

Universidad de El Salvador

FACULTAD DE MEDICINA

Posgrado de Especialidades Médicas



INFORME FINAL

“ESTIGMA SOBRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR FAMILIARES DE PACIENTES Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE, MAYO A NOVIEMBRE 2011”

Presentado por:

Dra. Jéssica Argentina Amaya Rivas

Para optar al título de:

Especialista en Psiquiatría y Salud Mental

Asesores:

Asesor metodológico: Dr. Rafael Alfredo Jule Martínez

Asesor temático: Dr. Mario Alberto Montes Gutierrez.

Ciudad Universitaria. Diciembre 2011

CONTENIDO

Capítulo

I.	Introducción	i
II.	Objetivos	6
III.	Marco teórico	7
IV.	Hipótesis	20
V.	Diseño metodológico	21
VI.	Resultados	28
VII.	Discusión de resultados	43
VIII.	Conclusiones	45
IX.	Recomendaciones	46
X.	Bibliografía	47

Anexos

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las enfermedades mentales han sido terreno de las concepciones mágicas y religiosas, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen espiritual diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social y económico en los tiempos recientes. (15)

Así, el concepto de prejuicio deriva del latín *Praejudicium*. Es un sentimiento de desprecio, desagrado, de miedo o aversión sin motivos suficiente, es decir inmotivado que no se fundamenta en hechos objetivos.

Los primeros médicos babilonios, conocidos como *Assipu*, consideraban a las enfermedades mentales como posesiones demoníacas y los trataban ante todo con métodos mágico-religiosos. En el Judaísmo, el tratamiento de los trastornos mentales fue restringido a la acción de los médicos laicos por considerarlos enfermedades ocultas que sólo debían recibir atención espiritual de los sacerdotes.

Debe recordarse que en la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en suicidio, y ha sido interpretada en distintas épocas como causada por un espíritu maligno enviado por Jehová. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos que también fueron atribuidos a este tipo de posesiones.(15)

En Persia, la fuente original de su filosofía se encuentra desarrollada en el *Zendavesta*, uno de cuyos volúmenes, el Venidad considera que existirían 99,999 enfermedades en los seres humanos, todas causadas por espíritus malignos. De hecho, “venidad” significa en el estricto sentido “la ley contra los demonios”, o métodos para luchar contra la acción de los demonios.

En la Edad Media el término estigma significaba difamación y acusación pública de un criminal (que en ocasiones implicaba marcar a un individuo con un hierro candente u otros procedimientos menos agresivos, por alguna infamia), de tal forma que todos pudiesen reconocerle. (11)

La desinstitucionalización psiquiátrica, que empezó en los años cincuenta, no sólo abrió una puerta al mundo exterior y a la Sociedad sino que multiplicó los contactos entre los enfermos mentales y las personas consideradas normales. La estigmatización que, en un primer momento, se centró en una entidad, un concepto (la locura) y en su campo casi exclusivo (el hospital psiquiátrico), cambió, influenciando las actitudes y la conducta de público hacia los enfermos mentales. Este paso de los enfermos a la Sociedad condicionó, sin embargo, otras transformaciones como, por ejemplo, la creación de estereotipos negativos diferenciados hacia una conducta o una psicopatología específicas. (9)

Durante las décadas de 1960 y 1970, se suponía que el paciente psiquiátrico era víctima de la alienación social y para esa época las experiencias de psiquiatría comunitaria y de desinstitucionalización habían tenido un efecto positivo en la opinión pública. Sin embargo, la reforma no se respetó porque las personas estaban mal preparadas para la confrontación con los pacientes psiquiátricos y, así algunos de ellos pensaban que la única manera de tratar a un paciente psiquiátrico era con la hospitalización. (14)

Las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas.

Las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales que aumentan su

riesgo de aislamiento y marginación. Estas personas por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados como enfermos mentales sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social.

La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete.

A partir de lo cual se plantea el siguiente problema:

¿Existirá alguna diferencia en el estigma sobre los pacientes con patología psiquiátrica entre sus familiares y el personal asistencial del Hospital Policlínico Arce?

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ♦ Evaluar la presencia de estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica en familiares de pacientes y personal asistencial del Hospital Policlínico Arce, mayo a noviembre 2011.

Objetivos específicos:

1. Comprobar si el personal asistencial del Hospital Policlínico Arce estigmatiza a los pacientes con patología mental
2. Comparar la presencia de estigma entre el personal asistencial del Hospital Policlínico Arce y los familiares de los pacientes ingresados en dicho centro
3. Evaluar si existe relación entre elevada expresividad emocional y estigma sobre los pacientes psiquiátricos
4. Determinar si hay presencia de síndrome de burn out en el personal asistencial del Hospital Policlínico Arce
5. Indagar si la presencia de estrés laboral alto (síndrome de burn out) se relaciona con presencia de estigma sobre los pacientes psiquiátricos

III. MARCO TEÓRICO

La palabra estigma define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. (14)

El estigma puede definirse como el efecto negativo que una marca o una etiqueta produce en un grupo, tal como una minoría étnica, religiosa o pacientes con ciertas enfermedades entre las que se destacan el sida y la enfermedad mental. El estigma incluye tres elementos: Un problema de conocimiento (ignorancia), un problema de actitud (prejuicio) y una conducta (discriminación).

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización y la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos. (13)

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden. En este sentido los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización de las personas con enfermedad mental al ser cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales.(11)

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. (1)

El estigma percibido predice, por ejemplo, el bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con depresión. Incluye, también, los prejuicios que pueden llevar a una injusta política de salud que impide la implementación de servicios adecuados y alcanzar la paridad. Por ello, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psiquiatría, al igual que varios países, han emprendido campañas que buscan disminuir el estigma de la enfermedad mental.

Epidemiología

Los desórdenes mentales y los trastornos psíquicos, incluidas las manifestaciones depresivas, la esquizofrenia, el Alzheimer, la epilepsia y el retraso mental, representan el 11% del total de las enfermedades en mundo. Según la OMS son 400 millones de personas afectadas y, si no se toman medidas, esta proporción se elevará hasta el 14% en el 2020. La depresión llegará a ser, en el año 2020, la segunda causa de discapacidad en el mundo después de las enfermedades coronarias y cerebro-vasculares. (7)

Origen del estigma

Hay varias razones para el estigma. Entre ellas, tal vez las dos más relevantes son la tendencia a culpar al otro de lo que le sucede (el juicio moral) y ver al paciente como peligroso. Si las personas consideramos a alguien como responsable de lo que le pasa, la reacción ante sus problemas suele ser de rabia en vez de deseo de ayudar, o de compasión en un sentido más amplio.

Visto desde la perspectiva del paciente, si éste considera que es responsable de su enfermedad esto predice menor búsqueda de ayuda. En este caso, el estigma pasa a través del juicio moral propio de la persona.(13)

Los estudios clásicos de Edwin Goffman destacaron el rol del entorno social y del diagnóstico o etiqueta (*labelling theory*) en el origen del estigma. Goffman (1963) definió el estigma como un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las tornaba de una categoría inferior. De esta manera aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo.(15)

La teoría de Goffman refiere: “A modo de conclusión, deseo repetir que el estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de su vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas”.

Siguiendo esta concepción de estigma como un proceso que va más allá del individuo, los estudios sociológicos lo han abordado como una interacción mutua entre el medio social y el paciente.

