



ORIGINALES

Evolución del estigma hacia salud mental en especialistas sanitarios en formación en Asturias

Evolution of the stigma towards mental health in training health specialists in Asturias

Carla López López ¹

Ana Freijeiro Llorca ¹

María Esther Arbesú Fernández ²

¹ Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria III del Principado de Asturias. Asturias. España. carla25@outlook.es

² Servicio de Transformación y Gestión del Conocimiento de la Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.525701>

Recibido: 28/05/2022

Aceptado: 21/09/2022

RESUMEN:

Introducción: Diversos estudios analizaron el estigma en estudiantes o en profesionales sanitarios hacia personas con enfermedades mentales. Sin embargo, no hay evidencia que lo estudie en residentes en Formación Sanitaria Especializada (FSE).

Objetivo: Este trabajo pretende evaluar el grado de estigma de residentes en especialidades clínicas, la formación recibida en materia «antiestigma» durante la residencia y su influencia sobre las creencias y actitudes que tenían en el primer y último año de la especialidad.

Material y métodos: Diseño descriptivo transversal en una muestra de 250 residentes de enfermería, medicina y psicología clínica: 141 en el primer año de especialidad y 109 en el último, seleccionados por muestreo aleatorio proporcional al total de residentes en cada año. Para medir el estigma se utilizó la escala CAMI-S y para las variables sociodemográficas un cuestionario de elaboración propia. Ambos se crearon en la aplicación FORMS y se enviaron por correo electrónico. Se obtuvo la media y desviación estándar (DE) en «Integración y contacto», «Distancia social», «Peligrosidad y evitación», y Estigma global. Puntuación global sin estigma entre 80-100.

Resultados: Tasa de respuesta del 57,6%: 72,2% mujeres, 23-28 años el 64,6%, 54,2% en primer año, 51,4% especialidad médica y de enfermería el 29,9%. El 20,1% había recibido formación «antiestigma». Media global de estigma de 86,7 (DE=8,5); de 87,3 (DE=7,9) en primer año y 86,1 (DE=9,1) en último año (P=0,398); de 90,0 (DE=8,2) si recibieron formación y 86,1 (DE=8,4) si no la recibieron (p=0,027).

Conclusiones: Se obtuvieron puntuaciones globales favorables al «antiestigma» hacia personas tanto en el primero como en el último año de especialidad. Cuando hubo formación «antiestigma» durante la residencia los resultados aún son más favorables. Resultaría por lo tanto beneficioso incluir contenidos en materia «antiestigma» en los programas formativos de FSE.

Palabras clave: estigma social, salud mental, residencia, cambio social

ABSTRACT:

Introduction: Several studies have analysed social stigma among medical and nurse students or health care workers towards people with mental disorders. However, there is no evidence of social stigma training in residents during their specialised health training (FSE).

Objective: This study aims to evaluate social stigma in residents in clinical specialities, the "anti-stigma" training during their residency, and its influence on the beliefs and attitudes they had in the first and last year of specialisation.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study in a sample of 250 residents of nursing, medicine, and clinical psychology: 141 in the first year of speciality and 109 in the last year, selected by random sampling proportional to the total number of residents in each year. The CAMI-S scale was used to measure social stigma, and a self-made questionnaire was used for sociodemographic variables. Both were created in the FORMS app and sent via email. The mean and standard deviation (SD) were obtained for "integration and contact", "social distance", "dangerousness and avoidance", and overall stigma. Overall score for no stigma was between 80-100.

Results: Response rate of 57.6%: 72.2% women, 64.6% 23-28 years old, 54.2% in the first year, 51.4% medical specialisation and 29.9% nursing. Only 20.1% had received "anti-stigma" training. Overall mean stigma of 86.7 (SD=8.5); 87.3 (SD=7.9) in the first year and 86.1 (SD=9.1) in the last year (P=0.398); 90.0 (SD=8.2) if they received training and 86.1 (SD=8.4) if they did not (p=0.027).

Conclusions: Overall scores favourable to "anti-stigma" were obtained for people both in their first and last year of specialty. When there was "anti-stigma" training during residency, the results were even more favourable. It would therefore be beneficial to include content on "anti-stigma" in residency training programmes.

