

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO DE MEDICINA



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

EL ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL EN MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA

Autor: Samuel Renedo Martínez

Tutor: José Antonio Blanco Garrote

2022

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	Pág. 1
Introducción y justificación	Pág. 2
Objetivos	Pág. 5
Material y métodos	Pág. 5
Resultados	Pág. 7
Discusión	Pág. 9
Intervenciones sobre el estigma	Pág. 13
Limitaciones	Pág. 16
Conclusiones	Pág. 18
Bibliografía	Pág. 19
Anexos	Pág. 22
Póster	Pág. 35

RESUMEN

El estigma asociado a la salud mental ha demostrado ser un factor relevante en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos y la implicación de los profesionales sanitarios en este fenómeno es un elemento esencial que puede comprometer la asistencia. Dada la escasez de investigaciones previas, es fundamental conocer cómo funciona el estigma y los factores que lo determinan. En este estudio se analiza si existe una estigmatización de la salud mental entre los médicos y los estudiantes de medicina del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y cuáles son las claves para reducirla en estos grupos específicos. Para medir el estigma se han empleado la escala de distancia social de Bogardus y la escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness). Los resultados muestran niveles moderados pero significativos de estigma en la población estudiada, mayores en los médicos que en los estudiantes. Es posible que factores como la mayor experiencia clínica o la realización de prácticas en Servicios de Psiquiatría tengan un efecto beneficioso en términos de reducción de estigma.

Palabras clave: salud mental, psiquiatría, estigmatización, estigma asociado a la salud mental, CAMI, Bogardus, intervenciones anti-estigma.

ABSTRACT

Mental health stigma has been shown to be a relevant factor in the prognosis and quality of life in psychiatric patients. The involvement of healthcare professionals in this phenomenon is a key element that can potentially compromise healthcare. Given the paucity of previous research, it is essential to know how stigma works and the factors behind. This study analyses whether there is stigma among doctors and medical students at the Hospital Clínico Universitario de Valladolid, and what are the keys to reducing it among these specific groups. To measure stigma, the Bogardus social distance scale and the CAMI scale (Community Attitudes towards Mental Illness) have been used. The results show moderate but significant levels of stigma in the population studied, higher in doctors than in students. It is possible that factors such as greater clinical experience or internships in Psychiatric Services have a beneficial effect in terms of reducing stigma.

Keywords: mental health, psychiatry, stigmatization, mental health related stigma, CAMI, Bogardus, anti-stigma interventions.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Con el creciente desarrollo de la perspectiva biopsicosocial de la atención a los problemas de salud (1), es cada día más patente la necesidad de abordar el estigma y discriminación en salud mental como un problema relevante de salud pública. Los estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias interpersonales y estructurales que sufren los pacientes de salud mental, en una palabra, el estigma, actúan como factores que directa e indirectamente deteriora la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes. Sin embargo, a pesar de la creciente reivindicación de la importancia de este fenómeno, aún es poca la información de la que disponemos sobre su funcionamiento y su impacto en los pacientes, y escasa la evidencia sobre los posibles abordajes y la efectividad de las intervenciones.

Ya en 1961 el sociólogo canadiense Erving Goffman realiza una aproximación al estigma, definiéndolo como un rasgo diferencial atribuido por la sociedad y considerado indeseable por la misma, que diferencia a la persona estigmatizada de otros miembros de la comunidad (2). Otras definiciones más recientes permiten completar el concepto desde la perspectiva de la sociología, reconociéndolo como un fenómeno complejo y multidimensional. En este sentido Link y Phelan (3) proponen que el estigma está basado en procesos cognitivos, afectivos y conductuales. Según estos autores la categorización social de los pacientes de salud mental comienza por

el estereotipado (componente cognitivo) mediante el que estos pacientes son “etiquetados” y vinculados a una serie de creencias o estereotipos negativos que sesgan la percepción. La enfermedad mental, probablemente por la desinformación de la población general, que se ve agravada por la estereotipación sistemática de los pacientes psiquiátricos en la cultura y los medios de comunicación, supone un atributo profundamente estigmatizante (4) (5). El componente afectivo se corresponde con los prejuicios, respuestas emocionales automáticas que siguen a los estereotipos, y que condicionan el componente conductual: la discriminación y la pérdida de estatus social, que resultan en un aumento de la distancia social entre los pacientes de salud mental y la población no estigmatizada.

A pesar de la evidente necesidad de ampliar la investigación sobre los efectos del estigma en la salud de los pacientes psiquiátricos, es posible encontrar evidencia suficiente para determinar que este fenómeno actúa mediante diversos mecanismos produciendo una disminución la calidad de vida (6). Entre las diversas consecuencias de la estigmatización por parte de la población podemos destacar la discriminación laboral y el desempleo (7), el retraso en la búsqueda de ayuda profesional que se ha asociado a peor evolución del trastorno mental (8), el aislamiento (9), y según algunos autores el aumento del riesgo de suicidio (9). Probablemente sea el retraso en la búsqueda de ayuda profesional el efecto deletéreo que mejor se ha asociado al estigma en salud mental, como demuestra una revisión sistemática realizada en 2014 (8) en la que se demostró un efecto negativo moderado del estigma en comparación con otros tipos de obstáculos. Los sentimientos de vergüenza y culpa acerca de su trastorno fueron un obstáculo para la búsqueda de ayuda profesional para el 21% de los pacientes, los juicios sociales negativos para el 22%, la discriminación laboral para el 23%, y otros aspectos como las preocupaciones acerca de la confidencialidad y la divulgación de su trastorno mental para el 32% de los pacientes. Específicamente esta misma revisión asocia de manera significativa la falta de búsqueda de ayuda profesional con el “estigma del tratamiento” (el asociado a buscar o recibir un tratamiento, especialmente de tipo psiquiátrico, psicológico o psicofarmacológico) y el “estigma internalizado” o “autoestigma” (generado por la disonancia entre la identidad/personalidad deseada y los estereotipos asociados al trastorno mental, y que genera sentimientos de vergüenza o culpabilidad). Se debe considerar que de los 143 estudios cualitativos y cuantitativos analizados la mayoría (83,2%) fueron realizados en Norteamérica y Europa, siendo necesaria más investigación en países en vías de desarrollo, donde las condiciones para la búsqueda de ayuda profesional y el cuidado de estos pacientes pueden ser menos favorables.

Asimismo se ha propuesto la implicación del estigma estructural (10) mediante la asignación desigual de recursos al cuidado de la salud mental, el aislamiento social, y la segregación de los enfermos de salud mental del resto de centros de asistencia sanitaria. Recientemente diversas Comunidades Autónomas de nuestro país están actualizando planes de salud mental que incluyen objetivos específicos contra el estigma, mediante la promoción de la participación de los pacientes, la creación de campañas específicas, la promoción de plataformas de apoyo... aunque la implementación real de estas medidas alcanza una media del 64,1% (11).

Además de la implicación de toda la sociedad en la generación del estigma en sus esferas interpersonal y estructural, es especialmente relevante no obviar la participación de los profesionales sanitarios como agentes estigmatizadores, encontrándose en ocasiones una mayor estigmatización que la atribuida a la población general (12). En este sentido las actitudes de los profesionales sanitarios, sean o no especialistas en salud mental, son susceptibles de afectar en mayor o menor medida a la asistencia de estos pacientes. Se ha estudiado el impacto del estigma en la atención recibida, encontrándose que en los pacientes con trastornos de salud mental en comparación con aquellos que no tienen enfermedades psiquiátricas, es más probable que se atribuyan los síntomas físicos a la patología mental y se realicen menos procedimientos diagnóstico-terapéuticos (13). Algunos ejemplos que hemos podido documentar son la menor realización de revascularizaciones coronarias (14), menos ingresos hospitalarios por diabetes (15) y menos medidas de presión arterial (16), produciéndose según algunos autores un exceso de mortalidad por causas no psiquiátricas (17). En otras ocasiones se ha podido constatar incluso que el miedo a actitudes violentas por parte de pacientes psiquiátricos ha motivado una peor calidad asistencial (18).

Por tanto, ¿es necesario disminuir la estigmatización entre los profesionales sanitarios para lograr una atención sanitaria de mayor calidad? La evidencia elaborada hasta el momento es insuficiente, y aunque se ha demostrado que el estigma tiene directa e indirectamente un efecto negativo en la salud orgánica y mental, aún son necesarias más investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones. Así, Gulliver et. al. (19) analizaron la escasa evidencia, encontrándose que en 2 de los 3 ensayos controlados aleatorizados que incluían intervenciones anti-estigma se produjo una mejora de las actitudes de búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, pesar de los resultados esperanzadores los mismos autores destacan la necesidad de reforzar la evidencia actual.