Los trabajos de Susan Sontag también han sido muy importantes para aclarar el sentido y el significado de la enfermedad: la enfermedad es el lado nocturno de la vida, un ciudadano muy oneroso, en su famosa cita.(13)

Sontag señala que las enfermedades muchas veces se asocian a nuestros miedos más profundos y cómo muchas veces las sociedades parecen necesitar tener una enfermedad que se identifique con la maldad, y a la cual se pueda culpar. Y si esa enfermedad se considera misteriosa, no tardará en ser no sólo temida, sino también vista como contagiosa (moral o literalmente).

Hay otras teorías sobre el origen del estigma. Según Crisp, hay una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que

pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse.
(13)

La persona que estigmatiza reacciona a señales del otro en la conducta, en su expresión afectiva o en su expresión corporal como agitación, inquietud, inmovilidad o rigidez corporal. Siguiendo esa línea de ideas, Haghghat concluye que el estigma, ya sea por la raza, la religión o por la enfermedad, es un instrumento o un arma en la competencia socioeconómica. Se tiende a categorizar, generalizar y ser defensivo: la peligrosidad de un solo individuo automáticamente se extiende a toda la clase, a todas las personas con enfermedad mental, o simplemente a quienes se comportan de una manera diferente. Los estereotipos están siempre convenientemente a la mano.

Teorías

Diversos autores han intentado explicar el fenómeno del estigma por medio de diversas teorías:

Corrigan y Watson (2002) propusieron la teoría del “doble infortunio” del estigma refiriéndose en primera instancia a la mala interpretación del público sobre la enfermedad mental o “estigma público” que lleva a la discriminación y aislamiento de este tipo de personas, disminuyendo su oportunidad laboral, social y emocional; y también hacen alusión al autoestigma, en el que el individuo crea una imagen estigmatizada de sí mismo como resultado cultural y acepta estas nociones que conllevan una disminución de su autoestima y autoeficacia.

Otros autores como Link y Phelan propusieron la teoría del etiquetamiento en la que individuos a quienes se les otorga una etiqueta oficial psiquiátrica las creencias que ellos tienen de devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental empiezan a hacer personalmente relevantes por lo que las personas “etiquetadas” al sentirse amenazada disminuyen su interacción, mantienen su

tratamiento en secreto o abandonan el contacto social lo que a su vez trae consecuencias negativas en su autoestima. (12)

Sin embargo, algunas personas pueden percibir el etiquetamiento como algo positivo, con la creencia de que tener un etiquetamiento puede explicar sus síntomas psicológicos y validar sus experiencias y de esta manera guiarlos en el proceso de saber qué esperar y cómo adaptarse a los otros.

Link & Phelan (2001) consideran que el estigma se construye a partir de procesos psico-sociales interrelacionados:

- a) La construcción de las diferencias (color de piel, género, coeficiente intelectual, etc.) y el proceso de *rotulamiento*.
- b) El distanciamiento social o la segregación entre los de adentro (“nosotros”) y los de afuera (“ellos”).
- c) La degradación (pérdida de *status*) y discriminación de las personas rotuladas.
- d) La asimetría del poder que se mantiene entre los estigmatizadores y los estigmatizados. (3)

Estigma y autoestima

Según las teorías de la autoestima, las personas están motivadas a proteger y realzar su autoestima. Este enfoque plantea la existencia de tres fuentes interactuantes en la autoestima: las apreciaciones reflejadas, las comparaciones sociales y las autoatribuciones.

El estigma se ha encontrado fuertemente relacionado con la pérdida de la autoestima, esta asociación se plantea como: “*inquietante y alarmante*”. Aunque se ha planteado una relación recíproca, se considera que es mayor el impacto del estigma en la autoestima que a la inversa. Sin importar los síntomas y el estado de la función cognitiva se ha encontrado que el efecto del estigma sobre la autoestima puede conducir a pobres resultados.

Con respecto a la preservación de la autoestima de los pacientes mentales se ha establecido que existe una relación directa entre las experiencias de estigma y la autodevaluación, encontrándose que un 54% de los pacientes tienen percepciones de inutilidad, 37% de fracaso y hasta el 81% tienen expectativas de ser objeto de juicios negativos por parte de autoridades, amigos y población general. (12)

El estigma sentido

En cuanto a la percepción del estigma, se ha destacado la sensación de impotencia o incapacidad (*powerlessness*) y pérdida en las narrativas de enfermedad en los pacientes. Otros factores que se han señalado derivan del tratamiento: por ejemplo, los síntomas extrapiramidales, la disquinesia tardía o el aumento de peso asociado con algunos medicamentos.

Struening *et al.* Estudiaron el impacto del estigma percibido en los cuidadores desde la perspectiva de los pacientes como consumidores de servicios. Encontraron que 70% de los cuidadores pensaban que el público general devaluaba a los pacientes y que 43% también pensaba que se devaluaba la familia. (13)

Lee señala que la depresión y la fatiga que experimentan los pacientes con esquizofrenia, además de ser síntomas negativos con una base cerebral, pueden ser la expresión de la desesperanza y de las pérdidas experimentadas por los pacientes. En tal caso, el estigma es un factor que incrementa las pérdidas y debe ser abordado, si no de una manera individual, al menos sí en una perspectiva social o de políticas de salud.

Abordajes para reducir el estigma

Las personas que no se identifican con el grupo estigmatizado tienen más posibilidades de permanecer indiferentes al estigma porque no sienten que los prejuicios y la discriminación se refirieran realmente a ellos. Sin embargo, los que se identifican con el grupo de los enfermos mentales se aplicarán el estigma a sí mismos. Su reacción se modera en función de la legitimidad percibida. Si consideran que las actitudes estigmatizadoras son legítimas, es más probable que su autoestima y autoeficacia sean bajas. Si, por otra parte, consideran que el estigma público es ilegítimo e injusto, probablemente reaccionarán con indignación justificada.

Las personas que están indignadas justificadamente participan activamente a menudo en intentos de fortalecimiento, tomando como objetivo la reivindicación de mejoras asistenciales y la calidad de los servicios.

La psiquiatría ha intentado atacar el estigma desde una perspectiva médica que busca dar información al público, educarlo sobre la realidad de los trastornos mentales y, así deshacer los mitos que la rodean. Se trata de disminuir la brecha que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad mental que poseen los profesionales de la salud mental y el conocimiento del público en general.

Esto ha pasado, claro está, a través de la difusión del concepto de la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro, siguiendo el modelo biomédico. Si se deja de ver al paciente y a la familia como culpables o como merecedores de un castigo, se allanaría el camino para un acercamiento mejor y una mayor ayuda.(13)

Pensar que el paciente es víctima de una disfunción cerebral puede llevar a que se le vea con menos control sobre sí mismo y, por ende, impredecible y potencialmente peligroso, justo dos poderosas razones del estigma. En

contraste, si se dice que la persona sufre una “crisis”, disminuyen las actitudes negativas hacia ella.

Otra posible desventaja del modelo biomédico es que puede aumentar la “diferencia” entre el sano y el enfermo; no se ven como parte de un continuo. Se ve al paciente como otro extraño, diferente.(13)

La Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA) ha iniciado un programa internacional para luchar contra el estigma y la discriminación debido a la esquizofrenia. La rehabilitación después de la enfermedad puede ser difícil y hasta cierto punto depende de las actitudes y de la conducta de la gente que rodea a los pacientes y de los pacientes mismos. (7) (6)

Se debe fomentar una actitud colectiva que se oponga a la desmoralización que sobreviene cuando una enfermedad crónica es percibida no sólo como incurable sino también como inmanejable.

