calidad. *Rev Rol de Enfermería* 1991; 146: 37-42.
34. Creus M. Calidad de vida enfermera: Condición indispensable para prestar cuidados de calidad. *Rev Rol de Enfermería* 1991; 154: 83-84.
35. Weber M. *Ensayos de sociología contemporánea*. Barcelona: Planeta Agostini; 1985.
36. Horton Cooley C. *Human nature and the social order*. New York: Scribner's Sons; 1922
37. Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociología; 1997.
38. Guba EG.: *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. En: Gimeno J, Pérez Gómez A: *La enseñanza su teoría y su práctica*. Madrid: Taurus; 1990.
39. Entrevista a Virginia Galilea. [canalsolidari.org](http://www.canalsolidari.org) Comunicació per al canvi social. [fecha de acceso 09/04/2003]. Disponible en: <http://www.canalsolidari.org>

## **OBJETIVO**

### **General**

Explorar la existencia del reflejo del estigma social del enfermo mental en el profesional sanitario e identificar qué alternativas, desde la formación, pueden reducir su influencia.

### **Específicos**

1. Conocer las actitudes del profesional sanitario y sus componentes afectivo, cognitivo y cognitivo-conductual en relación con el estigma social del enfermo mental en el profesional sanitario.
2. Conocer los conocimientos, las aptitudes, las habilidades y la motivación favorecedoras del estigma social del enfermo mental en el profesional sanitario susceptibles de ser modificados mediante formación.
3. Determinar las necesidades de formación en el profesional que pueden reducir el estigma social del enfermo mental en el profesional sanitario.

## **METODOLOGÍA**

Investigación con metodología cualitativa mediante el uso de las técnicas del grupo de discusión (Objetivos 1 y 2) y el grupo nominal (Objetivo 3)

**Ámbito:** Dos hospitales universitarios de la Comunidad Valenciana: "La Fe" y "El Clínico".

### **GRUPOS DE DISCUSIÓN**

La técnica de los *grupos de discusión* será llevada a cabo con el objeto de determinar las actitudes del profesional de Enfermería, puesto que la naturaleza cualitativa del estudio la hacen idónea por su capacidad de adecuación a los objetivos. Partimos de la base de que las personas son seres sociales que interactúan entre sí, influidos por comentarios de otros. Así pues, los grupos de discusión sitúan a las personas en situaciones naturales de la vida, a diferencia de situaciones experimentales controladas (más propias de estudios de carácter cuantitativo). Las inhibiciones a menudo se relajan en situaciones grupales, y el clima de mayor naturalidad induce al aumento de la espontaneidad de los participantes.

**Sujetos de estudio:** Personal de Enfermería de todas las unidades de los dos hospitales, incluidas las salas de psiquiatría. Los únicos profesionales que quedarán excluidos de la posibilidad de pertenecer a estos grupos serán los supervisores de Enfermería, por considerar que su intervención podría inhibir la conversación del resto de los participantes.

Se reclutarán 24 enfermeras, cuya selección se realizará a través de un muestreo aleatorio estratificado, con el objeto de realizar 3 grupos de discusión (8 enfermeras por grupo). En función de los resultados obtenidos,

si se previese que todavía se puede obtener información útil, se planteará la posibilidad de crear un 4º grupo.

Ante la falta de especificidad en la selección del personal que trabaja en las salas de psiquiatría, cabe la posibilidad de apreciar diferencias en las actitudes entre profesionales con años de experiencia en las salas de psiquiatría y aquellos otros con formación específica en salud mental, o entre ambos y potenciales trabajadores sin experiencia ni formación específica en este ámbito. Por ello los grupos tendrán una composición que represente los siguientes perfiles:

- Perfil A: enfermeras especialistas en salud mental
- Perfil B: enfermeras con formación específica en salud mental y/o al menos 5 años de antigüedad en el campo de la Salud Mental
- Perfil C: enfermeras sin formación específica en salud mental y con menos de 5 años de antigüedad en Salud Mental
- Perfil D: enfermeras sin formación específica ni experiencia en Salud Mental