Keywords: Social stigma, mental health, residence, social change.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia, el concepto de enfermo mental ha ido cambiando relacionándolo en un principio con una casuística mágica y sobrenatural hasta la perspectiva científico-racional que tenemos hoy en día ^(1,2).

La Real Academia Española define estigma como: «Desdoro, afrenta y mala fama»⁽³⁾. En salud mental, su impacto es doble: por un lado, el estigma personal, como el prejuicio que las propias personas con enfermedad mental tornan contra ellos mismos, y por el otro, el estigma social, como la reacción de la población general hacia las personas con enfermedad mental⁽⁴⁾.

Este estigma social viene marcado por estereotipos, prejuicios y discriminación que ayudan, en cierto modo, a un colectivo mayoritario a la categorización social y a identificar de forma rápida a aquellos que puedan considerar potencialmente peligrosos.

En contraposición, los movimientos «antiestigma» guían sus esfuerzos en normalizar el hecho de tener una enfermedad mental, tratando de erradicar el estigma y la discriminación asociada en los medios de comunicación, la educación, la sanidad y el mercado laboral^(5,6).

Pese a estos movimientos y a la evolución histórica, el estigma que envuelve al enfermo mental sigue estando ahí: extraños, peligrosos, impredecibles, generan desconfianza y compasión «desde la distancia». Incluso el personal sanitario ha mantenido estas creencias ejerciendo su profesión según las ideologías políticas y sociales del momento^(1,7).

Son los propios pacientes los que denuncian que su patología mental muchas veces ocupa el tiempo de atención sanitaria cuando acuden a los servicios de atención primaria, esto es que su enfermedad mental eclipsa en cierta forma los síntomas físicos perdiendo estos su origen orgánico⁽⁸⁾.

La formación sanitaria especializada, a la que pueden acceder enfermeros, psicólogos, médicos, farmacéuticos, físicos, biólogos y químicos, incluye en su plan de formación transversal, cursos para aumentar sus conocimientos bioéticos que los lleven a actuar en su ámbito profesional de una forma más diligente⁽⁹⁾. Sin embargo, en materia de educación «antiestigma» o de salud mental en general, un estudio multicéntrico en el que se evaluó el estigma hacia personas con problemas de salud mental en estudiantes de ciencias de la salud, determinó que existe una prioridad para este tipo de educación en los alumnos de Enfermería y Medicina⁽¹⁰⁾. Los pacientes con problemas de salud mental son etiquetados por estudiantes sanitarios como desviados, desafiantes, incompetentes o incapaces de ser padres adecuadamente.

Otro estudio mexicano que empleó la escala OMI-M en estudiantes de psicología, obtuvo percepciones de agresividad y puntajes más altos en áreas de restricción social y mayor predicción pesimista de recuperación hacia personas con problemas de salud mental⁽¹¹⁾.

Una revisión bibliográfica acerca del estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, señala que tanto las enfermeras especialistas en salud mental como trabajadores sociales, psiquiatras o psicólogos, suponen una fuente de actitudes dañinas hacia las personas con este tipo de trastornos⁽¹²⁾.

La mayoría de los profesionales sanitarios que participaron en un estudio español elaborado en el año 2017, opinaron que las personas con esquizofrenia pueden suponer un peligro para el resto de la población o para sí mismas, al mismo tiempo que reconocieron que estos pacientes no reciben la atención que necesitan. La conclusión de la investigación fue que era necesario recibir más formación en materia «antiestigma»⁽¹³⁾.

Otro factor a tener en cuenta en relación al estigma existente hacia las personas con problemas de salud mental, es el contacto social. Estudios previos que evaluaron el efecto de combinar la educación con el contacto directo o indirecto, encontraron que esta es la estrategia más efectiva para mejorar las actitudes y reducir el deseo de distancia social en comparación con la educación sola⁽¹⁴⁾.

El tener un familiar o amistad con antecedentes de salud mental también influiría positivamente en la relación del profesional sanitario con el paciente^(15,16).

En la actualidad, existen estudios que evalúan el grado de estigma en el personal sanitario o en alumnos de enfermería, medicina y psicología^(17,18). Sin embargo, apenas existe bibliografía que se centre en la actitud que tienen los residentes sanitarios en este tema.