OBJETIVOS

El estigma en salud mental es, como se ha justificado en el apartado anterior, uno de los factores que contribuyen a disminuir la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, ya de por sí deteriorada. Dada la necesidad de aumentar el conocimiento sobre este tema es razonable cuestionarnos la preparación de los futuros profesionales sanitarios para abordar este problema. ¿Están los actuales estudiantes de medicina capacitados para atender a los pacientes de salud mental sin estigmatizarlos? ¿Serían por tanto beneficiosas las estrategias para reducir el estigma entre estos estudiantes? ¿Tiene efectividad para reducir la estigmatización, como parecería lógico deducir, el contacto con los pacientes psiquiátricos en el contexto académico, o sería mejor una aproximación más teórica?

El objetivo que persigue este trabajo de investigación es doble: en un primer momento estudiará si existe estigma, y en qué grado, entre médicos y estudiantes de medicina, utilizando para ello una muestra de ambos grupos de Valladolid. En un segundo momento se analizará qué posibles determinantes influyen en el estigma, para lo que se proponen como hipótesis: el género, la edad, el puesto de trabajo (médicos en formación o especialistas), el ámbito de la especialidad (atención primaria, clínica, o quirúrgica), el curso en el que se encuentran los estudiantes, y si éstos han tenido una aproximación teórica y/o práctica a la enfermedad mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para estudiar el grado de estigma y los determinantes que podrían influir en el mismo se ha realizado una encuesta, en la que para medir el grado de estigma se han empleado la encuesta CAMI y la escala de distancia social de Bogardus, a la vez que se recogen datos generales y sociodemográficos relacionados con posibles determinantes del estigma. La población objetivo del estudio han sido estudiantes de medicina de la Universidad de Valladolid y médicos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. No se han exigido más criterios de inclusión en este estudio, ya que la encuesta se ha ofertado a varios grupos de médicos y estudiantes, sin aleatorización ni empleando ninguna técnica de muestreo.

La escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness) de Taylor y Dear es un instrumento elaborado en 1981 que permite evaluar las actitudes y pensamientos de los sujetos hacia pacientes con enfermedades mentales graves (20). Se ha empleado el instrumento traducido al español (Figura 1). Los pacientes enfermedades mentales graves son definidas en esta encuesta como “personas que necesitan

tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital” por lo que es este concepto el que medirá nuestra investigación. Para dicha medida este instrumento empleará 40 ítems en una escala de tipo Likert, que se traducen en valoraciones numéricas cuantitativas de 4 determinantes del estigma: el “Autoritarismo” (concepción de superioridad frente a las personas con trastornos mentales), “Restricción Social” (creencia de que las personas con trastornos mentales suponen un peligro y por tanto han de apartarse del resto de la sociedad), “Benevolencia” (actitudes de acogida, aunque también se puede interpretar como actitudes paternalistas y falta de reconocimiento como sujetos capaces de tomar decisiones y asumir responsabilidades) e “Ideología de la Salud Mental en la Comunidad” (actitudes de inclusión de las personas con trastornos mentales en la sociedad). Cada uno de estos determinantes es evaluado mediante 10 preguntas tipo Likert, resultando en una puntuación máxima (máximo estigma) de 50 puntos, y mínima (mínimo estigma) de 10 puntos. La suma de las puntuaciones de los 4 determinantes resulta en una medida global del estigma, sobre 200 puntos. Para que la suma global de los 4 determinantes pueda ser considerada una medida de estigma los valores de Benevolencia y de Ideología de la salud mental en la comunidad se presentan en negativo, de manera que cuanto mayor valor tenga cada uno de los determinantes, así como la suma de todos ellos, mayor grado de estigma refleja.

Como una medida adicional de estigma se ha empleado la Escala de Distancia Social de Bogardus (Figura 2), un instrumento diseñado para medir la distancia que experimentan grupos socialmente desfavorecidos con respecto al resto de clases sociales no estigmatizadas (21). En dicha escala se pide al sujeto que determine si son aceptables distintos grados de relaciones sociales con personas pertenecientes a dichos grupos, como casarse con una persona con un trastorno mental grave, ser amigo suyo, permitir su residencia en el mismo país, etc. El resultado se expresa ordinalmente de manera que 0 es el valor que se asigna cuando no hay ningún grado de distancia social, mientras que 7 es el máximo grado de distancia social.

En cuanto a los factores sociodemográficos que son objeto de estudio como determinantes del estigma, se han incluido en el caso de los médicos (Figura 3) el género, la edad, y la profesión que desempeñan, haciendo distinción entre M.I.R. y especialistas, así como atención primaria, y especialidades clínicas o especialidades quirúrgicas. En el caso de los estudiantes (Figura 4) se ha recogido el género, el curso, los conocimientos teóricos o académicos acerca de la enfermedad mental (que se asumen positivos en caso de haber cursado y aprobado la asignatura de Psiquiatría), y las experiencias prácticas con pacientes de salud mental en un ámbito

académico (que se asumen positivas en caso de haber realizado prácticas en Servicios de Psiquiatría).

Respecto a los métodos estadísticos se obtuvieron las distribuciones de las diferentes variables utilizando porcentajes y en caso de las escalas medidas de tendencia central. Merece la pena recordar que, aunque la distribución de alguno de los grupos no siga la normal, en el caso de una N mayor de 30 (como es este caso) podrían usarse pruebas paramétricas. De todos modos, las escalas en realidad presentan datos ordinales, y los dos grupos más pequeños no siguen la normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnoff, por lo que también se utilizaron las pruebas correspondientes no paramétricas. Para el análisis bivariado, en el caso de las variables cualitativas, se utilizó la chi-cuadrado, y con las variables cuantitativas, se empleó la t de Student en caso de dos categorías o ANOVA para más de dos. Como pruebas no paramétricas se usaron la U de Mann-Whitney en el caso de dos categorías y la de Kruskal-Wallis con más de dos. El nivel de significación estadística elegido fue del 5%. Los datos fueron analizados con SPSS v 24.

RESULTADOS

Se han recogido datos de un total de 100 estudiantes, y 73 médicos: 34 médicos internos residentes (MIR) y 39 especialistas. La mayoría de la población encuestada son mujeres, representando el 79,0% de las estudiantes, el 64,7% de las MIR, y el 61,5% de las especialistas. Al analizar las diferencias entre hombres y mujeres no se encuentran diferencias significativas en los determinantes de estigma, ni en el grupo general ni en cada grupo (estudiantes, MIR, especialistas).

De entre los estudiantes el 28% se encuentran en cursos preclínicos (1º, 2º y 3º) y el 72% en cursos clínicos (4º, 5º y 6º). El 68% han cursado y aprobado psiquiatría, frente al 32% que no lo han hecho. El 38% de los estudiantes han realizado prácticas en Servicios de Salud Mental.

En cuanto a los MIR, el 76,5% de la muestra tienen entre 21 y 30 años. El 41,2% de las respuestas han sido de MIR de que trabajan en Atención Primaria, mientras que el 58,8% trabajan en Atención Hospitalaria.

Respecto a los especialistas se ha recogido una muestra similar a los MIR: el 43,6% de trabaja en Atención Primaria frente al 56,4% que trabajan en Atención Hospitalaria. El 87,2% son mayores de 40 años.

Al realizar un análisis preliminar de los datos encontramos diferencias entre los grupos estudiantes, MIR y especialistas. En la Figura 5 se pueden observar los valores de los estadísticos que miden el estigma, para cada grupo estudiado, y en la Figura 6 se presentan gráficamente las medias de cada estadístico en forma de tablas comparativas. Una primera inspección de estas tablas nos señala que en global existe una menor puntuación en todos los parámetros del estigma para el grupo de estudiantes, seguido del grupo de especialistas, y la mayor puntuación correspondería a los MIR. Esta distribución se observa para todos los estadísticos estudiados.

Comenzando por la escala de Bogardus, al realizar el test de Komogorv-Smirnoff comprobamos que ninguno de los datos sigue la distribución normal, por lo que tendremos que emplear para su análisis tests no paramétricos. La analizamos empleando el test de Kruskal-Wallis, encontrando diferencias significativas entre los grupos con una $p = 0,018$. Presentamos los resultados con detalle en la Figura 7, en la que se pueden observar las medias, presentando valores de menor a mayor los estudiantes 0,21 (0,08-0,34), los especialistas 0,52 (0,21-0,82), y los MIR 0,59 (0,13-1,04). Para comprobar estas diferencias se comparan cada uno de los grupos con los otros dos mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney, obteniendo únicamente diferencias significativas entre el grupo de Estudiantes y Especialistas ($p = 0,005$), pero no encontrando diferencias significativas entre el resto de grupos.

Analizando el grupo de Estudiantes mediante la U de Mann-Withney se comprueba que no hay diferencias significativas en los valores de la escala de Bogardus entre estudiantes de cursos preclínicos y clínicos ($p = 0,499$) (Figura 8).