Estos perfiles se segregarán de acuerdo a la variable edad (hasta 40 años y mas de 40), ya que consideraremos que, por un lado puede existir una cierta influencia referida a los valores de la época de desarrollo del sujeto, los cuales pueden influir en cierto modo en las creencias y actitudes de los profesionales objeto de estudio. Y por otro, pensamos que podemos encontrar otro interesante carácter condicionante en relación con el plan de estudios cursado (puesto que la variable edad podría tener una relación directa con ello en la mayoría de los casos), ya que existen importantes diferencias, especialmente en materias como la metodología de los cuidados de Enfermería, y también cambios sustanciales en otras asignaturas cursadas relativas al área psiquiátrica.

En función de lo anterior, la composición de cada uno de los grupos se ajustará al esquema recogido en la figura 1:

	Hasta 40 años		> 40 años	
Perfil A	1	12,5%	1	25%
Perfil B	1	12,5%	1	25%
Perfil C	1	12,5%	1	12,5%
Perfil D	1	12,5%	1	12,5%
Total	4	50%	4	50%
8/100%				

Fig 1. Composición de los grupos de discusión de acuerdo a los diferentes perfiles propuestos

El grupo de discusión estará dirigido por un moderador, y contará también con la figura de un relator encargado de tomar notas y realizar la grabación de las discusiones.

El moderador del grupo será una enfermera especialista en salud mental. Ésta utilizará una guía de discusión para dirigir el grupo (Anexos 1, 2). El moderador estimulará el discurso, dejando hablar al grupo sin dirigirle preguntas directas que serían respondidas desde un plano racional o consciente, y buscará el concurso pre-consciente de los participantes.

El relator será una Enfermera Interna Residente. Ésta anotará las respuestas y observará las reacciones de los participantes, encargándose de la grabación del grupo si existe la posibilidad de videocámara.

**Análisis de contenido:** Esta técnica pretende hallar significado a la información obtenida en el grupo de discusión, transformándola en datos útiles para el objeto del estudio.

Tras finalizar los grupos de discusión, el moderador y el relator realizarán la transcripción de la grabación y llevarán a cabo el plan de *categorización y codificación*. El plan en cuestión consistirá en transformar toda la información obtenida en datos útiles en relación con los objetivos 1 y 2 del estudio.

La **categorización** es la clasificación de las distintas unidades en las que dividiremos la información. Estas unidades se fijarán en función de distintos criterios según se adecuen al objeto del estudio. Concretamente, los criterios de selección de la unidad de registro pueden ser las palabras, el tema, su objeto o referente, el tiempo o el espacio dedicado a cada tema.

Con respecto a la **codificación**, ésta consiste en asignar a cada unidad de registro obtenida, un indicativo (código) propio de la categoría en la que la consideremos incluida. El sistema de categorías se llevará a cabo a posteriori por analogía con las unidades de registro y en función de la información obtenida de los discursos.

## GRUPO NOMINAL

La técnica del *grupo nominal*, pretende delimitar las necesidades de formación del personal de Enfermería en las salas de psiquiatría de estos hospitales (elementos, dimensiones, objetivos y prioridades). Con esta

técnica se reunirá un número pequeño de personas donde, de manera altamente estructurada (diferencia importante con los grupos de discusión), se combinará el trabajo individual con el del grupo, asegurando una participación por igual de los miembros y una ponderación equilibrada de ideas, que permita que al final de la reunión se alcance un buen número de conclusiones sobre la cuestión planteada.

Una diferencia importante a destacar en relación con los grupos de discusión hace referencia al adjetivo "nominal", el cual implica un trabajo individual, sin explorar dinámicas de la comunicación interna como grupo. Este aspecto, en el caso que nos ocupa, nos permitirá adecuarnos a las carencias formativas de una forma más específica, favoreciendo así la aceptación de posteriores alternativas orientadas a los problemas detectados. El producto del grupo nominal será una lista de proposiciones, la de las opciones más votadas alcanzadas a través del consenso del grupo tras la primera fase nominal individual.