Según un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad en 2020, en Asturias el 38,9% de la población tiene algún problema de salud mental⁽¹⁹⁾. En base a esto, los

residentes FSE del Principado de Asturias es muy probable que a lo largo de su carrera profesional tengan que atender a pacientes con problemas de salud mental. Por ese motivo, es importante evaluar las creencias, actitudes y comportamientos de los futuros especialistas hacia estos pacientes y ver si hay una evolución durante el período de residencia. Ello podría ayudar a orientar la FSE y a implementar planes y estrategias en el ámbito asistencial con la finalidad de ofrecer una atención mejor reduciendo el estigma de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue el evaluar el grado de estigma de residentes en especialidades clínicas, la formación recibida en materia «antiestigma» durante la residencia y su influencia sobre las creencias y actitudes que tenían en el primer y último año de la especialidad.

MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio y población

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que la población diana fueron los residentes de primer y último año de enfermería, medicina y psicología clínica del Principado de Asturias durante el año de residencia 2021/2022. La inclusión de estas categorías se justifica a partir de la bibliografía encontrada acerca del estigma existente en el ámbito sanitario. Se excluyeron las especialidades de laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Bioquímica y Farmacia Hospitalaria, por tener un menor contacto directo con el paciente.

La población de estudio la constituían 431 residentes, se excluyeron 20 por no cumplir los criterios de inclusión anteriormente descritos, quedando 411: 232 (56,4 %) en el primer año y 179 (43,6 %) en el último año de la especialidad.

Para el cálculo del tamaño de muestra se tuvo en cuenta que en el estudio se analizaría la media de estigma global y asumiendo una desviación estándar de 15 puntos y una precisión deseada de 2 para una confianza del 95 %, resultó un tamaño muestral de 250 residentes.

Se obtuvieron listados separados de primer y último año de especialidad y por muestreo aleatorio estratificado proporcional a cada estrato se seleccionaron 141 residentes de primer año y 109 de último año de especialidad.

Instrumento

Para la recogida de datos se utilizó la escala *Community Attitudes Towards Mental Illness* (CAMI-S), validada al español por la doctora Meritxell Sastre Rus⁽¹⁷⁾. Esta escala consta de 20 ítems con una escala de Likert de 1 a 5 puntos que va de «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo». Las posibles puntuaciones totales presentan un intervalo de 20 a 100 puntos indicando las puntuaciones más altas reacciones más favorables a la integración.

Cada ítem que conforma la escala se puede clasificar en torno a 3 factores («Integración y contacto», «Distancia social» y «Peligrosidad y evitación») en función de la opinión sobre la manera de tratar y cuidar a una persona con enfermedad mental grave⁽¹⁷⁾. Para dicha agrupación, se siguieron las recomendaciones de la autora⁽¹⁷⁾.

La puntuación de cada factor resulta de sumar el resultado obtenido en cada ítem invirtiendo las puntuaciones de aquellas preguntas formuladas en negativo. De forma que, en las preguntas con formulación negativa, las respuestas «No estoy de acuerdo» y «Totalmente en desacuerdo» se puntuaron 4 y 5, y las respuestas «De acuerdo» y «Totalmente de acuerdo» se puntuaron 1 y 2.

Los intervalos de puntuación indicativos de «sin estigma» en cada uno de los tres factores son: en «Integración y contacto» 36-45, en «Distancia social» intervalo 28-35, y en «Peligrosidad y evitación» un intervalo 16-20. En la puntuación global es 80-100. Además de la escala, se administró un cuestionario de elaboración propia en el que se recogía información sobre año de nacimiento (al restarlo del año 2021 se creó la variable «Años de vida») y sobre variables cualitativas nominales: sexo; especialidad; atención a pacientes con trastorno mental; antecedentes personales, familiares y de amigos de trastorno mental; formación recibida sobre las creencias sociales hacia personas con trastorno mental y a través de qué recurso; y su influencia en las creencias y etiquetas que se ponen a personas con trastorno mental. Se recogió también información de variables cualitativas ordinales como el año de residencia cursado en el momento de contestar la encuesta.

Procedimiento

Prueba piloto

Se hizo una prueba piloto con 17 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de segundo y tercer año con el objetivo de estudiar la adecuación del cuestionario de variables sociodemográficas al objetivo deseado, evaluando claridad de las preguntas, su idoneidad, la extensión y su comprensión.