En cuanto a la escala CAMI, algunos de los subtests tampoco siguen una distribución normal en la prueba de Kolmogorov-Smirnoff, sin embargo dado que contamos con $N > 30$ se podría intentar analizar mediante test paramétricos.

Analizando mediante el test paramétrico ANOVA existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los tres grupos en los determinantes Benevolencia, Restricción social, Ideología y la puntuación total (Figura 9). Para localizar entre qué grupos se encuentran estas diferencias se emplean las pruebas post hoc de Tukey, Bonerroni y Scheffe (Figura 10), encontrando diferencias significativas en cuanto a Benevolencia entre Estudiantes y MIR, en cuanto a Restricción social entre Estudiantes y MIR y entre Estudiantes y Especialistas, en cuanto a la puntuación total de la CAMI hay entre estudiantes y MIR, y en cuanto a Ideología de comunidad mental no hay diferencias significativas pero parece que hay una tendencia a la significación

entre estudiantes y MIR. En cuanto a Autoritarismo los MIR tienen mayores puntuaciones que los otros grupos, pero las diferencias no son significativas.

Al emplear el test no paramétrico Kruskal-Wallis encontramos diferencias significativas en Benevolencia, Restricción social, Ideología y puntuación total (Figura 11). Al realizar comparaciones entre pares con la U de Mann-Whitney (Figura 12) encontramos diferencias significativas en estos 4 determinantes entre los estudiantes y los MIR; entre estudiantes y especialistas únicamente en Benevolencia y Restricción social; mientras que entre MIR y especialistas no hay diferencias entre las subescalas aunque hay cierta tendencia en Autoritarismo e Ideología.

Las diferencias entre estos grupos para cada una de las preguntas de la escala CAMI se pueden observar en la Figura 13.

También es de interés comprobar, entre los médicos (tanto MIR como especialistas), las diferencias entre los que trabajan en Atención Primaria y Hospitalaria, de manera que se comparó mediante el test T de Student, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos.

Entre los estudiantes tampoco se ha encontrado ninguna diferencia significativa entre los que han cursado y aprobado psiquiatría frente a los que no, ni entre los que han realizado prácticas en Servicios de Salud Mental frente a los que no.

DISCUSIÓN

En cuanto a los factores sociodemográficos, en nuestra investigación se ha recogido el género de todos los encuestados así como la edad en el caso de los MIR y especialistas, sin encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres. En numerosos estudios acerca del estigma se ha cuestionado la implicación que pueden tener diversos factores sociodemográficos personales, sin conseguir establecer asociaciones generalizables con alto nivel de evidencia, y específicamente respecto al género, de manera congruente con nuestros resultados. Sin embargo en algunos estudios se han sugerido ciertas asociaciones con mayores niveles de estigmatización, como las edades avanzadas, o el bajo nivel educativo (este último parece suponer una mayor probabilidad de culpabilizar a los pacientes de su patología mental y una menor probabilidad de contribuir a la búsqueda de ayuda profesional y tratamiento) (22). Sin embargo la implicación de estos factores es más dudosa cuando se han estudiado poblaciones específicas de profesionales de la salud (23).

En anteriores investigaciones se ha demostrado de manera consistente que los profesionales sanitarios tienden a estigmatizar más en comparación con la población general (12) (17). Aunque en nuestro estudio no podemos establecer esta comparación, puesto que no hemos recogido datos a población no sanitaria, podemos deducir observando los determinantes de estigma (Figuras 5 y 6) que los profesionales sanitarios (incluidos los estudiantes) muestran en mayor o menor medida creencias y actitudes que pueden ser discriminativas. En todos los grupos se encuentran valores de cada uno de los determinantes de la escala CAMI por encima de 15 puntos (siendo el mínimo 10 y el máximo 50), y hasta 20 en algunos casos. Estos datos se pueden interpretar como que, si bien una gran parte de la población encuestada parece estar “Totalmente de acuerdo” con afirmaciones “anti-estigma” y “Totalmente en desacuerdo” con afirmaciones “pro-estigma”, hay una otra parte significativa que difiere en diversos grados.

En cuanto a la escala de distancia social (Figura 7), la media total fue de 0,35 (valor mínimo de 0 y máximo de 7), y valores significativamente mayores en el caso de los MIR (0,59) y especialistas (0,51). De manera orientativa podemos plantear que el valor 0 representaría estar dispuesto a casarse con un paciente de salud mental, mientras que el valor 1 representaría no estar dispuesto. Estos resultados representan actitudes de rechazo social que a pesar de poder parecer cuantitativamente triviales, reflejan una discriminación hacia las personas con patología mental, que son directamente invalidadas para participar en hábitos sociales con el mismo estatus que el resto de la población.

Acudiendo a los datos de la Figura 13 podemos extraer varios ejemplos de las ideas expuestas en los anteriores párrafos, teniendo en cuenta que las preguntas oscilan en una escala tipo Likert con 5 valores entre los extremos “Totalmente de acuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”. La media de contestaciones de la pregunta 5 “Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra” fue de 2,24 (siendo 1 “Totalmente de acuerdo”); en la pregunta 33 “Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad” fue de 1,80 (siendo 1 “Totalmente en desacuerdo”); en la pregunta 40 “Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales” fue de 1,94 (siendo 1 “Totalmente en desacuerdo”). Estos ejemplos ilustran que ciertas creencias y actitudes estigmatizadoras no parecen ser mayoritarias en la población encuestada, pero sí se encuentran presentes en una parte, que aunque es menor, es una parte relevante, y esta tendencia aparece de manera consistente en todos los determinantes medidos.

Algunos resultados acerca del tratamiento de la patología mental son llamativos, como la pregunta 26 “Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales”, en la que se ha obtenido una media de 2,98 (siendo 1 “Totalmente de acuerdo”) con un grado de dispersión también llamativo (desviación estándar de 1,043). Dado que el estigma asociado al tratamiento es uno de los más nocivos para el paciente en términos de miedo a buscar ayuda profesional y adherencia al tratamiento, es preocupante el hecho de que muchos profesionales sanitarios tiendan a considerar estas afirmaciones acerca de los ingresos en plantas de Psiquiatría. Sería interesante determinar en futuras investigaciones si estas creencias personales tienen algún impacto real en los pacientes psiquiátricos atendidos por dichos profesionales, en cuanto al diagnóstico y derivación a servicios de Salud Mental, o en cuanto a las recomendaciones de búsqueda de ayuda profesional y adherencia terapéutica.

En cuanto a las diferencias entre grupos se puede observar fácilmente en la Figura 5 cómo los MIR parecen ser el grupo con mayores valores en los medidores de estigma, seguidos por los especialistas, y con los estudiantes en último lugar, observando esta distribución en todos los determinantes. Tras el análisis se puede concluir que existen ciertas diferencias significativas en este sentido, fundamentalmente entre los estudiantes y los MIR, y entre los estudiantes y los especialistas. Mediante los test no paramétricos encontramos diferencias significativas entre estudiantes y los otros dos grupos: en el caso de los MIR en todos los determinantes de la escala CAMI, y en el caso de los especialistas en los determinantes de Benevolencia y de Restricción Social. Sin embargo con los test paramétricos, aunque seguimos detectando diferencias significativas, tan solo se observan en algunos determinantes. Probablemente la disparidad entre ambos tipos de test se deba al limitado número de muestra para cada grupo, por lo que podríamos considerar que los test no paramétricos pueden ser más fiables en este contexto. Entre MIR y especialistas, aunque no se encuentran diferencias significativas con test paramétricos ni no paramétricos, sí que podemos señalar cierta tendencia.

Una posible explicación de estas diferencias implicaría la experiencia profesional de los médicos como un factor predisponente del estigma, dado que el contacto habitual con pacientes psiquiátricos podría influir en la percepción y actitud que se genera hacia ellos. Específicamente los especialistas han resultado ser más estigmatizadores que los estudiantes en cuanto a las actitudes de Benevolencia y Restricción social. El determinante de Benevolencia ofrece una interpretación ambigua: podemos entender que los estudiantes muestran una mayor actitud de

acogida y preocupación hacia los pacientes de salud mental, pero también puede indicar que son más proclives a atenderlos desde un punto de vista paternalista y subestimar sus capacidades volitivas.