**Sujetos de estudio:** Personal de Enfermería de las salas de Psiquiatría de ambos hospitales. Se incluirá a todos estos profesionales, organizados por sala, con objeto de adecuar la formación a las características peculiares de cada sala y de sus enfermeras. Entre otros motivos elegimos dicha técnica para hacer participar en la toma de decisiones a las personas involucradas en el problema, facilitando así la aceptabilidad de la decisión. El tamaño de los grupos será de entre 6 y 10 participantes.

Al igual que el grupo de discusión, el grupo nominal contará con la participación de un moderador, el cual dirigirá las distintas fases del grupo nominal y planteará una pregunta al grupo que deberá ser respondida individualmente en una hoja, y un relator, que ayudará al moderador anotando todas las ideas que vayan enunciando los participantes de forma individualizada ante la pregunta formulada

El moderador lanzará al aire la siguiente cuestión: *Teniendo en cuenta que el enfermo mental es un ser humano, y como tal un todo indivisible, si como profesionales de la salud pretendemos prestar una atención integral y adecuada a sus necesidades individuales para poder prevenir, mantener, recuperar y rehabilitar su salud, ¿en qué materias opinas que deberías estar formado para poder desempeñar tu tarea en la manera más eficaz posible?.* A partir de ahí se procederá de la siguiente forma:

- Generación silenciosa de ideas o fase nominal (de forma individual)
- Ronda de respuestas (se registran todas las respuestas, sin discutir)
- Discusión-aclaración de ideas (defensa de las ideas de forma breve)
- Votación preliminar (votación individual sobre la prioridad de las ideas)
- Discusión del voto
- Votación final (se obtiene matemáticamente; las ideas con más puntos serán las que queden en el listado final)

## **CRONOGRAMA Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>
Diseño y preparación de los grupos	Enero-Febrero
Realización de los grupos de discusión	Marzo
Análisis de contenido de los grupos de discusión	Marzo-Abril
Realización del grupo nominal	Mayo
Redacción del informe científico	Mayo-Junio-Julio

## **RECURSOS Y PRESUPUESTO**

### RECURSOS HUMANOS

- ✓ Una enfermera especialista en salud mental
- ✓ Una enfermera interno-residente (E.I.R.)
- ✓ Un sociólogo

### RECURSOS MATERIALES

- ✓ Teléfono disponible
- ✓ Sala de reuniones disponible
- ✓ Grabadora 500€
- ✓ Rota folio, rotuladores ,cinta adhesiva 200€
- ✓ Material de oficina 1500€
- ✓ Asistencia a un congreso nacional 1000€
- ✓ Ordenador 2300€