Una vez hecha la prueba, se obtuvieron un total de 5 respuestas. Tras ella, se modificaron algunos datos sociodemográficos y su orden de presentación. Además, se incluyó la definición de trastorno mental dentro de la descripción de la escala CAMI-S. Se clasificaron las variables restantes en tres secciones: variables sociodemográficas, variables de formación personal y variables clínicas personales y familiares.

Reclutamiento

Se envió un correo e-mail personalizado a los residentes invitándolos a participar en el estudio con una breve carta de presentación de las autoras, en las que se explicaba el objetivo del trabajo, y con el link de acceso al cuestionario construido en la aplicación FORMS. El envío del cuestionario se hizo en dos tiempos diferenciados, el primer envío se realizó un martes y hubo un envío de recuerdo que se realizó dos semanas después en un día de viernes⁽²⁰⁾.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 14.0. Se analizaron las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y la media y desviación estándar (DE) de las cuantitativas. De la formación sobre las creencias sociales hacia las personas con trastorno mental, al tratarse de una variable principal del estudio además del porcentaje se obtuvo también su intervalo de confianza del 95 %.

De la puntuación global del cuestionario CAMI-S y de cada uno de sus 3 factores se obtuvo la puntuación media, la desviación estándar global y el intervalo de confianza del 95 %. Puesto que la muestra siguió una distribución normal, para la comparación del cuestionario con las variables sociodemográficas, se utilizó la prueba t de Student, considerando significativas las diferencias con un valor de $p \leq 0,05$ y cuando el cero no está incluido en el Intervalo de Confianza al 95 % de la diferencia de medias.

De las puntuaciones de cada factor se obtuvo también el porcentaje de residentes sin estigma.

Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación médica del Principado de Asturias (código de registro: 2021.440). Los participantes fueron informados de que con la cumplimentación de la encuesta consentían participar en el estudio. El procesamiento de los datos se realizó de forma anónima de acuerdo con las regulaciones de protección de datos vigentes.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes y en cumplimiento de la Ley de protección de datos, se contactó con los residentes vía correo electrónico desde el Servicio de Transformación y Gestión del Conocimiento perteneciente a la Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud del Principado de Asturias (España).

RESULTADOS

Un total de 144 residentes completaron el cuestionario definitivo. Esto supone una tasa de respuesta global del 57,6 %.

Respondieron el 100 % (7/7) de residentes con la titulación de Psicología Clínica, el 67,2 % (43/65) con la de Enfermería y el 53,1 % (94/178) con la de Medicina.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE LA ESPECIALIDAD

El perfil predominante fue el de mujer (72,2 %) con una media de edad de 28,2 años (DE 3,8) que estaba en su primer año de residencia (54,2 %). El 51,4 % tenía una especialidad médica y el 29,9 % una especialidad de enfermería. En la tabla 1 se muestran las frecuencias absolutas y relativas de los datos sociodemográficos demandados.

Tabla 1. Características sociodemográficas (n = 144)

Variables sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Mujer	104 (72,2)
Hombre	40 (27,8)
Años de vida agrupados	
23-28 años de vida	93 (64,6)
29-33	37 (25,7)
34-38	10 (6,9)
39-42	4 (2,8)
Año de especialidad	
Primer año	78 (54,2)
Último año	66 (45,8)
Especialidades agrupadas	
Enfermería de Salud Mental	6 (4,2)
Enfermería del Trabajo	3 (2,1)
Enfermería Familiar y Comunitaria	25 (17,4)
Enfermería Geriátrica	3 (2,1)
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	4 (2,8)
Enfermería Pediátrica	2 (1,4)
Especialidades Médicas	74 (51,4)
Especialidades Quirúrgicas	9 (6,3)
Especialidades Médico-Quirúrgicas	6 (4,2)
Microbiología y Parasitología, Radiodiagnóstico	5 (3,5)
Psicología Clínica	7 (4,9)

Al preguntarles por los antecedentes de salud mental, el 9,0 % de residentes (n = 13) padecían o habían padecido un trastorno mental. Un 2,8 % (n = 4) no quiso contestar. El 54,9 % (n = 79) de los residentes tenían familiares y/o amistades que padecían o habían padecido un trastorno mental. Un 8,4 % (n = 12) no quisieron contestar.

Puntuación de la escala CAMI-S y sus factores

En la tabla 2 se puede observar la puntuación media global de estigma y la de sus tres factores de estudio, la desviación estándar (DE) e intervalo de confianza del 95 % (IC95%). Los resultados hallados se relacionan con posiciones favorables «antiestigma».