En cuanto a la tendencia entre los MIR y los especialistas, parece que los primeros muestran actitudes más estigmatizantes. Algunos análisis han sugerido que en las primeras etapas de carrera profesional el trato con los pacientes de salud mental en los momentos en los que estos están más enfermos puede presentar a los profesionales sanitarios una imagen que está más cerca del estereotipo estigmatizado que de la realidad de la patología mental (24). Sin embargo conforme aumenta la experiencia profesional se ha visto que disminuyen las creencias en estos estereotipos negativos y aumenta el optimismo terapéutico (25), y un estudio ha demostrado que las enfermeras de salud mental con muchos años de experiencia disminuyen su deseo de distanciamiento social respecto a profesionales con menos experiencia (26). Todos estos hallazgos se sustentan en un número muy limitado de estudios con interpretaciones múltiples y heterogéneas. Por ejemplo, es complicado distinguir entre la implicación de la experiencia profesional y la posible implicación del aumento de la edad de los sanitarios, que puede actuar como un factor confusor, ya que el 76,5% de nuestra muestra de MIR tienen entre 21 y 30 años, y el 87,2% de especialistas encuestados son mayores de 40 años.

Otro importante factor que puede influir en el estigma durante la etapa laboral es el “*burnout*”, un conjunto de síntomas consistentes en agotamiento emocional, sentimiento de fatiga con respecto al trabajo unido a una autopercepción negativa y cínica acerca del propio desempeño profesional. Se ha demostrado que los profesionales con *burnout* estigmatizan más a los pacientes psiquiátricos, y específicamente a aquellos que presentan más inestabilidad emocional (27).

En cuanto a los estudiantes encuestados, parece claro que presentan actitudes y creencias menos estigmatizantes que las de los médicos. Sin embargo, en investigaciones previas en España sí se han encontrado niveles significativos de estigma en estudiantes de Medicina, y al comparar con otros estudiantes se ha podido determinar que los estudiantes de Medicina y Enfermería estigmatizan más que los de otros Grados de Ciencias de la Salud como Psicología y Terapia Ocupacional (28). Aún falta más investigación acerca de si el estigma aumenta al incorporarse al mundo laboral médico, como sugiere esta investigación, y cuyo resultado podría suponer la necesidad de intervenciones específicas. Cuando nos centramos en los factores que pueden influir en el estigma en estudiantes contamos con una cantidad de

investigación previa muy limitada. En algún estudio (29) (30) se ha encontrado que el contacto con pacientes psiquiátricos en el ámbito profesional-académico se asocia a reducción del estigma, y que esta relación se puede observar gradualmente en estudiantes en etapa preclínica y clínica. Asimismo el contacto con pacientes en un contexto más personal (como el familiar) y no académico ha demostrado reducir el estigma en esta población. En nuestro estudio sin embargo al medir el contacto con pacientes psiquiátricos en el contexto académico preguntando a los encuestados sobre la realización de prácticas en Servicios de Salud Mental hemos encontrado que no presentan diferencias significativas con los estudiantes que no han realizado prácticas. Es posible que estos resultados estén sesgados al no medir de manera cuantitativa el contacto con los servicios de Salud Mental, que puede oscilar según el programa de prácticas de la Universidad de Valladolid entre 1 semana (estudiantes de 4º curso) o 3 semanas (estudiantes de 6º curso). Sin embargo, el hecho de que tampoco encontremos diferencias entre estudiantes de cursos preclínicos y clínicos habla a favor de que el contacto con la clínica no parece ser un factor importante que modifique la percepción de los pacientes de salud mental, al menos en nuestra muestra.

Otra de las teorías propuestas en este sentido era que la aproximación teórica a la patología mental, que se considera adquirida en caso de haber aprobado la asignatura de Psiquiatría (en 4º curso en la Universidad de Valladolid), podría modificar las creencias o actitudes frente a los pacientes. Según los resultados de nuestra encuesta no hay diferencias de estigma en estos grupos, ni tampoco entre estudiantes preclínicos y clínicos.

INTERVENCIONES SOBRE EL ESTIGMA

Cuando se ha evaluado la efectividad de los distintos tipos de intervenciones en la reducción del estigma se han obtenido resultados heterogéneos e insuficientes dada la escasa cantidad de intervenciones estudiadas con evidencia sólida. Aún es necesaria mucha investigación en este sentido para poder obtener recomendaciones claras y pautas para reducir el estigma en grupos específicos y generales de población. Lo que sí parece más claro es que las intervenciones deben estar cuidadosamente planificadas y en la medida de lo posible dirigidas a grupos específicos con enfoques propios determinados por la bibliografía existente, y no generalizar las pocas recomendaciones existentes para todos los grupos diana. Se ha demostrado que ciertas intervenciones, como las basadas en explicaciones biológicas o genéticas como causa de las enfermedades mentales, pueden ser deletéreas (31).

Es por este motivo por el que adquieren tanta importancia los estudios que investigan cómo funciona el fenómeno del estigma y qué factores influyen en él, y por ello en muchas ocasiones nos vemos limitados a la hora de establecer recomendaciones. En este apartado intentaremos resumir brevemente la bibliografía disponible relacionándola con los resultados de nuestra muestra.

Se ha podido probar que en adultos las intervenciones con más capacidad para disminuir el estigma son aquellas que incluyen contacto social o experiencias contadas en primera persona por enfermos de salud mental (en ambos casos siendo más efectiva la modalidad presencial que los medios audiovisuales), lográndose un beneficio a corto-medio plazo (31) (32), que en ocasiones se ha visto reducido al componente cognitivo del estigma, sin observar cambios en el componente conductual (33). Sin embargo, al contrario que los grupos de adultos, en adolescentes los abordajes informativos-educativos basados en aumentar el conocimiento sobre la salud mental han demostrado mejores resultados que el contacto social. No obstante los resultados medidos en un plazo mayor (4 semanas tras la intervención) demuestran que el contacto social pierde efectividad y cuenta con débil evidencia para la reducción de estigma (31) (32). A largo plazo parece que el método educativo en términos generales puede ser más efectivo, siendo también positiva su combinación con el contacto social con pacientes de salud mental (31). Otras modalidades como las campañas a través de los medios de comunicación han obtenido mejoras moderadas en la población general (34).

En cuanto a las intervenciones dirigidas específicamente a profesionales de la salud, se ha comprobado que las intervenciones basadas en el contacto social pueden ser más efectivas que en la población general para reducir los prejuicios y las actitudes y comportamientos estigmatizadores (35). Parece lógico suponer que el “contacto social” ha de darse en un contexto alejado de la atención médica y de la relación médico-paciente (que puede tener implícito cierto grado de distanciamiento), y más bien inmerso en actividades o interacciones sociales que promuevan la adaptación funcional de los pacientes sin existir segregación de los colectivos. Estas afirmaciones pueden ser compatibles con los resultados de nuestro estudio, según los cuales el contacto clínico con los pacientes no reducía las actitudes estigmatizadoras en los estudiantes, y faltaría por tanto información acerca del contacto en situaciones sociales.

En lo referente al método educativo en los profesionales sanitarios, resulta interesante un ensayo realizado con sanitarios catalanes (36) que aplicó en Centros de

Atención Primaria y Centros de Salud Mental formación teórica en salud mental y estigma, contenidos de sensibilización hacia las perspectivas de los pacientes psiquiátricos y una sesión de autodiagnóstico de actitudes discriminativas, a la vez que se proponían algunas estrategias. Se encontraron efectos leves y efímeros de reducción de estigma, por lo que este mismo estudio propone la realización de intervenciones repetidas en breves plazos a modo de “recuerdos”, aunque la eficacia de esta estrategia aún no ha sido determinada. Es probable que una selección más dirigida del tipo de profesionales a los que ofertar las intervenciones de tipo educativo pueda optimizar su eficacia, ya que se ha postulado que en profesionales con pocos conocimientos o experiencia en salud mental el hecho de sentirse poco capacitados para asistir a pacientes psiquiátricos puede motivar actitudes estigmatizantes y discriminativas al considerarlos “pacientes complicados” (aunque el motivo de la asistencia sea otro). Por tanto la formación en salud mental a grupos específicos resultaría en una mejoría de la relación médico-paciente y una reducción del estigma (24).

Asimismo, en consonancia con lo expuesto en la Discusión, la disminución del *burnout* entre los profesionales sanitarios es una importante medida a considerar tanto por sus efectos directos sobre la salud de los trabajadores como la calidad de su asistencia, incluyendo el estigma.

Hablando específicamente sobre estudiantes de medicina, en una revisión sistemática (37) tanto las intervenciones educativas como el contacto clínico con pacientes de salud mental han demostrado eficacia reduciendo el estigma, siendo el segundo método más eficaz cuando se combinaba con el primero. Sin embargo, al igual que en otros casos, se recuerda que el efecto de las intervenciones educativas puede ser autolimitado y se recomienda repetir las en varias ocasiones para intentar fomentar la adherencia. Estos resultados son contrarios a nuestra investigación, en la que no se ha demostrado que los conocimientos teóricos sobre psiquiatría ni el contacto clínico hayan tenido efectos beneficiosos en términos de estigmatización. Sin embargo se debe tener en cuenta que la formación teórica no incluye conocimientos sobre el estigma ni una intervención específicamente dirigida a estos aspectos.