**TOTAL: 5500€**

## **ANEXO 1**

### **Guía de los grupos de discusión (I): Algunos puntos contra el prejuicio. [21]**

1. Existen tratamientos médicos y psicosociales cada vez más eficaces contra los efectos de la esquizofrenia.
2. Los tratamientos actuales consiguen que las personas con esquizofrenia puedan convivir normalizadamente.
3. Las personas con esquizofrenia son disminuidos mentales
4. Existen cada vez más personas que logran vivir perfectamente integrados en la sociedad a pesar de padecer esquizofrenia
5. Las personas que padecen esquizofrenia son violentas y peligrosas.
6. La esquizofrenia es una enfermedad contagiosa.
7. La esquizofrenia dignifica un deterioro progresivo de las capacidades de la persona
8. Una mayoría de personas con esquizofrenia desean mayores oportunidades de formación y acceso al mercado laboral
9. La esquizofrenia es una enfermedad o una consecuencia de hábitos de vida perjudiciales y resultado de una debilidad de la voluntad o del carácter.
10. Las personas con esquizofrenia pueden tomar decisiones racionales acerca de su propia vida y expresarse con claridad y de forma coherente.
11. Las personas con esquizofrenia trabajan
12. El desempeño de un trabajo beneficia a la persona con esquizofrenia y mejora el curso de su enfermedad.
13. Las personas con esquizofrenia desarrollan una jornada completa de trabajo.
14. Las personas con esquizofrenia, dependiendo de su nivel de formación y grado de experiencia laboral, pueden acceder a cualquier tipo de trabajo.
15. El desempeño de un trabajo es un instrumento eficaz para la integración social de las personas con esquizofrenia.
16. Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar los hábitos de trabajo básicos y habilidades sociales imprescindibles en cualquier empleo.
17. Las personas con esquizofrenia pueden elegir por sí mismas el trabajo adecuado a sus intereses y competencia laboral
18. Las personas con esquizofrenia pueden adquirir y desarrollar las habilidades necesarias para buscar y encontrar empleo.
19. Las personas con esquizofrenia pueden conservar un empleo y aspirar a promocionar y mejorar el mismo
20. Las personas con esquizofrenia pueden desarrollar una vida autónoma y normalizada.



## **ANEXO 2**

### **Guía de los grupos de discusión (II) [39]**

1. ¿Hasta qué punto los centros de rehabilitación laboral no abundan en la idea que los enfermos mentales son un peligro, y no pueden estar trabajando con las personas "normales"?
2. ¿Es normal que un médico que este enferma de esquizofrenia pueda trabajar normalmente?
3. ¿Los medios informativos han dado una información precisa y real de lo que ocurrió en la Fundación "Jiménez Díaz" y de la enfermedad?
4. ¿Hasta qué punto puedes confiar en un enfermo mental?, ¿no son un poco imprevisibles?
5. La esquizofrenia siguiendo la medicación ¿es controlable?
6. Una persona con enfermedad mental, sin recursos económicos, ¿recibe la cobertura del Estado?
7. La rehabilitación laboral ¿significa que luego las empresas pueden contratar a estas personas en la realidad o luego lo que ocurre es lo de siempre: que les da miedo los problemas que puedan surgir?
8. ¿Cómo pueden ayudar a los familiares de un enfermo mental?, ¿quién ayuda a los familiares a ayudar a los enfermos?
9. En un programa de TV sacaron una relación de sucesos dramáticos que habían cometido enfermos mentales. La impresión que transmitía era la de que son muy violentos y da un poco de miedo. ¿Es esto real?
10. ¿Cómo se puede saber si una persona enferma es consciente de su enfermedad?, ¿se puede hablar con ella al respecto o es mejor no sacar el tema?
11. En mi comunidad de vecinos vive una mujer que tiene problemas mentales. Vive sola por lo cual nadie controla que se medique. Vive en régimen de alquiler y lleva dos años sin pagar por lo que el dueño del piso ha tomado medidas legales para desahuciarla y ha buscado apoyo de los vecinos molestos con su comportamiento. Parece que su familia no quiere saber nada de ella. Mi preocupación es sobre si existe algún servicio social que pueda encargarse de dónde va a vivir esta persona cuando la desahucien y si alguien puede controlar su medicación.
12. ¿Hasta qué punto una persona con esquizofrenia puede ser una persona normal, con una vida familiar normal y un trabajo normal?, ¿qué influye para que consigan llegar a este punto?
13. ¿Dónde crees que se sitúa el problema que existe con personas con enfermedad mental: en el propio enfermo o en la sociedad?
14. ¿Es verdad que los enfermos mentales son muy creativos y que pueden ser grandes pintores, escritores o desarrollar alguna otra actividad artística?
15. La esquizofrenia ¿es una enfermedad de por vida o hay curación? ¿Es una enfermedad de jóvenes?
16. Los enfermos mentales son un colectivo en el que nadie se fija. ¿Dificulta esto la falta de recursos?