Tabla 2. Puntuación obtenida en la escala CAMI-S (n = 144)

	Media (DE)	IC95%
Integración y contacto	38,9 (3,9)	38,3-39,5
Distancia social	30,4 (3,4)	29,8-30,9
Peligrosidad y evitación	17,5 (2,1)	17,1-17,8
Estigma Global	86,7 (8,5)	85,3-88,1

El porcentaje de residentes con puntuaciones comprendidas en los intervalos indicativos de «sin estigma» resultó del 77,8 % (n = 112) en el factor de «Integración y contacto», del 80,6 % en «Distancia social» (n = 116) y del 81,9 % en «Peligrosidad y evitación» (n = 118).

Relación entre estigma y año de especialidad

En el análisis comparativo entre el año de especialidad y la puntuación media obtenida en la escala y sus factores, las diferencias encontradas no han resultados estadísticamente significativas (tabla 3).

Tabla 3. Puntuación de la escala CAMI-S según año de especialidad (n = 144)

	Primer año de especialidad	Último año de especialidad	IC95% de la diferencia de las medias	Valor de p
	n = 78 Media (DE)	n = 66 Media (DE)		
Integración y contacto	39,1 (3,7)	38,7 (4,2)	-0,8 a 1,8	0,483
Distancia social	30,6 (3,3)	30,1 (3,5)	-0,7 a 1,6	0,408
Peligrosidad y evitación	17,6 (2,0)	17,3 (2,2)	-0,4 a 1,0	0,437
Estigma Global	87,3 (7,9)	86,1 (9,1)	-1,6 a 4,0	0,398

Nota. p < 0,05 fue considerada estadísticamente significativa

Experiencia y formación sobre las creencias sociales hacia las personas con trastorno mental durante la especialización

En la tabla 4 se pueden observar las frecuencias relativas y absolutas acerca de la experiencia y formación en creencias sociales de los residentes hacia personas con trastorno mental.

Tabla 4. Formación durante la especialización en materia «antiestigma» (n = 144)

Formación en creencias y actitudes	n = 144 (%)
Sí	29 (20,1)
No	113 (78,5)
No contesta	2 (1,4)
Modalidad formativa*	n = 29 (%)
Rotaciones	17 (58,6)
Formación propia	17 (58,6)
Cursos	13 (44,8)
A través del tutor o de la tutora	12 (41,4)
Sesiones clínicas	9 (31,0)
Talleres	3 (10,3)
Congresos	3 (10,3)
Influencia de la formación	n = 29 (%)
Positiva	23 (79,3)
No ha influido	6 (20,7)

Especialidad de los que recibieron formación	n = 29 (%)
Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria	10 (34,5)
Medicina de Atención Familiar y Comunitaria	4 (13,8)
Psicología Clínica	4 (13,8)
Enfermería de Salud Mental	3 (10,3)
Psiquiatría	3 (10,3)
Anestesiología y Reanimación	1 (3,4)
Medicina del Trabajo	1 (3,4)
Medicina Intensiva	1 (3,4)
Nefrología	1 (3,4)
Pediatría y Áreas específicas	1 (3,4)

Nota. Modalidad formativa*. Podían responder más de una opción.

Atendiendo al tipo de especialidad en formación, recibió alguna formación el 55,6 % (10 de 18) de residentes de la especialidad de Salud Mental y el 25,9 % (14 de 54) de residentes de Atención Familiar y Comunitaria.

De los 144 residentes, 97 (67,4 %) opinaron que, para mejorar las creencias y actitudes hacia las personas con trastorno mental, sería necesaria una formación general en psicopatología y/o una formación específica en estigma. Solo 1 residente (0,7 %) dijo que no creía que fuese necesario ningún tipo de formación.

En el momento de responder la encuesta, 137 (95,1 %) residentes participantes, contestaron que durante su periodo de formación y/o su vida laboral habían atendido a alguna persona con problemas de salud mental. Este contacto influyó positivamente en las creencias y actitudes de 81 participantes (59,1 %) y negativamente en 6 (4,4 %).

Relación entre estigma y la formación recibida

Cuando se evaluó la influencia de la formación en el grado de estigma, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los factores de «Distancia social» y «Peligrosidad y evitación» y en la puntuación global de la escala CAMI-S (tabla 5).