A partir de la bibliografía revisada y de las conclusiones de esta investigación podemos proponer un modelo de intervención dirigido a grupos específicos con el objetivo de mejorar la asistencia global de personas con patología mental. En los profesionales sanitarios con poco contacto teórico-práctico con la salud mental se podría intentar optimizar su formación y aportar estrategias simplificadas y útiles para

la autopercepción del estigma y su reducción. En el resto de profesionales las intervenciones basadas en el contacto social han demostrado más utilidad, si bien su implantación es más compleja. En cuanto a los estudiantes de medicina es fundamental que el estigma pase a ser un conocimiento aportado en el Grado, así como su autopercepción y estrategias de reducción una competencia enseñada y entrenada. Las intervenciones de tipo informativo-educativo en este grupo, de manera repetida óptimamente, podrían ser una estrategia de fácil implantación para obtener, al menos, una leve reducción del estigma. El contacto clínico se suele centrar en las prácticas de Psiquiatría, y aunque teóricamente se encuentra presente en todo tipo de prácticas con pacientes, la patología mental se explora y se muestra en mayor medida en los Servicios de Salud Mental. Por tanto la optimización o el aumento cuantitativo de las prácticas de Psiquiatría podría ser una estrategia adicional a adoptar. Igualmente las intervenciones centradas en el contacto social podrían ser más efectivas, y si bien su implantación en la Universidad es más complicada, no ha de descartarse esta opción.

LIMITACIONES

El estigma en salud mental es un campo de investigación sujeto a la posibilidad de incurrir en múltiples sesgos, dada la naturaleza social y subjetiva del fenómeno, entre otras causas. Es por ello que debemos prestar especial atención a las limitaciones de los análisis al revisar la bibliografía previa, y debemos destacar que este mismo estudio presenta numerosas limitaciones que pueden comprometer sus resultados.

En primer lugar reseñamos la limitada participación en el estudio. Probablemente a ello haya contribuido la larga extensión de la encuesta CAMI, pero hemos considerado que la potencia que aporta contar con un test de referencia y abalado por el Ministerio de Sanidad compensa la posible limitación de la participación. La N alcanzada ha sido de 173, pero los grupos entre los que se establecen comparaciones múltiples son reducidos (por ejemplo 34 MIR, 28 estudiantes de cursos preclínicos, 38 estudiantes que han realizado prácticas en salud mental...). Debido a estas N hemos tenido que emplear test no paramétricos para encontrar diferencias significativas, pero la realización de comparaciones multigrupo ha sido esencial para cumplir el objetivo de la investigación.

En segundo lugar es posible que se haya cometido un sesgo de autoselección que haya infraestimado los niveles de estigma: al estar la encuesta ofertada de manera general a múltiples médicos y estudiantes es posible que la hayan contestado

en mayor medida los sujetos más sensibilizados e interesados por la salud mental, o aquellos que sufren el estigma en primera persona o como familiares cercanos. Por ejemplo, muchas de las respuestas han procedido de psiquiatras y MIR de Psiquiatría, por lo que podrían haber sesgado los resultados totales de especialistas y MIR, dado que algunos estudios han sugerido que los profesionales de la salud mental estigmatizan menos que el resto de profesionales de la salud (23).

Como se ha comentado en la discusión, es frecuente encontrar posibles factores de confusión que son complicados de solucionar. Por ejemplo, al afirmar que la mayor experiencia clínica predispone a reducir el estigma, se podría interpretar que la mayor edad de los médicos encuestados es la causa de este fenómeno. Asimismo, en cuanto a los factores propuestos en los estudiantes hay gran disparidad de experiencia clínica que no ha sido cuantificada, y otro posible factor de confusión es que los estudiantes con más interés por la salud mental son los que han realizado más prácticas voluntarias.

En cuanto a posibles mejoras o futuras líneas de investigación, aparte de ampliar la muestra del estudio, sería interesante poder comparar los niveles de estigma de la muestra estudiada entre diferentes niveles asistenciales, incluso dentro de diferentes especialidades, y también con otras poblaciones como distintos tipos de trabajadores sanitarios, distintos tipos de estudiantes, o la población general.

CONCLUSIONES

El estigma sobre la enfermedad mental supone un grave perjuicio para los pacientes psiquiátricos, tanto en la esfera social y comunitaria como en la calidad de la atención sanitaria recibida, sugiriendo algunas publicaciones que es causa de una mortalidad incrementada en este grupo de pacientes. Es por tanto una prioridad la investigación sobre el fenómeno del estigma, acerca de si afecta a la calidad asistencial sanitaria, y qué intervenciones son más eficaces para su prevención y erradicación.

En este estudio se han encontrado creencias y actitudes estigmatizantes tanto en médicos como en estudiantes de medicina de Valladolid, y se ha visto que los MIR parecen mostrar un mayor estigma que los especialistas. Se han propuesto distintas explicaciones avaladas por la literatura previa, tales como la menor experiencia profesional con pacientes psiquiátricos, la escasa formación en salud mental, el “*burnout*”, etc. Asimismo se ha podido comprobar que el estigma ha sido significativamente mayor en los médicos al compararlo con los estudiantes. En anteriores investigaciones se ha propuesto aumentar el contacto con pacientes psiquiátricos (en un ámbito académico) en los estudiantes de medicina, y aunque la bibliografía es aún escasa, parece ser que esta intervención tiene un efecto desestigmatizador. Sin embargo en nuestro estudio, que como hemos recalcado, cuenta con importantes limitaciones, este efecto no se ha demostrado. De igual manera tampoco se ha demostrado que la adquisición de conocimiento teórico sobre salud mental por parte de los estudiantes modifique su estigma. .

El estigma en salud mental es un objetivo clave para la mejora de la calidad asistencial a los pacientes psiquiátricos, y como tal, debemos cuestionarnos la necesidad de actuar sobre los actuales y futuros profesionales sanitarios. En este sentido, y si bien será necesaria más investigación, hay bibliografía suficiente para implementar intervenciones específicas basadas en el contacto social, el contacto académico o asistencial, la formación en salud mental, y la formación en el estigma.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
- (2) Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Book Edition, 1961.
- (3) Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001.
- (4) Markowitz, FE. Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington D.C.: American Psychological Association, 2005.
- (5) Pérez C, Bosqued L, Nebot M, Guilabert M, Pérez J, Quintanilla MA, et.al. Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. Madrid. 2015;35:721-730.
- (6) Schmitt MT, Branscombe NR, Postmes T, Garcia A. The consequences of perceived discrimination for psychological wellbeing: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014;140:921–948.
- (7) Brouwers EP, Mathijssen J, Van Bortel T, et al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* 2016; 6: e009961.
- (8) Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et. al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27.
- (9) Oexle N, Rüsck N, Viering S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, et. al. Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;267(4):359-361.
- (10) Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30: 481–91.
- (11) Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, Blázquez García JF, Borràs Murcia C, et.al. Humanization in mental health plans in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021:S1888-9891(21)00098-7.
- (12) Lawrie SM, Parsons C, Patrick J, Masson S, Sussmann J, Cumming D, et al. A controlled trial of general practitioners' attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bull (Edinb)* 1996;54:201-3.

- (13) Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med.* 2000;15(3):204-6.
- (14) Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000;283:506–11.
- (15) Sullivan G, Han X, Moore S, et al. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57:1126–31
- (16) Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34–40
- (17) Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
- (18) van Nieuwenhuizen A, Henderson C, Kassam A, Graham T, Murray J, Howard LM, et.al. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013;22(3):255-62.
- (19) Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Brewler JL. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry.* 2012: 12–81
- (20) Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2016;9(3):150-7.
- (21) Tusini S. A temporal perspective to empirically investigate the concept of social distance. *Quality & Quantity, International Journal of Methodology.* 2022:1-15.
- (22) Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):163-79.
- (23) Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, Martínez-Cabezón AC, et.al. INTER NOS group. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;269(3):325-339.

- (24) 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*. 2014;1(6):467-82.
- (25) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(1):77-83.
- (26) Linden M, Kavanagh R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1359–68.
- (27) Solmi M, Granzio U, Danieli A, Frasson A, Meneghetti L, Ferranti R, et. al. Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e4.
- (28) 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*. 2021;21(1):324.
- (29) Pinto IC, Bernardo M, Sousa S, Curral R. Evaluation of mental health stigma on medical education: an observational study with Portuguese medical students. *Porto Biomed J*. 2020;5(4):e074.
- (30) Eksteen HC, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):782-791.
- (31) Sogaard AJ, Fonnebo V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992. Part II: changes in knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1995; 10: 267–78.
- (32) Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et. al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-1132.
- (33) Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, Thornicroft G. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 490–503.
- (34) Thornicroft G, Mehta N, et. al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016 Mar 12;387(10023):1123-1132.