Síndrome de Burn out

El trabajo del personal sanitario puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos. En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios.(2)

El término se acuñó el término en 1974 por Freudenberger cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación

con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el *burnout* como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Estos autores lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

El *burnout* se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones: agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, en la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; por último, la baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Para Pines y Aronson (1988) el *burnout* no está restringido a profesionales de ayuda, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionales demandantes.

En el *burnout* predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como

son las conductas adictivas, que a su vez median en deterioro de la calidad de vida. (2)

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome, que se pueden dividir en tres grupos:

- ◆ Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas. Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.
- ◆ Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.
- ◆ Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización. (2)

Variables implicadas en el desarrollo del *burnout*

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias: (4)

- ◆ Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- ◆ Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- ◆ La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados
- ◆ Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- ◆ Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- ◆ Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- ◆ Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- ◆ Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- ◆ Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Grados en el síndrome de *burnout*

Como en toda manifestación patológica de conducta, existen diferentes grados en la cual una vez adquirida una gravedad mayor es difícil retornar a niveles inferiores a menos que se adquieran técnicas de afrontamiento adecuadas.

- ◆ Leve: Se comienzan a presentar síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo
- ◆ Moderado: Aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, e importante tendencia a la automedicación

- ◆ Grave: Se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente, el abuso de alcohol y fármacos. (4)

Medidas preventivas y terapéuticas en el Síndrome de *Burnout*

Según House los tipos de apoyo son:

- ◆ Apoyo emocional: Relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- ◆ Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional
- ◆ Apoyo informativo: que le permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo
- ◆ Apoyo evaluativo: que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad (9)

Expresividad Emocional (EE)

El estrés que experimenta una familia al vivir con una persona que padezca una enfermedad mental, a menudo puede manifestarse o bien con frustración y negación de la enfermedad, así como con expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento deficitario del enfermo, que pueden llegar incluso a la hostilidad hacia él o bien intentando sobrecompensar las deficiencias del enfermo con conductas de sobreprotección y actitudes de sobreimplicación emocional. Estas manifestaciones del estrés sobre el clima emocional familiar se contemplan con el término acuñado como Expresividad Emocional. (5)

El término hace referencia a las emociones, actitudes y comportamientos expresados por los familiares acerca de un miembro de la familia diagnosticado con enfermedad mental, siendo la expresividad emocional un índice obtenido empíricamente del nivel de crítica, sobreimplicación y hostilidad familiar.

Desde esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones familiares sería disminuir el estrés permanente dentro de la familia, ya no considerado como etiológico, sino como un posible desencadenante de recaídas una vez se ha desarrollado la enfermedad.

La emoción expresada es una forma de comunicación del familiar con el enfermo mental en la que el primero vierte críticas (evaluaciones negativas sobre la conducta de los pacientes), comentarios hostiles (evaluaciones negativas sobre el enfermo como persona y rechazo) o muestra actitudes sobreimplicadas emocionalmente (autosacrificio, desesperanza, sobreprotección al enfermo o manifestaciones emocionales intensas como el llanto). (10)

IV. HIPÓTESIS

- ◆ A mayor conocimiento sobre las patologías psiquiátricas, menor estigma hacia los pacientes que la padecen.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

◆ Tipo de estudio:

Estudio no experimental, descriptivo, transversal

◆ Población

La población se encuentra constituida por el personal médico, de enfermería, técnicos, etc. que laboran en forma asistencial en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como un familiar que se encuentre a cargo del paciente; dato que se obtendrá en base al número de pacientes que se atienden en la institución tanto en la consulta externa como en el servicio de hospitalización. El universo se desglosa como sigue:

- Total de médicos en el ISSS: 2,371
- Total de enfermeras: 1,354
- Total de técnicos y otro personal asistencial: 8,757
- Consulta médica: 5,502,564
- Egresos hospitalarios: 97,705

Población: 5,612,751

◆ Universo

El trabajo de investigación se realizará en familiares de pacientes con patología psiquiátrica y personal asistencial del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La población se encuentra compuesta por:

- Total de Médicos en el Hospital Policlínico Arce: 28
- Total de enfermeras: 25
- Total de técnicos y otro personal asistencial: 123
- Total de pacientes evaluados en la consulta externa: 1,356
- Total de egresos hospitalarios: 97

Total: 176

Universo:

Personal involucrado directamente con los pacientes: Población: 88

Familiares de los pacientes durante el estudio: 90

◆ Muestra

$$n = \frac{n^2}{1}$$

$$1 = n^2/N$$

n^2 = tamaño provisional de la muestra S^2/V^2

N = Total de la población

S^2 = Varianza de la muestra

V^2 = Varianza de la población

Muestra (personal asistencial): 72

Muestra (familiares): 74

◆ Variables:

- 1) Variable independiente: Estigmatizar a los pacientes con enfermedad mental
- 2) Variable dependiente: Ser familiar de un paciente con patología mental o pertenecer al personal asistencial del Hospital Policlínico Arce.

◆ Operacionalización de variables

- Definición operacional de variables demográficas:

Todas las variables relacionadas a los datos generales y sociodemográficos como son la edad, sexo, estado civil, parentesco con el paciente psiquiátrico, área de vivienda, escolaridad.

Dimensión	Indicador	Escala	Categorías
Cantidad en años	Edad	Numérica, de intervalo	-Número entero que indique la cantidad en años.
Género	Sexo	Nominal	-Masculino -Femenino
Social	Estado civil	Nominal	-Soltero -Casado -Acompañado -Viudo -Divorciado
Laboral	Ocupación	Nominal	-Médico psiquiatra -Psicólogo -Médico no psiquiatra

			-Trabajadora social -Personal de enfermería -Personal de servicios de apoyo -Personal administrativo
Geográfica	Área de vivienda	Nominal	-Área urbana -Área rural
Académica	Escolaridad	Nominal	-Sin educación formal/Analfabeto -Educación primaria -Educación secundaria -Bachillerato -Educación técnica -Educación superior -Post grado
Moral	Religión	Nominal	-Sí practica -No practica

♦ Definición operacional de variables clínicas:

Variables clínicas del paciente:

Dimensión	Indicador	Escala	Categorías
Tiempo en tratamiento	Cantidad en meses en tratamiento	Numérica, de intervalo	-Número entero que indique la cantidad en meses
Estado clínico	Categoría diagnóstica en población que	Nominal	-Trastornos depresivos -Trastornos de

	atiende el ISSS		ansiedad -Trastornos mentales orgánicos -Trastornos psicóticos -Trastorno bipolar -Trastornos generados por exposición a eventos estresantes -Trastornos somatomorfos -Trastornos de la alimentación -Trastornos sexuales -Trastornos de personalidad -Trastornos de los controles de los impulsos -Retardo mental -Trastorno del sueño -Adicciones
Manejo del paciente	Modalidad de tratamiento	Nominal	-Ambulatorio -Hospitalario
Manejo clínico	Tipo de	Nominal	-Psicoterapeutico

	tratamiento		- Psicofarmacológico -Otras modalidades somáticas -Otros tratamientos no somáticos -Dos o más tipos de tratamiento
--	-------------	--	--

♦ Variables interpersonales del familiar:

Dimensión	Indicador	Escala	Categorías
Interpersonal	Presencia o no de estigma	Nominal	-Hay estigma -No hay estigma
Interpersonal	Presencia o no de emotividad expresada	Nominal	-Presente -Ausente
Familiar	Parentesco con el paciente psiquiátrico	Nominal	-Padre -Madre -Herman@ -Abuel@ -Hij@s -Cónyuge -Otros
Estado clínico	Escala de Emotividad	Nominal	-Expresividad elevada

	Emocional (EES)		-Expresividad Reducida
--	-----------------	--	------------------------

- ◆ Variables en el personal asistencial:

Dimensión	Indicador	Escala	Categorías
Interpersonal	Presencia o no de estigma	Nominal	-Hay estigma -No hay estigma
Asistencial	Responsabilidad sobre el tratamiento del paciente	Nominal	-Responsabilidad directa -Responsabilidad indirecta
Estado clínico	Inventario de burnout de Maslach	Nominal	-Alto -Medio -Bajo

- ◆ Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ◆ Ser familiar de pacientes con patología mental atendido en el Hospital Policlínico Arce o pertenecer al personal asistencia que labora en dicho hospital.
- ◆ Que consienta a colaborar con el estudio

Criterios de exclusión:

- ◆ No tener un familiar que padezca de enfermedad mental o no pertenecer al personal asistencial del Hospital Policlínico Arce
- ◆ No aceptar colaborar con el llenado de las encuestas
- ◆ No completar las encuestas o llenarlas de forma inadecuada.

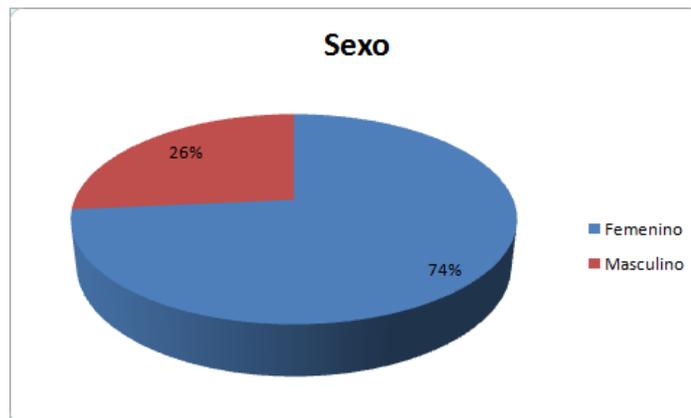
Consideraciones éticas

El presente trabajo requiere el uso de instrumentos de evaluación los cuales fueron utilizados para la obtención de datos de los familiares de pacientes con patología psiquiátrica y el personal asistencial que labora en el Hospital Policlínico Arce. A dichas personas se les solicitó el consentimiento informado previo la evaluación con los instrumentos. Así mismo se mantuvo la confidencialidad de los evaluados.

Se obtuvieron los permisos correspondientes con la Directora del Hospital Policlínico Arce, la Jefatura del Departamento de Psiquiatría, la Jefatura de la Consulta Externa y la Jefatura del Servicio de Hospitalización.

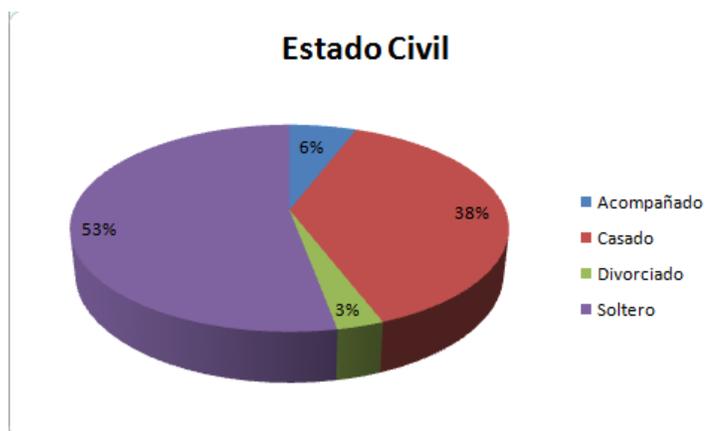
VI. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos del personal asistencial que labora en el Hospital Policlínico Arce:



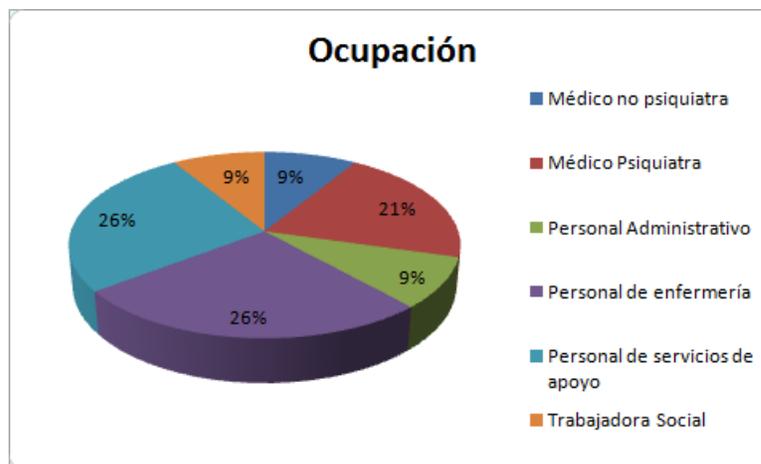
Fuente: Hoja de recolección de datos

El gráfico anterior muestra la distribución de la población que labora en el Hospital Policlínico Arce con respecto al sexo. Puede observarse que personal asistencial laborando en contacto directo con los pacientes psiquiátricos en su mayoría corresponde al sexo femenino.



Fuente: Hoja de recolección de datos

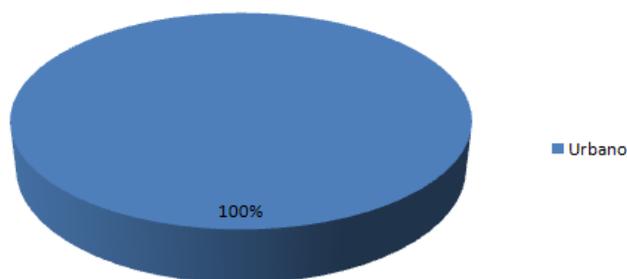
En el gráfico de pastel puede observarse la distribución en porcentajes del estado civil del personal asistencial. La mayor parte del personal asistencial que labora en el Hospital Policlínico Arce se encuentra en el estado civil de soltero o casado. Es poca la cantidad de personas que laboran en dicho centro que se encuentran divorciadas o acompañadas.



Fuente: Hoja de recolección de datos

En el gráfico se puede observar a manera de porcentajes a que ocupación corresponden las personas que se encuentran laborando en forma directa con los pacientes con patologías mentales. Dicho personal se encuentra mayormente conformado por personal médico y de enfermería. En menor proporción se encuentra el personal administrativo, trabajadora social y personal de servicios de apoyo.

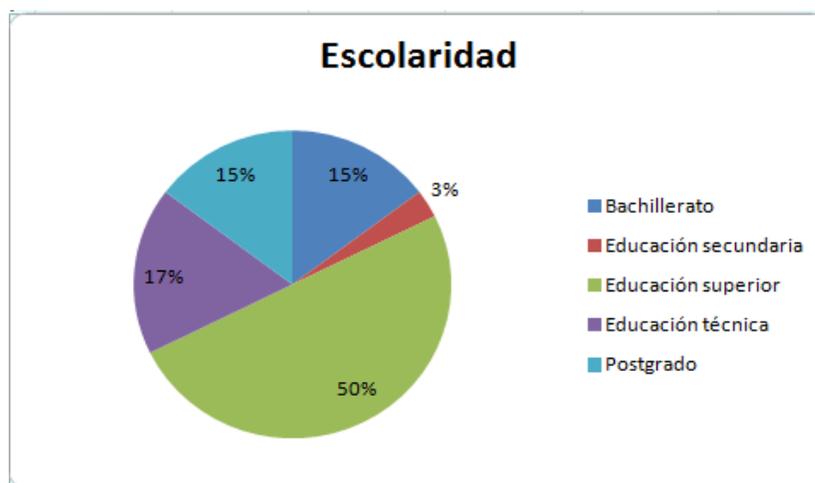
Área de vivienda



Fuente: Hoja de recolección de datos

En el gráfico se puede observar el área de vivienda correspondiente al personal asistencial. Todas las personas que laboran en el Hospital Policlínico Arce se encuentran viviendo en área urbana.

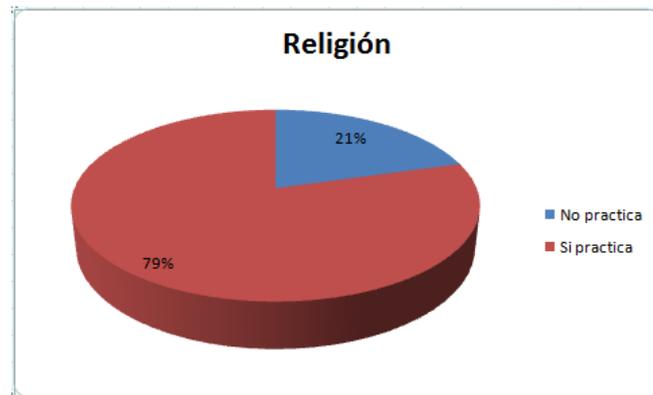
Escolaridad



Fuente: Hoja de recolección de datos

El gráfico de pastel describe la escolaridad que corresponde al personal asistencial. La mayor parte del personal asistencial que labora en forma directa con los pacientes psiquiátricos ha tenido una educación superior. No hay personas analfabetas laborando en el Hospital Policlínico Arce. Es poco el

porcentaje de personas que laboran en forma asistencial que han estudiado hasta educación secundaria.



Fuente: Hoja de recolección de datos

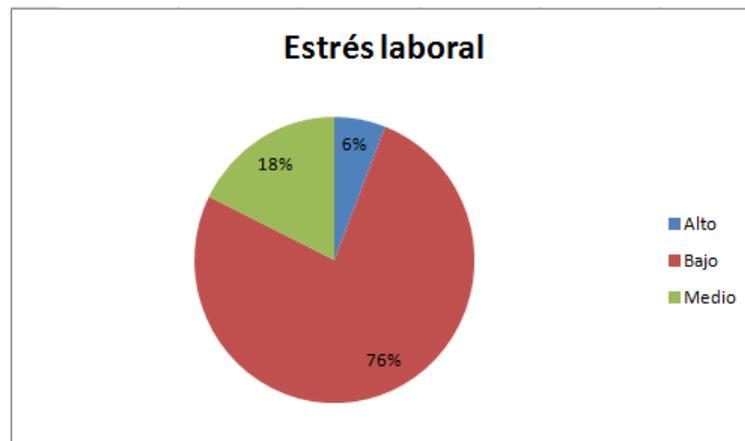
El gráfico de pastel presenta la proporción de personal asistencial que practicante o no de algún tipo de religión. La gran mayoría de personal asistencial en el Hospital Policlínico Arce practica alguna religión.



Fuente: Escala CAMI

Se puede observar en el gráfico el porcentaje del personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica.

Existe un porcentaje significativo del personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología mental.



Fuente: Maslach Burnout Inventory

El gráfico de pastel muestra el porcentaje de personal asistencial que presenta estrés laboral o síndrome de burn out en los rangos alto, medio o bajo.

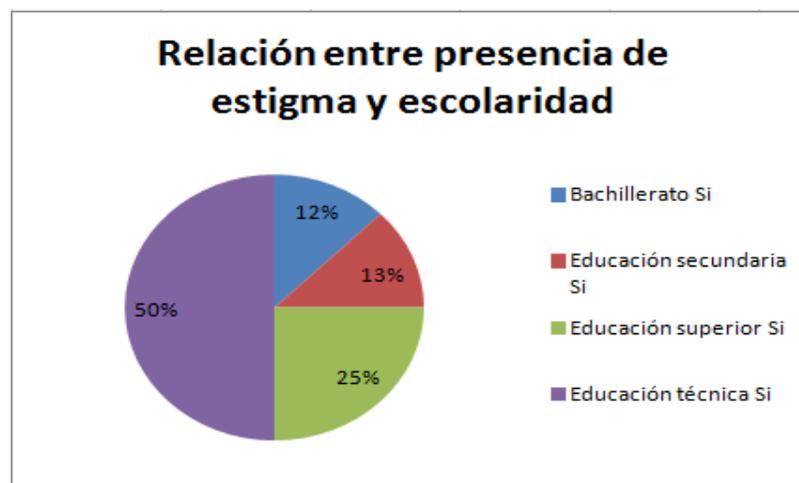
El personal asistencial que labora en el Hospital Policlínico Arce en su mayoría no presentan síndrome de burn out. Existe un porcentaje bajo pero significativo de personas que presentan síndrome de burn out.



Fuente: Escala CAMI

El gráfico de pastel muestra en porcentaje la relación que existe entre la presencia de estigma hacia el pacientes con patología psiquiátrica y la ocupación del personal asistencial.

El personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes psiquiátricos esta constituido por personal de servicios de apoyo y en su mayoría por personal de enfermería.



Fuente: Escala CAMI

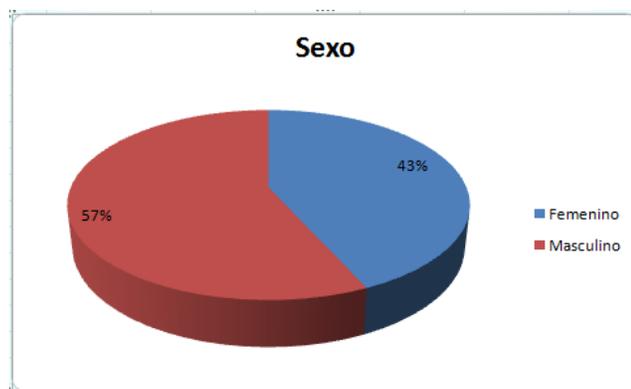
El gráfico presenta en porcentajes la relación que existe entre la presencia de estigma hacia el paciente con patología psiquiátrica y la escolaridad del personal asistencial. El personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica está conformado en su mayoría por técnicos y personas con educación superior. El menor porcentaje de personas con estigma hacia los pacientes psiquiátricos corresponde a la escolaridad de bachiller o de educación secundaria.



Fuente: Escala CAMI, Maslach Burnout Inventory

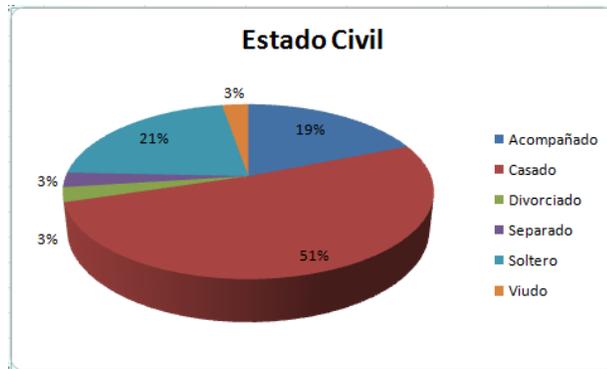
El gráfico de pastel muestra la relación entre la presencia de estigma en el personal asistencial y la presencia de estrés laboral o síndrome de burn out. La mayor parte de las personas con estigma hacia los pacientes psiquiátricos no padecen de síndrome de burn out.

A continuación se presentan los datos obtenidos de los familiares de los pacientes con patología psiquiátrica que son atendidos en el Hospital Policlínico Arce:



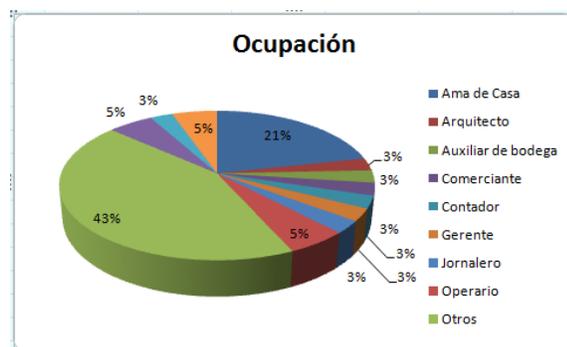
Fuente: Hoja de recolección de datos

Se muestra en la gráfica la distribución por sexo de los familiares de los pacientes con patología psiquiátrica que son atendidos en el Hospital Policlínico Arce. Éstos se distribuyen aproximadamente de forma equitativa entre los sexos masculino y femenino.



Fuente: Hoja de recolección de datos

Se muestra en el gráfico la distribución por estado civil de los familiares de los pacientes con enfermedad mental, los cuales están constituidos en su mayor parte por personas casadas. Son pocos los familiares que se encuentran viudos, separados o divorciados.



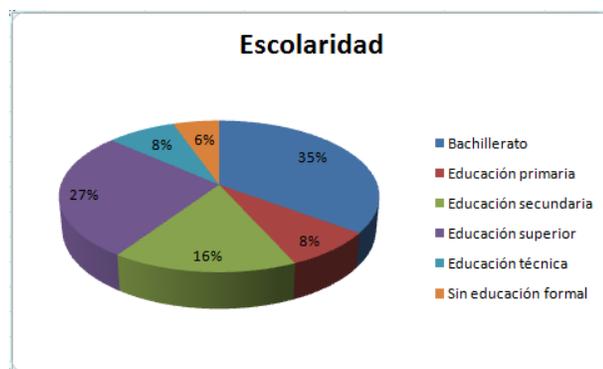
Fuente: Hoja de recolección de datos

El gráfico muestra la distribución de los familiares según su ocupación. La mayoría de los familiares de pacientes con patología psiquiátrica son amas de casa, operarios o comerciantes.



Fuente: Hoja de recolección de datos

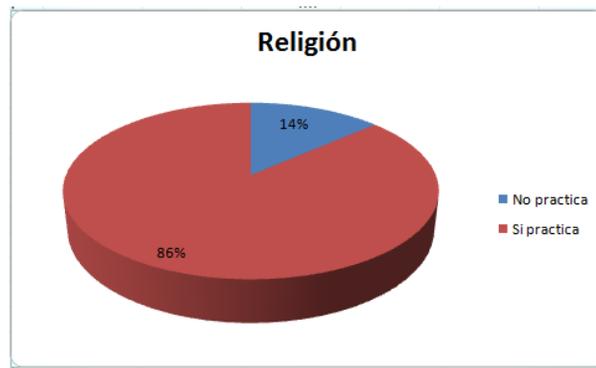
Se observa en el gráfico de pastel la distribución de los familiares de pacientes con enfermedad mental según su área de vivienda. La gran mayoría se encuentran viviendo en el área urbana.



Fuente: Hoja de recolección de datos

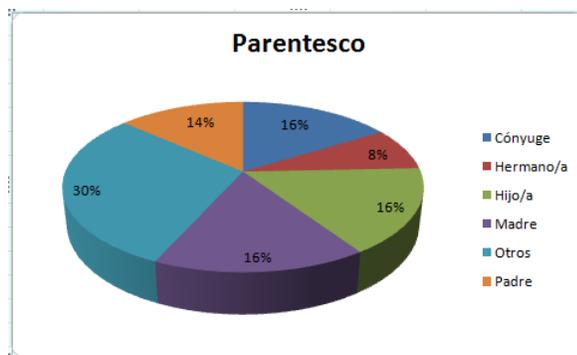
El gráfico de pastel muestra la distribución de los familiares en el ámbito de la escolaridad. Los familiares de los pacientes con enfermedad mental han

estudiado en su mayoría bachillerato o educación superior como es una licenciatura. Existen familiares de pacientes que son analfabetos.



Fuente: Hoja de recolección de datos

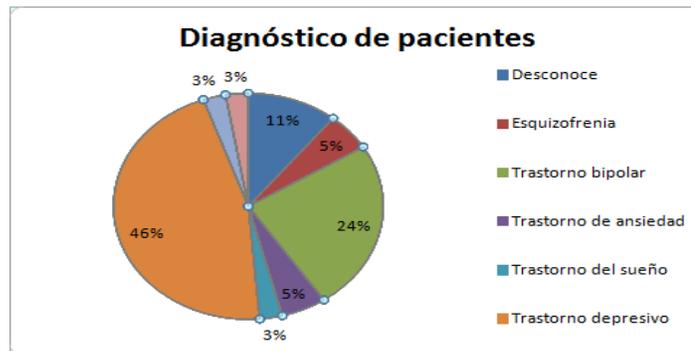
Se observa en el gráfico la distribución de familiares de pacientes con enfermedad mental atendidos en el Hospital Policlínico Arce según si practican o no algún tipo de religión. En su gran mayoría los familiares de pacientes con enfermedad mental practican alguna religión.



Fuente: Hoja de recolección de datos

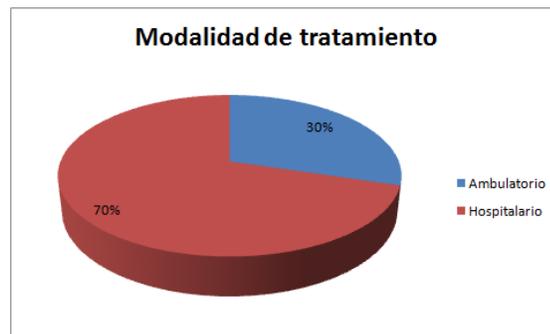
Se observa en la gráfica de pastel la distribución por parentesco de los familiares de pacientes atendidos en el Hospital Policlínico Arce que padecen

de enfermedad mental. Estos familiares son en su mayoría las madres, hijos o cónyuges de los pacientes.



Fuente: Hoja de recolección de datos

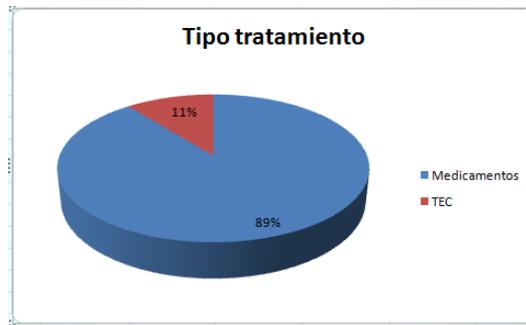
Se muestra en la gráfica la distribución por diagnóstico de los pacientes con enfermedad mental según lo que los familiares consideran o conocen que padecen dichos pacientes. La mayor parte de los pacientes que son atendidos en el Hospital Policlínico Arce padecen de trastornos depresivos o trastorno bipolar. Hay un porcentaje importante de familiares que desconocen el diagnóstico del paciente a quien acompaña o visita.



Fuente: Hoja de recolección de datos

El gráfico de pastel muestra la distribución de modalidad de tratamiento de los pacientes atendidos en el Hospital Policlínico Arce. La mayor parte de familiares

entrevistados tienen al paciente a su cargo hospitalizado. Cabe mencionar que en forma ambulatoria es poca la población de familiares que acompaña a los pacientes.



Fuente: Hoja de recolección de datos

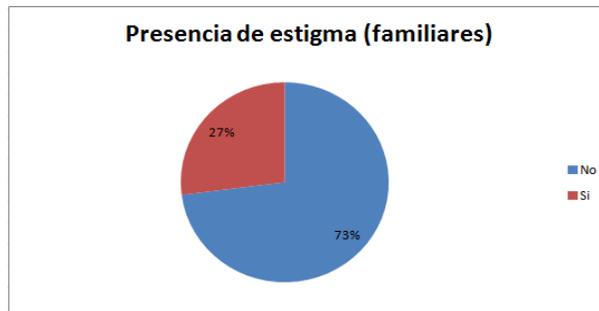
El gráfico representa el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con patología mental. Estos son tratados con medicamentos en su gran mayoría. Una pequeña parte de los pacientes se encuentran tratados con terapia electroconvulsiva



Fuente: Escala de Expresividad Emocional

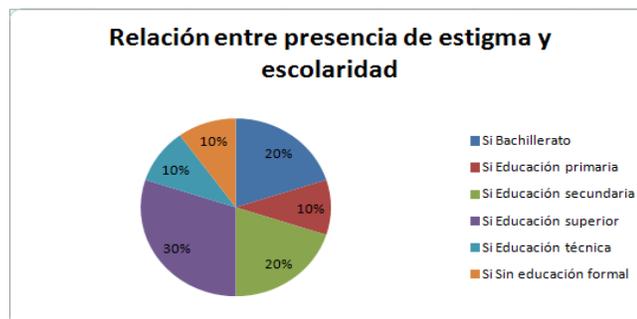
Se muestra en el gráfico la presencia ya sea elevada o reducida de expresividad emocional en los familiares de pacientes con enfermedad mental.

La mayor parte de los familiares presentan una expresividad emocional reducida. Hay un porcentaje significativo de familiares que presentan expresividad emocional elevada.



Fuente: Escala CAMI

Se observa en el gráfico de pastel la distribución de los familiares que presentan estigma hacia pacientes con enfermedad mental y los que no lo presentan. La gran mayoría de los familiares no presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental.

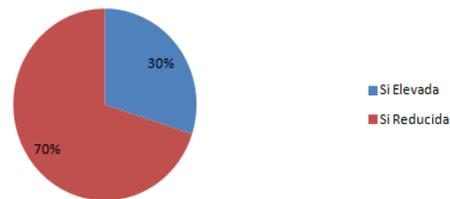


Fuente: Escala CAMI

La gráfica de pastel representa la relación entre los familiares que presentan estigma hacia los pacientes con patología mental y su escolaridad.

La mayor parte de los familiares que presentan estigma en los pacientes con enfermedad mental han tenido una educación superior, ha estudiado bachillerato o educación secundaria. El menor porcentaje de familiares que presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental son técnicos, han tenido educación primaria o son analfabetos.

Relación entre presencia de estigma y expresividad emocional



Fuente: Escala CAMI, Escala de Expresividad Emocional

El gráfico representa la relación entre los familiares que presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental y la presencia de expresividad emocional. La gran mayoría de familiares con estigma hacia los pacientes con enfermedad mental poseen una expresividad emocional reducida.

Capítulo VII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos mediante la realización de este trabajo se han observado los siguientes datos:

El personal asistencial que labora en forma directa con los pacientes con enfermedad mental en el Hospital Policlínico Arce no presenta en su mayoría, estigma hacia los pacientes con enfermedad mental. Pero si existe un porcentaje significativo de personas dentro del personal que si estigmatizan a los pacientes que padecen enfermedad mental.

Dentro del personal asistencial se observa que existe un porcentaje significativo de personas afectadas por el síndrome de burn out.

El personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica corresponde al personal de enfermería y al personal de servicios de apoyo que han tenido una educación técnica o superior y que en su mayoría no padecen de síndrome de burn out.

No hay presencia de estigma hacia los pacientes psiquiátricos por parte del personal médico ya sea del área de psiquiatría o de otras áreas. Dichas personas son quienes conocen mejor las patologías psiquiátricas; así mismo, se consideraría que el personal de enfermería posee mayor conocimiento sobre dichas patologías en relación con otro personal como es el administrativo y el de servicios de apoyo.

Pero a pesar de que en el personal médico no se observa estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica, si se presenta en el personal de enfermería por lo cual no está directamente relacionado el hecho de conocer mejor las enfermedades mentales y la menor presencia de estigma hacia los pacientes que la padecen, por lo cual se rechaza la hipótesis planteada.

Así mismo se obtuvieron datos de los familiares que acompañan al paciente que padece de enfermedad mental, en su consulta o que le visitan mientras se encuentra hospitalizado en el Hospital Policlínico Arce obteniendo los siguientes datos:

La mayor parte de los familiares de los pacientes con enfermedad mental presentan una expresividad emocional reducida y en su mayoría no presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental, pero si se observa un porcentaje significativo de familiares que presentan estigma hacia dichos pacientes.

Los familiares que presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental han tenido en su mayoría una educación superior, bachillerato o una educación secundaria. Además presentan una expresividad emocional reducida.

Al comparar el porcentaje de familiares de pacientes con enfermedad mental y personal asistencial que labora en forma directa con los pacientes psiquiátricos del Hospital Policlínico Arce, se observa que es equivalente la proporción de personas que presentan estigma hacia dichos pacientes.

También se puede observar que la presencia de estigma hacia los pacientes psiquiátricos no se encuentra relacionada con el grado de escolaridad de las personas que los estigmatizan.

Capítulo VIII

CONCLUSIONES

- ◆ Dentro de las personas que laboran en forma directa con los pacientes con patología mental existe un grupo significativo que presenta estigma hacia dichos pacientes
- ◆ La presencia de estigma entre familiares de pacientes con enfermedad mental y personal asistencial que labora directamente con pacientes con enfermedad mental es equivalente.
- ◆ Los familiares que presentan estigma hacia los pacientes con enfermedad mental poseen una expresividad emocional reducida
- ◆ Hay un grupo significativo de personal asistencial que padece de síndrome de burn out. A pesar de esto la mayor parte del personal asistencial presenta estrés laboral bajo.
- ◆ El personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con enfermedad mental mayormente presenta niveles de estrés laboral bajo.