Tabla 5. Puntuación de la escala CAMI-S según la formación recibida (n=142)

	Con formación n = 29 Media (DE)	Sin formación n = 113 Media (DE)	IC95% de la diferencia de las medias	Valor de p
Integración y contacto	39,7 (3,9)	38,8 (3,9)	-0,8 a 2,4	0,300
Distancia social	31,9 (3,1)	30,0 (3,4)	0,6 a 3,3	0,006
Peligrosidad y evitación	18,4 (2,1)	17,3 (2,0)	0,3 a 2,0	0,010
Estigma Global	90,0 (8,2)	86,1 (8,4)	0,5 a 7,3	0,027

Nota. $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa

Nota₂. Se excluyeron del análisis aquellos participantes que no quisieron contestar

Relación entre estigma y antecedentes personales, familiares o del círculo social de trastorno mental

El haber padecido o padecer un trastorno mental, no muestra relación con la puntuación total obtenida en la escala ni en ninguno de sus factores (tabla 6). No así cuando los antecedentes son familiares o del círculo social, encontrando diferencias estadísticamente significativas en el factor de «Integración y contacto» (tabla 7).

Tabla 6. Puntuación de la escala CAMI-S en función de los antecedentes personales (AP) de trastorno mental (n = 140)

	Con AP n = 13 Media (DE)	Sin AP n = 127 Media (DE)	IC95% de la diferencia de las medias	Valor de p
Integración y contacto	39,2 (3,8)	38,9 (3,9)	-2,0 a 2,5	0,807
Distancia social	29,8 (4,0)	30,4 (3,4)	-2,6 a 1,3	0,527
Peligrosidad y evitación	17,4 (2,1)	17,5 (2,1)	-1,3 a 1,1	0,887
Estigma Global	86,3 (9,0)	86,8 (8,5)	-5,4 a 4,5	0,86

Nota. $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa

Nota₂. Se excluyeron del análisis aquellos participantes que no quisieron contestar

Tabla 7. Puntuación de la escala CAMI-S en función de los antecedentes familiares o del círculo social de trastorno mental (n = 132)

	Antecedentes familiares/círculo social n=79 Media (DE)	Ausencia de antecedentes familiares/círculo social n=53 Media (DE)	IC95% de la diferencia de las medias	Valor de p
Integración y contacto	39,4 (3,6)	38,0 (4,2)	0,007 a 2,8	0,049
Distancia social	30,3 (3,3)	30,3 (3,6)	-1,2 a 1,2	0,977
Peligrosidad y evitación	17,6 (2,0)	17,2 (2,1)	-0,3 a 1,01	0,265
Estigma Global	87,3 (8,0)	85,5 (9,1)	-1,2 a 4,8	0,233

Nota. $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa

Nota₂. Se excluyeron del análisis aquellos participantes que no quisieron contestar

DISCUSIÓN

Respondiendo al objetivo de este estudio, la puntuación media global de estigma en residentes de primer y último año en Formación Sanitaria Especializada resultó de 86,7 (IC95%: 85,3-88,1). Este resultado se sitúa en la mitad superior del intervalo de 20 a 100 de posibles puntuaciones en la escala CAMI-S, siendo las puntuaciones más altas reacciones más favorables a la integración.

La puntuación media observada en las subescalas de «Integración y contacto», «Distancia social» y «Peligrosidad y evitación», se incluye dentro del intervalo de puntuación considerado «sin estigma», estando la mayoría de residentes situados en esos intervalos. No resulta posible establecer comparaciones con otros estudios que hayan utilizado la escala CAMI-S pues no se han encontrado.

No se ha observado influencia del año de especialidad en el grado de estigma. A pesar de que la formación se considera una medida eficaz para disminuir el estigma^(13,15), solo el 20,1 % de residentes había recibido formación en creencias hacia las personas con trastorno mental, durante el tiempo que llevaban de especialización.

En el estudio se ha confirmado el beneficio de esta formación, pues quienes la recibieron, obtuvieron puntuaciones menores de estigma, tanto a nivel global como en cada uno de los tres factores de la escala CAMI-S. Sin embargo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos en el factor de «Integración y contacto» quizás, motivado por el azar, ya que, observando el Intervalo de Confianza de la diferencia de las medias, cabe suponer que un mayor tamaño de la muestra de residentes con formación daría un resultado diferente.