ANEXOS

Figura 1: Escala CAMI

Marca con una X la respuesta que refleja adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente, y por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales					
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad					
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo					
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.					
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio					
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental					
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local					
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.					
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales					
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal					
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios					
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave					
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales					
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público					
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes					
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto					
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión					
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales					
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales					
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad					
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales					
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales					
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental					
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental					
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales					
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros					
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales					

Figura 2: Escala de Distancia Social de Bogardus

¿Estarías dispuesto a casarte con una persona con enfermedades mentales?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto ser amigo íntimo de una persona con enfermedades mentales?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto a tener como vecino a una persona con enfermedades mentales?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto a tener como compañero de trabajo a una persona con enfermedades mentales?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto a tener a una persona con enfermedades mentales como ciudadano de tu país?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto a que una persona con enfermedades mentales visitara tu país como extranjero?	SÍ	NO
¿Estarías dispuesto a que las personas con enfermedades mentales fueran excluidas de tu país?	SÍ	NO

Figura 3: Determinantes del estigma en médicos.

¿Género?	¿Edad? (en años)	¿Profesión?
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> M.I.R. de Atención Primaria
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> M.I.R. de especialidad Clínica
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> M.I.R. de especialidad Quirúrgica o Médico-Quirúrgica
	<input type="checkbox"/> 51-60	<input type="checkbox"/> Especialista de Atención Primaria
	<input type="checkbox"/> 61-70	<input type="checkbox"/> Especialista de especialidad Clínica
	<input type="checkbox"/> >70	<input type="checkbox"/> Especialista de especialidad Quirúrgica o Médico-Quirúrgica

Figura 4: Determinantes del estigma en estudiantes de medicina.

¿Género?	¿Curso?	¿Has cursado y aprobado Psiquiatría?
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> 1º	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> 2º	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 3º	¿Has realizado prácticas en Servicios de Psiquiatría o Salud Mental?
	<input type="checkbox"/> 4º	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> 5º	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> 6º	

Figura 5: Estadísticos descriptivos

CAMI-A: Autoritarismo

CAMI-B: Benevolencia

CAMI-R: Restricción Social

CAMI-I: Ideología de la Salud Mental en la Comunidad

		N	Media	Desviación estándar
Estudiantes	CAMI-A	100	19,75	4,536
	CAMI-B	100	15,61	3,651
	CAMI-R	100	16,15	4,241
	CAMI-I	100	17,80	4,954
	CAMI-TOTAL	100	69,31	14,744
	Bogardus	100	0,21	,640
MIR	CAMI-A	34	20,82	3,233
	CAMI-B	34	17,59	3,870
	CAMI-R	34	18,85	3,669
	CAMI-I	34	20,06	4,403
	CAMI-TOTAL	34	77,32	12,730
	Bogardus	34	0,59	1,305
Especialistas	CAMI-A	39	19,46	4,129
	CAMI-B	39	16,97	3,445
	CAMI-R	39	18,62	4,369
	CAMI-I	39	18,51	5,206
	CAMI-TOTAL	39	73,56	15,057
	Bogardus	39	0,51	,942

Figura 6: Tablas comparativas de la media de los distintos estadísticos para los grupos Estudiantes, MIR y Especialistas

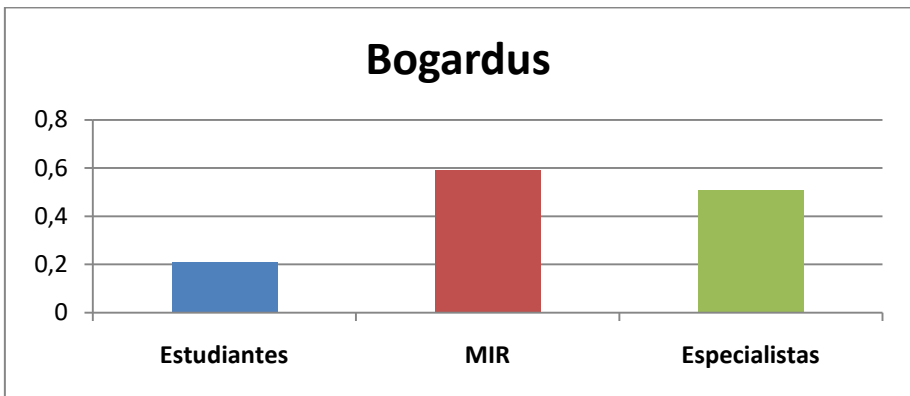
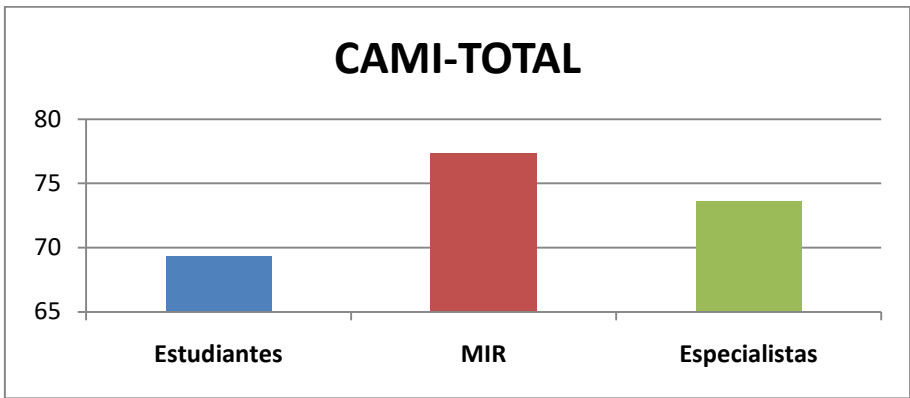
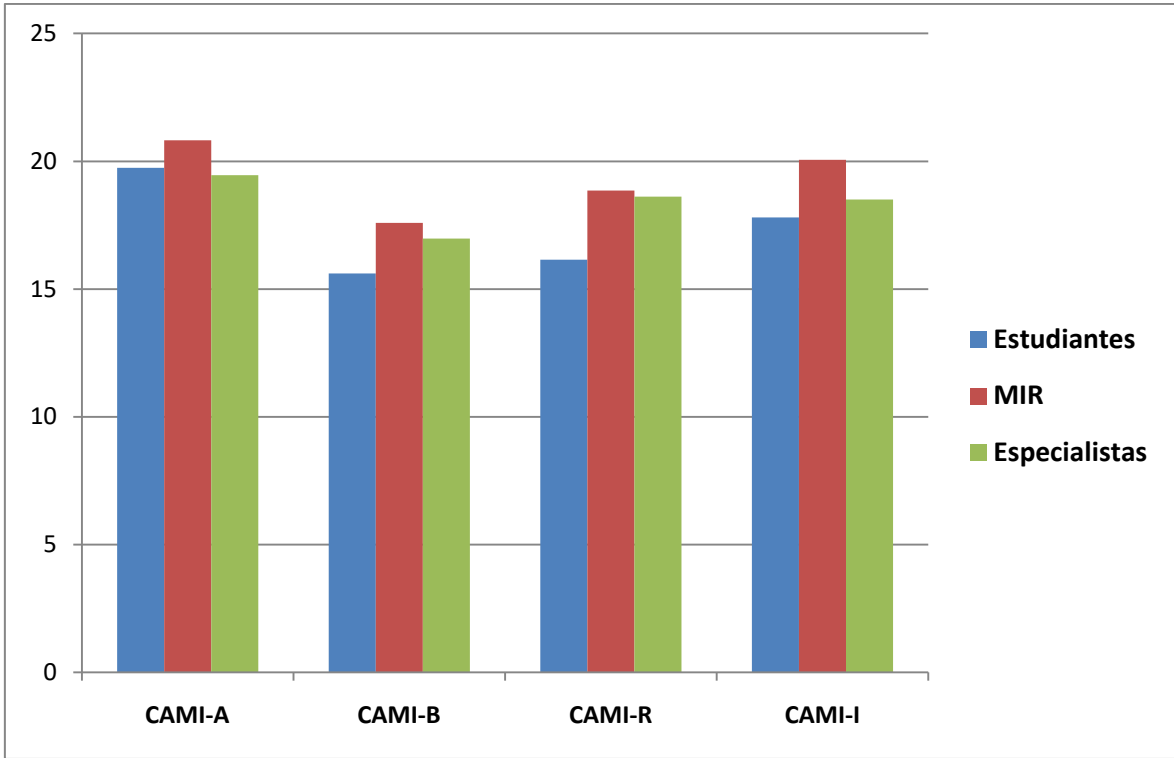