Capítulo IX

RECOMENDACIONES

A partir del trabajo realizado se presentan las siguientes recomendaciones:

- ◆ Se recomienda al Instituto Salvadoreño del Seguro Social fomentar actividades de cuidados de la salud mental en el personal asistencial
- ◆ Al servicio de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce se le recomienda promover la educación sobre lo que constituyen las enfermedades mentales y la humanización en personal de servicios de apoyo y personal de enfermería.
- ◆ A los médicos consultantes se les recomienda instruir a los familiares de los pacientes con enfermedad mental en lo que son las patologías psiquiátricas, sus manifestaciones, tratamientos y la forma en que pueden apoyar a su familiar que las padecen.

Capítulo X

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnaiz A, Uriarte J. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. N° 26. 2006. Pg 49-59
2. Cristina Ruiz, Francisca Ríos. El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004, Vol. 4, N°1, pp. 137-160.
3. Duncan Perderson. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VI N° 1 Enero-Junio 2005. Pp 3-14.
4. Evelyn Sosa. Frecuencia de los síntomas del síndrome de *burnout* en profesionales médicos. Revista Médica de Rosario. 2007. Vol 73: 12-20.
5. Francisco Bellver. Variables Modificadoras de la asociación expresividad emocional familiar-recidivas en pacientes esquizofrénicos (tesis doctoral). Valencia: Universitat de Valencia. 2006
6. Heather Stuart. La nueva Sección de la WPA sobre estigma y trastornos mentales. World Psychiatry (Ed. Esp) 3:1 Abril. 2005.
7. Héctor León Castro. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VI N° 1 Enero-Junio 2005, pp 33-42.
8. José Guimón. Los prejuicios contra la psiquiatría. Madrid. Cantabria. 2001
9. Maria Thomaé, Elio Ayala, Marina Sphan, Dra. Mercedes Storti. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. 2006. N° 153.
10. Muela, José; Godoy, Juan. Importancia de los componentes de la emoción expresada clínica y salud. Rede de Revistas Científicas de

América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2001. Vol. 12, núm.2, pp.179-197.

11. Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1° ed. Madrid. Editorial Complutense. 2009.
12. Sánchez L E, Arboleda F J, Cardona G A, Córdoba S A, Ibañez M, Pérez I, Ruiz A, Vallejo A. Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia. Universidad del Rosario. Bogotá. 2010.
13. Uribe Restrepo M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Universidad Médica 2007. VOL. 48 N° 3
14. Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Rossi G. Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. The European Journal of Psychiatry (edición en español) 2002; 9: 108-116
15. Zárate C, Ceballos ME, Contardo MV, Florenzano R. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. Revista Chilena de Neuro psiquiatría. 2006. 44(3): 205-214

ANEXOS

Instrumento de Recolección de Datos del Trabajo de Investigación para personal asistencial:

**ESTIGMA SOBRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR FAMILIARES DE PACIENTES
Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE**

El presente instrumento tiene el objetivo de recolectar datos para el estudio de **SOBRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR FAMILIARES DE PACIENTES Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE**, para identificar factores que contribuyen a la presencia de estigma y crear medios para su modificación.

La información recolectada mediante estos instrumentos es de carácter **Estrictamente Confidencial**. No se consignará en el instrumento nombre de las personas que lo realicen, ni documentos de identificación.

Si se presentan dudas durante la ejecución de este instrumento consulte al personal que le está encuestando.

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino: _____
3. Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Acompañado _____
Viudo _____ Divorciado _____
4. Ocupación: Médico Psiquiatra _____ Psicólogo _____ Médico no
psiquiatra _____
Trabajadora Social _____ Personal de
enfermería _____
Personal administrativo _____ Personal de servicios de
apoyo _____
5. Área de vivienda: Urbano _____ Rural _____
6. Escolaridad: Sin educación formal _____ Educación primaria _____
Educación secundaria _____ Bachillerato _____
Educación técnica _____ Educación superior _____
Postgrado _____
7. Religión: Si practica _____ No practica _____

Instrumento de Recolección de Datos del Trabajo de Investigación para familiares:

**ESTIGMA SOBRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR FAMILIARES DE PACIENTES
Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE**

El presente instrumento tiene el objetivo de recolectar datos para el estudio de **SOBRE PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA POR FAMILIARES DE PACIENTES Y PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE**, para identificar factores que contribuyen a la presencia de estigma y crear medios para su modificación.

La información recolectada mediante estos instrumentos es de carácter **Estrictamente Confidencial**. No se consignará en el instrumento nombre de las personas que lo realicen, ni documentos de identificación.

Si se presentan dudas durante la ejecución de este instrumento consulte al personal que le está encuestando.

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino: _____
3. Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Acompañado _____
Viudo _____ Divorciado _____
4. Ocupación: Secretaria _____ Ama de Casa _____
Operario _____ Jornalero _____
Vigilante _____ Otros _____
5. Área de vivienda: Urbano _____ Rural _____
6. Escolaridad: Sin educación formal _____ Educación primaria _____
Educación secundaria _____ Bachillerato _____
Educación técnica _____ Educación superior _____
Postgrado _____
7. Religión: Si practica _____ No practica _____
8. Parentesco con el paciente: Padre _____ Madre _____
Herman@ _____ Abuel@ _____
Hij@s _____ Cónyuge _____

Otros _____

9. Diagnóstico del paciente:

Depresión _____ Ansiedad _____ Bipolar _____

Alzheimer _____ Trastorno del sueño _____ Adicciones _____

Retardo mental _____ Tr. De personalidad _____ Desconoce _____

Otros (especificar): _____

10. Cantidad de meses en tratamiento: _____

11. Modalidad de tratamiento: Ambulatorio _____ Hospitalario _____

12. Tipo de tratamiento: Terapia _____ Medicamentos _____

Terapia electroconvulsiva _____

Escala CAMI (*Community attitudes Toward mentally III*)

Para cada una de las siguientes oraciones, según su criterio escriba a la par f (falso) o v (verdadero)

AUTORITARISMO

1. Una de las principales causas de enfermedad mental es la falta de disciplina y falta de voluntad.
2. La mejor manera de manejar a un enfermo mental es al encerrarlo bajo llave.
3. Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de personas normales.
4. En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado.
5. Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño.
6. Una enfermedad mental es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad.
7. El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social.
8. Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales.
9. Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales.
10. Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental.

BENEVOLENCIA

1. Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla.
2. Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales.
3. Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad.
4. Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados.
5. Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible.
6. Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía.
7. Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad.
8. El gasto fiscal en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero.
9. Existen suficientes servicios de salud mental.
10. Es mejor evadir a las personas con problemas mentales.

RESTRICCIÓN SOCIAL

1. No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental.
2. El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad.
3. Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado.
4. No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente.
5. Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluido para realizar trabajos públicos.
6. No se le deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales.
7. Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal.
8. Nadie tiene derecho de excluir a los enfermos mentales de su vecindario.

9. Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone.
10. Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras.

PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

1. Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local.
2. La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de comunidad.
3. Los servicios de salud mental deberían ser otorgados mediante facilidades entregadas en cada comunidad.
4. El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio.
5. Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales.
6. Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales.
7. Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios.
8. El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad.
9. Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales.
10. El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio.

MASLACH BURNOUT INVENTORY

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. civil: _____ No. de hijos: _____
 Depto. en el que colabora: _____ Antigüedad en su puesto: _____

INSTRUCCIONES: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones presentadas en los siguientes enunciados

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas a las que tengo que atender.							
5. Siento que estoy tratando a algunos estudiantes o empleado como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de los estudiantes o empleados que atiendo.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado con mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los estudiantes o empleados.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los estudiantes.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con los estudiantes o empleados.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades.							
21. Creo que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que los estudiantes me culpan de algunos de sus problemas.							