Se han encontrado resultados similares en otros trabajos, concluyendo que la distancia social como indicador de estigma, es menor entre los profesionales que habían recibido formación «antiestigma»^(14,15,21). Esta formación favorecería la integración del paciente con enfermedad mental en el entorno comunitario y reduciría las actitudes evitativas y la visión de este como una persona peligrosa.

En la investigación realizada se obtuvo un mejor resultado de estigma cuando se tienen antecedentes de familiares o amistades con trastorno mental, pero sólo en el factor de «Integración y contacto» y no se encuentran razones posibles que lo expliquen. El contacto previo, ya sea de familiares o amigos con enfermedad mental, influye positivamente en las creencias y actitudes hacia estos pacientes⁽¹⁶⁾.

El hecho de tener antecedentes personales de trastorno mental no supuso diferencias en el estigma. En este sentido, la bibliografía consultada no adopta una posición clara. Algunos autores afirman que existen actitudes más favorables y positivas cuando es el propio personal sanitario el que tiene antecedentes personales de salud mental⁽¹⁶⁾: ven el estigma como algo injusto y lo asumen como una meta personal de cambio. Sin embargo, otros señalan que hay quienes parecen aplicar el prejuicio a sí mismos lo cual afecta negativamente a su autoestima y autoeficacia limitando la posibilidad de contrarrestar los estereotipos inexactos^(22,23).

Los profesionales sanitarios tienen el deber de ejercer sus funciones guiados por la bioética y primando el bienestar y la atención holística del paciente, y la evidencia, sostiene que la falta de formación en salud mental desestabiliza esta atención. Actualmente en Asturias, más de la mitad de los residentes sanitarios en formación, atienden a pacientes de salud mental siguiendo más los constructos sociales que la medicina, enfermería y psicología basada en la evidencia⁽²⁴⁾.

Cabe plantearse ahora la necesidad urgente de incluir en los planes formativos transversales y no transversales, formación unificada y reglada «antiestigma». Todavía no es tarde, 6 de cada 10 residentes que están todavía en su primer año de

especialidad, no tienen formación, pero aún pueden recibirla. Se ha visto que, no solo esta formación es efectiva, sino que han arrojado luz sobre aquellas intervenciones que han resultado más eficaces para reducir el estigma de estudiantes y profesionales sanitarios hacia pacientes con enfermedades mentales^(16,25).

La inexistencia de un plan formativo específico que incluya contenidos en materia en salud mental y más concretamente en materia «antiestigma» frente a la necesidad constatada de la misma, corrobora la poca importancia y el escaso interés para la inversión de recursos en esta rama sanitaria⁽²⁶⁾, a pesar del auge que está tomando tanto en los medios públicos como políticos^(27,28).

Limitaciones

A pesar de que la escala CAMI-S es un instrumento fiable para evaluar el estigma en la población española, y por ello se puede emplear para los residentes de enfermería, medicina y psicología clínica, no tiene en cuenta las características propias de cada una de las profesiones.

Parece que, en su conjunto, la mayoría de residentes de la población de estudio tienen actitudes «antiestigma» hacia las personas que padecen algún trastorno mental. No obstante, el hecho de que el 42,4% de residentes seleccionados haya decidido no participar en el estudio, supone un sesgo en la selección que puede comprometer la validez de los resultados obtenidos. Si la no participación estuviese motivada por tener actitudes de estigma supondría una sobreestimación en los resultados observados en el estudio.

Al ser conocedores del objetivo del estudio y tratándose de un tema controvertido, es probable que se haya dado también el sesgo de deseabilidad social y el de atención o efecto Hawthorne, aunque en menor grado al tratarse de un cuestionario anónimo.

CONCLUSIONES

Los residentes de primer y último año de Formación Sanitaria de Asturias obtienen puntuaciones altas «antiestigma» hacia pacientes diagnosticados de alguna enfermedad mental. Aunque no se observa un cambio significativo en sus creencias y actitudes hacia estos pacientes desde que comienzan la especialidad hasta que la terminan, sí se evidencia el beneficio de la formación en un menor grado de estigma. Además, los antecedentes de familiares o amigos con problemas de salud mental mejoran la visión de los residentes hacia este colectivo.