Figura 7: Escala de Bogardus: Test de Kruskal-Wallis

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
Estudiantes	100	,21	,640	,064	,08	,34
MIR	34	,59	1,305	,224	,13	1,04
Especialistas	39	,51	,942	,151	,21	,82
Total	173	,35	,888	,067	,22	,49

Figura 8: Escala de Bogardus: Estudiantes: Test U de Mann-Withney

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cursos clínicos	28	52,39	1467,00
Cursos preclínicos	72	49,76	3583,00
Total	100		

P = 0.499

Figura 9: Escala CAMI: Test ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CAMI-A	Entre grupos	38,744	2	19,372	1,087	,340
	Dentro de grupos	3029,383	170	17,820		
	Total	3068,127	172			
CAMI-B	Entre grupos	121,763	2	60,882	4,569	,012
	Dentro de grupos	2265,000	170	13,324		
	Total	2386,763	172			
CAMI-R	Entre grupos	281,038	2	140,519	8,097	,000
	Dentro de grupos	2950,245	170	17,354		
	Total	3231,283	172			
CAMI-I	Entre grupos	130,050	2	65,025	2,696	,070
	Dentro de grupos	4099,626	170	24,115		
	Total	4229,676	172			
CAMI-TOTAL	Entre grupos	1778,365	2	889,183	4,260	,016
	Dentro de grupos	35484,421	170	208,732		
	Total	37262,786	172			

Figura 10: Escala CAMI: Pruebas post hoc (la diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05).

			Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
CAMI-A	HSD Tukey	Estudiantes	MIR	-1,074	,838	,408	-3,06	,91
			Especialistas	,288	,797	,930	-1,60	2,17
		MIR	Estudiantes	1,074	,838	,408	-,91	3,06
			Especialistas	1,362	,990	,356	-,98	3,70
		Especialistas	Estudiantes	-,288	,797	,930	-2,17	1,60
			MIR	-1,362	,990	,356	-3,70	,98
	Scheffe	Estudiantes	MIR	-1,074	,838	,442	-3,14	1,00
			Especialistas	,288	,797	,937	-1,68	2,26
		MIR	Estudiantes	1,074	,838	,442	-1,00	3,14
			Especialistas	1,362	,990	,391	-1,08	3,81
		Especialistas	Estudiantes	-,288	,797	,937	-2,26	1,68
			MIR	-1,362	,990	,391	-3,81	1,08
CAMI-B	HSD Tukey	Estudiantes	MIR	-1,978*	,725	,019	-3,69	-,26
			Especialistas	-1,364	,689	,120	-2,99	,26

		MIR	Estudiantes	1,978*	,725	,019	,26	3,69				
			Especialistas	,614	,856	,754	-1,41	2,64				
			Especialistas	Estudiantes	1,364	,689	,120	-,26	2,99			
				MIR	-,614	,856	,754	-2,64	1,41			
		Scheffe	Estudiantes	MIR	-1,978*	,725	,026	-3,77	-,19			
				Especialistas	-1,364	,689	,144	-3,07	,34			
				MIR	Estudiantes	1,978*	,725	,026	,19	3,77		
					Especialistas	,614	,856	,774	-1,50	2,73		
			Especialistas	Estudiantes	1,364	,689	,144	-,34	3,07			
				MIR	-,614	,856	,774	-2,73	1,50			
				CAMI-R	HSD Tukey	Estudiantes	MIR	-2,703*	,827	,004	-4,66	-,75
							Especialistas	-2,465*	,786	,006	-4,32	-,61
MIR	Estudiantes	2,703*	,827			,004	,75	4,66				
	Especialistas	,238	,977			,968	-2,07	2,55				
Especialistas	Estudiantes	2,465*	,786			,006	,61	4,32				
	MIR	-,238	,977			,968	-2,55	2,07				
Scheffe	Estudiantes	MIR	-2,703*		,827	,006	-4,75	-,66				
		Especialistas	-2,465*		,786	,008	-4,41	-,52				
	MIR	Estudiantes	2,703*		,827	,006	,66	4,75				
		Especialistas	,238		,977	,971	-2,18	2,65				
	Especialistas	Estudiantes	2,465*		,786	,008	,52	4,41				
		MIR	-,238		,977	,971	-2,65	2,18				
CAMI-I	HSD Tukey	Estudiantes	MIR	-2,259	,975	,056	-4,56	,05				
			Especialistas	-,713	,927	,723	-2,90	1,48				
		MIR	Estudiantes	2,259	,975	,056	-,05	4,56				
			Especialistas	1,546	1,152	,374	-1,18	4,27				
		Especialistas	Estudiantes	,713	,927	,723	-1,48	2,90				
			MIR	-1,546	1,152	,374	-4,27	1,18				
	Scheffe	Estudiantes	MIR	-2,259	,975	,071	-4,67	,15				
			Especialistas	-,713	,927	,744	-3,00	1,58				
		MIR	Estudiantes	2,259	,975	,071	-,15	4,67				
			Especialistas	1,546	1,152	,408	-1,30	4,39				
		Especialistas	Estudiantes	,713	,927	,744	-1,58	3,00				
			MIR	-1,546	1,152	,408	-4,39	1,30				
CAMI-TOTAL	HSD Tukey	Estudiantes	MIR	-8,014*	2,868	,016	-14,80	-1,23				
			Especialistas	-4,254	2,728	,266	-10,70	2,19				
		MIR	Estudiantes	8,014*	2,868	,016	1,23	14,80				
			Especialistas	3,759	3,390	,510	-4,26	11,77				
		Especialistas	Estudiantes	4,254	2,728	,266	-2,19	10,70				
			MIR	-3,759	3,390	,510	-11,77	4,26				
	Scheffe	Estudiantes	MIR	-8,014*	2,868	,022	-15,10	-,93				
			Especialistas	-4,254	2,728	,299	-10,99	2,48				
		MIR	Estudiantes	8,014*	2,868	,022	,93	15,10				
			Especialistas	3,759	3,390	,542	-4,61	12,13				
		Especialistas	Estudiantes	4,254	2,728	,299	-2,48	10,99				
			MIR	-3,759	3,390	,542	-12,13	4,61				

Figura 11: Escala CAMI: Test de Kruskal-Wallis

	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-R	CAMI-I	CAMI-TOTAL
Chi-cuadrado	3,973	8,987	17,990	7,336	11,565
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,137	,011	,000	,026	,003

Figura 12: Escala CAMI: Test U de Mann-Withney

Entre estudiantes y MIR:

	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-R	CAMI-I	CAMI-TOTAL
U de Mann-Whitney	1354,000	1196,000	989,500	1183,000	1060,500
W de Wilcoxon	6404,000	6246,000	6039,500	6233,000	6110,500
Z	-1,776	-2,588	-3,645	-2,650	-3,271
Sig. asintótica (bilateral)	,076	,010	,000	,008	,001

Entre estudiantes y especialistas:

	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-R	CAMI-I	CAMI-TOTAL
U de Mann-Whitney	1915,500	1500,500	1297,500	1810,000	1618,500
W de Wilcoxon	2695,500	6550,500	6347,500	6860,000	6668,500
Z	-,162	-2,118	-3,069	-,658	-1,555
Sig. asintótica (bilateral)	,871	,034	,002	,511	,120

Entre MIR y especialistas:

	CAMI-A	CAMI-B	CAMI-R	CAMI-I	CAMI-TOTAL
U de Mann-Whitney	492,500	602,500	616,500	490,500	503,000
W de Wilcoxon	1272,500	1382,500	1396,500	1270,500	1283,000
Z	-1,895	-,672	-,516	-1,912	-1,771
Sig. asintótica (bilateral)	,058	,502	,606	,056	,077

Figura 13:

Cada pregunta ha sido evaluada mediante una escala tipo Likert del 1 al 5.

En las preguntas cuya contestación positiva supone una actitud más estigmatizante (1, 3, 6, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 30, 32, 33, 35, 38 y 40) se asignan los siguientes valores:

- 5: totalmente de acuerdo
- 4: de acuerdo
- 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2: no estoy de acuerdo
- 1: totalmente en desacuerdo

En las preguntas cuya contestación positiva supone una actitud menos estigmatizante (2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 31, 34, 36, 37 y 39) se asignan los siguientes valores:

- 1: totalmente de acuerdo
- 2: de acuerdo
- 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4: no estoy de acuerdo
- 5: totalmente en desacuerdo

		Media	Desviación estándar
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	Estudiantes	1,83	,829
	MIR	1,79	,641
	Especialistas	1,69	,766
	Total	1,79	,779
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,43	,685
	MIR	1,50	,508
	Especialistas	1,31	,569
	Total	1,42	,629
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	Estudiantes	1,39	,764
	MIR	1,24	,431
	Especialistas	1,46	,822
	Total	1,38	,726
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	Estudiantes	1,81	,800
	MIR	1,91	,933
	Especialistas	1,69	,731
	Total	1,80	,812

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	Estudiantes	2,29	1,225
	MIR	2,32	1,147
	Especialistas	2,05	1,099
	Total	2,24	1,181
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	Estudiantes	1,85	,957
	MIR	2,12	,946
	Especialistas	2,36	1,038
	Total	2,02	,991
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	Estudiantes	1,96	,963
	MIR	2,29	,970
	Especialistas	2,36	,959
	Total	2,12	,976
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	Estudiantes	1,52	,810
	MIR	1,74	,898
	Especialistas	1,56	,821
	Total	1,57	,829
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	Estudiantes	2,18	,869
	MIR	2,32	1,121
	Especialistas	2,36	1,088
	Total	2,25	,971
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	Estudiantes	1,33	,620
	MIR	1,47	,615
	Especialistas	1,69	,655
	Total	1,44	,641
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	Estudiantes	1,27	,601
	MIR	1,41	,657
	Especialistas	1,79	,978
	Total	1,42	,739
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	Estudiantes	1,48	,858
	MIR	1,65	,734
	Especialistas	1,85	1,065
	Total	1,60	,895
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	Estudiantes	2,68	1,294
	MIR	3,00	1,044
	Especialistas	2,69	1,127
	Total	2,75	1,212
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	Estudiantes	1,26	,579
	MIR	1,44	,786
	Especialistas	1,31	,614
	Total	1,31	,632
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	Estudiantes	1,24	,683
	MIR	1,59	1,019
	Especialistas	1,44	,882
	Total	1,35	,812
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes	Estudiantes	2,01	,893
	MIR	2,18	,999
	Especialistas	1,92	,807
	Total	2,02	,895

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	Estudiantes	2,11	,909
	MIR	1,88	,640
	Especialistas	2,03	,811
	Total	2,05	,841
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,22	,484
	MIR	1,47	,662
	Especialistas	1,67	,927
	Total	1,37	,666
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	Estudiantes	1,63	,761
	MIR	2,06	,952
	Especialistas	2,13	,833
	Total	1,83	,845
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	Estudiantes	1,67	,779
	MIR	1,97	,717
	Especialistas	1,67	,662
	Total	1,73	,748
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	Estudiantes	1,23	,679
	MIR	1,38	,604
	Especialistas	1,38	,544
	Total	1,29	,638
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,76	,668
	MIR	1,97	,904
	Especialistas	1,54	,555
	Total	1,75	,708
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	Estudiantes	1,99	,893
	MIR	2,15	,857
	Especialistas	1,97	,743
	Total	2,02	,852
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	Estudiantes	1,76	,793
	MIR	2,09	,965
	Especialistas	1,69	,694
	Total	1,81	,817
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	Estudiantes	1,16	,465
	MIR	1,21	,592
	Especialistas	1,15	,366
	Total	1,17	,471
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	2,86	1,035
	MIR	3,26	,994
	Especialistas	3,05	1,075
	Total	2,98	1,043
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	Estudiantes	1,35	,626
	MIR	1,85	,989
	Especialistas	1,62	,747
	Total	1,51	,760
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	Estudiantes	1,98	,953
	MIR	2,32	,806
	Especialistas	2,03	,903
	Total	2,06	,919
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de	Estudiantes	3,17	1,045
	MIR	3,62	1,074

tratamiento obsoleto	Especialistas	2,95	1,191
	Total	3,21	1,101
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	Estudiantes	1,22	,746
	MIR	1,18	,387
	Especialistas	1,18	,389
	Total	1,20	,619
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,32	,827
	MIR	1,65	1,012
	Especialistas	1,54	,854
	Total	1,43	,878
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	Estudiantes	1,81	,837
	MIR	1,94	,649
	Especialistas	1,87	,864
	Total	1,85	,807
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	Estudiantes	1,82	,999
	MIR	1,79	,880
	Especialistas	1,77	,810
	Total	1,80	,932
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,27	,548
	MIR	1,59	,657
	Especialistas	1,23	,427
	Total	1,32	,560
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	Estudiantes	1,57	,756
	MIR	1,76	,741
	Especialistas	1,69	,766
	Total	1,64	,755
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	Estudiantes	1,95	,914
	MIR	2,24	,781
	Especialistas	2,03	,843
	Total	2,02	,876
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	Estudiantes	1,28	,533
	MIR	1,50	,707
	Especialistas	1,38	,673
	Total	1,35	,606
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	Estudiantes	1,41	,753
	MIR	1,59	,821
	Especialistas	1,64	,873
	Total	1,50	,797
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	Estudiantes	2,43	,868
	MIR	2,85	,702
	Especialistas	2,62	,815
	Total	2,55	,838
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	Estudiantes	1,81	,940
	MIR	2,03	,758
	Especialistas	2,21	,923
	Total	1,94	,913

EL ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL EN MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA



Autor: Samuel Renedo Martínez

Tutor: José Antonio Blanco Garrote

Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Hospital Clínico
Universitario
de Valladolid



¿POR QUÉ NOS PREOCUPA EL ESTIGMA?

El estigma es un fenómeno que condiciona creencias, estereotipos y actitudes discriminatorias y pérdida de estatus social, que afecta a las personas con trastornos de salud mental. Se ha demostrado que el estigma actúa disminuyendo la calidad de vida y la salud de estos pacientes, asociándose entre otras cosas, a un retraso en la búsqueda de atención psicológica o psiquiátrica, problemas laborales, un aumento del riesgo de suicidio, etc. Especialmente cuando este fenómeno se presenta en profesionales sanitarios puede conllevar otras consecuencias negativas como una peor calidad asistencial (1).

Tras realizar una breve revisión de la escasa bibliografía previa se pone de manifiesto la necesidad de ampliar las investigaciones sobre el estigma, tanto de su funcionamiento y sus implicaciones en salud como de la eficacia de las intervenciones específicas para reducirlo.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Detectar el estigma entre médicos y estudiantes de medicina de Valladolid.

Analizar qué factores están implicados en este fenómeno y cómo pueden influir en la eficacia de las intervenciones anti-estigma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha distribuido una encuesta entre médicos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y estudiantes de medicina de la Universidad de Valladolid.

El estigma se ha medido con la escala de distancia social de Bogardus, y con la escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness) que mide cuantitativamente 4 determinantes de estigma. Además se han recogido de manera simultánea factores que pueden estar asociados: género, edad, etapa formativa, lugar de trabajo, y adquisición previa de conocimientos teóricos o prácticos sobre salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

• (1) Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med.* 2000;15(3):204-6.

• (2) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33(1):77-83.

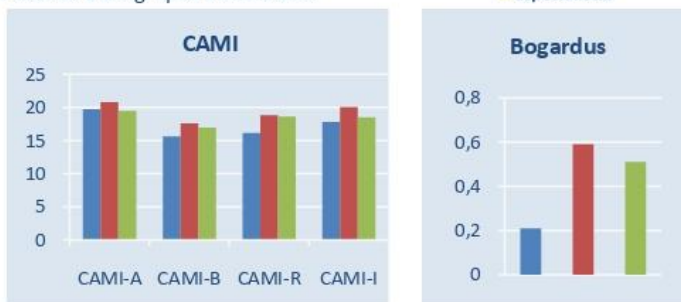
• (3) Eksteen HC, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(8):782-791.

¿QUÉ HEMOS ENCONTRADO?

N = 173 (100 estudiantes, 34 MIR, 39 especialistas)

Se ha detectado un nivel moderado pero significativo de estigma en toda la población estudiada. No se han encontrado diferencias significativas entre atención primaria y hospitalaria, ni entre estudiantes que han estudiado o realizado prácticas de Psiquiatría y los que no.

En cuanto a los grupos estudiados:



Se observa una clara tendencia significativa en todos los determinantes analizados, de manera que los médicos (y más los MIR) presentan mayores niveles de estigma que los estudiantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al analizar la bibliografía previa se confirma que los profesionales sanitarios presentan más estigmatización que otras poblaciones. En cuanto a las diferencias entre grupos, se ha sugerido que pueda estar implicada la experiencia clínica con estos pacientes (2), que actuaría disminuyendo el estigma. En cuanto a los estudiantes, las investigaciones revisadas parecen contradecir los resultados de nuestro estudio, encontrándose reducción del estigma en estudiantes de cursos más avanzados o que hayan realizado más prácticas en Servicios de Salud Mental (3).

Es fundamental conocer cómo funciona este fenómeno para plantear intervenciones anti-estigma, que han de ser específicas con un diseño particular para cada grupo diana. Para profesionales sanitarios podrían ser útiles las estrategias de contacto con pacientes psiquiátricos en un entorno no asistencial, y para estudiantes se sugieren intervenciones formativas sobre el estigma y aumentar el contacto clínico en las prácticas de Psiquiatría.