Es necesario incluir en el plan formativo de los residentes de Formación Sanitaria Especializada, contenido reglado y unificado en salud mental y más en concreto en materia «antiestigma». Esto redundaría en la visión por parte de los sanitarios hacia el paciente de salud mental mejorando así la atención prestada.

Agradecimientos

Queremos agradecer a los y las participantes por acceder a participar en este trabajo y a la doctora Meritxell Sastre-Rus, por facilitarnos las claves necesarias para poder utilizar la escala CAMI-S.

REFERENCIAS

1. Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2013;76(4):218-218.
2. Espino-Granado A, editor. La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. En Toledo: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/va//organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
3. ASALE R, RAE. estigma | Diccionario de la lengua española. En: «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estigma>
4. CORRIGAN PW, WATSON AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. febrero de 2002;1(1):16-20.
5. Tosas A. Desenvolupament d'un Itinerari d'acceleració i un Pla Antiestigma a la Taula de Salut Mental de Terrassa [Internet]. 2018 nov [citado 4 de septiembre de 2022]; Barcelona. Disponible en: <http://salutmentaltarrassa.org/wp-content/uploads/2019/11/181116-Presentacio-Terrassa-comprimido-ok.pdf>
6. Global Anti-Stigma Alliance [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://antistigma.global/>
7. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008;28(1):48-83.
8. Navarro N, Trigueros R. Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*. 19 de julio de 2019;11:253.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental [Internet]. Sec. 3, Orden SPI/1356/2011 may 24, 2011 p. 51802-22. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356>
10. Masedo A, Grandón P, Saldivia S, Vielma-Aguilera A, Castro-Alzate ES, Bustos C, et al. A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Med Educ*. 7 de junio de 2021;21:324.
11. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. marzo de 2016;38(1):73-85.
12. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. enero de 2016;18(1):11.
13. Díaz-Iglesias L, Pacheco-Álvarez B, Castro-Hevia S. Actitudes de los profesionales sanitario de Atención Primaria y Salud Mental hacia personas con problemas mentales. Principado de Asturias; 2017.
14. Lanfredi M, Macis A, Ferrari C, Rillosi L, Ughi EC, Fanetti A, et al. Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Res*. noviembre de 2019;281:112581.
15. Sapag JC, Velasco PR. [Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care]. *Aten Primaria*. mayo de 2020;52:361-3.
16. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. noviembre de 2014;1(6):467-82.

17. Rus MS, Hidalgo JM, Canut MTL, Lorenzo AG, Sábado JT. Adaptación y validación preliminar de la forma española de la escala CAMI-S (Community Attitudes towards Mental Illness). *Revista de enfermería y salud mental*. 2018;(10):5-13.
18. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 1 de julio de 2016;9(3):150-7.
19. Miguel-García F, Calvo-Reyes MC, Rodríguez-Cobo I. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
20. Pit SW, Vo T, Pyakurel S. The effectiveness of recruitment strategies on general practitioner's survey response rates – a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*. 6 de junio de 2014;14(1):76.
21. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. diciembre de 2019;17(1):25.
22. Boyd JE, Katz EP, Link BG, Phelan JC. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiat Epidemiol*. 1 de noviembre de 2010;45(11):1063-70.
23. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. agosto de 2012;57(8):464-9.
24. Sastre-Rus M. Construcción y validación de una escala para la evaluación del estigma de la enfermedad mental en Enfermería (EVEPEM) [Internet] [Tesis doctoral]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2019 [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/141719/1/MSR_TESIS.pdf
25. Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H, et al. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Health*. junio de 2021;36(6):669-84.
26. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. [Stigma: Barrier to Access to Mental Health Services]. *Rev Colomb Psiquiatr*. septiembre de 2014;43(3):162-7.
27. Errejón: «El plan de Salud Mental equivale a medio euro por persona al año». *Redacción Médica* [Internet]. [citado 26 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/errejon-el-plan-de-salud-mental-equivale-a-medio-euro-por-persona-al-ano--8851>
28. Mancisidor M. Avilés asienta un servicio de psicoasesoría para jóvenes, paso previo a Salud Mental. *La Nueva España* [Internet]. 10 de marzo de 2022 [citado 26 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.lne.es/aviles/2022/03/10/aviles-asienta-servicio-psicoasesoria-jovenes-63641723.html>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia