



**Facultad de
Enfermería**
Universidad de Valladolid

**Universidad de Valladolid
Grado en enfermería**

Facultad de enfermería de Valladolid

UVa

**Curso de 2024-2025
Trabajo fin de grado**

**Percepción diferencial de las
enfermedades mentales con
respecto a las físicas: juicio y
estigma. Un proyecto de
investigación.**

**Daniela Santos Sosa
Tutor: Juan Pablo Torres Andrés**

Resumen

Introducción: Siendo la salud mental un concepto fuertemente estigmatizado, existe cada día más concienciación al respecto. Sin embargo, es evidente que el estigma sigue existiendo. Los profesionales de la salud también conviven con este estigma, dentro y fuera de su entorno profesional, generando esto la duda de si su pensamiento profesional está siendo influido por este estigma.

Objetivo: Analizar si los profesionales sanitarios perciben de forma distinta a los pacientes que presentan una patología mental con respecto a los que padecen una patología física.

Metodología: Se plantea realizar un análisis comparativo de dos encuestas realizadas por profesionales sanitarios voluntariamente, y una entrevista previa realizada a pacientes que hayan padecido una patología mental y una física, para guiar el diseño de las encuestas, cuyos resultados se añadirán también al análisis final.

Resultados: Se espera que los datos obtenidos reflejen la existencia de un estigma fundamentado en los prejuicios relacionados con la salud mental en el pensamiento de los profesionales sanitarios.

Conclusiones: Se espera que se evidencie la existencia de una percepción diferencial de los pacientes según su patología, que puede derivar en un trato discriminatorio que repercute en el proceso de salud del paciente.

Palabras clave: Percepción, estigma, paciente, patología mental, patología física.

Índice

1.Introducción.....	1-2
2.Justificación	3-4
3.Hipótesis y objetivos	5-6
3.1.Pregunta PICO	5
3.2.Hipótesis	5
3.3.Objetivo general	5
3.4. Objetivos específicos	5-6
4. Metodología	7-19
4.1.Diseño del proyecto.....	7-8
4.2.Población diana	8
4.3.Criterios de inclusión.....	8-9
4.4 Planteamiento de la entrevista.....	9-10
4.5. Planteamiento de las encuestas.....	10-13
4.6.Cronograma	13-15
4.7.Análisis estadístico.....	15-17
4.8.Recursos materiales y presupuesto.....	17
4.9.Consideraciones ético-legales.....	18-19
5.Resultados	20
6.Discusión	21-26
6.1 Discusión de los resultados	21-23
6.2.Análisis DAFO.....	23-24
6.3.Aplicación a la práctica clínica	24-25
6.4.Futura línea de investigación	25-26
7.Conclusiones	27
8.Bibliografía.....	28-29
9.Anexos	30-39
• Anexo 1:Batería de preguntas entrevista.....	30
• Anexo 2:Batería de preguntas encuesta A.....	31- 36
• Anexo 3:Batería de preguntas encuesta B.....	37
Anexo 4:Consentimiento informado.....	38
• Anexo 5:Hoja de Información al paciente.....	39

1. Introducción

El bienestar mental es contemplado por la OMS como pilar para alcanzar un estado completo de salud, junto con el bienestar físico y social [1]. Sin embargo cuando coloquialmente se habla de salud, se presupone que el tema a discutir implica siempre el estado físico de manera aislada, y ya si se especifica, se consideran las otras variables de la ecuación.

Las enfermedades mentales llevan existiendo el mismo tiempo que las dolencias físicas, pero han sido relegadas históricamente a la superstición, la magia y a ser consideradas fuera de todo conocimiento científico válido [2] mucho más tiempo que aquellas que presentan síntomas físicos observables y objetivables.

Con los años el cuadro que enmarca la salud mental se ha visto alterado en intervalos exponenciales. El concepto ha cambiado, no siempre de forma lineal y no siempre de forma positiva, pero ha llegado a la actualidad como parte fundamental del bienestar integral de cualquier individuo. Se considera que la concienciación actual sobre la salud mental, en la que nos vemos inmersos a nivel poblacional, tuvo su inicio en el año 1949, debido a una iniciativa de la Mental Health America [3,4].

Podríamos definir esta la situación en la que nos encontramos como un flujo masivo y creciente de información cuyo propósito es penetrar más allá de la opinión, dar lugar a pensamientos y creencias, e impulsar a través de estos, acciones referentes a la promoción de la salud mental.

Todo indica qué deberíamos de estar ya viendo los frutos de esta concienciación tanto en el pensamiento como en los actos de la sociedad. Sin embargo, la realidad es que la conversación en cuanto a la salud mental se ha visto potenciada, pero gran parte del mensaje que se está transmitiendo carece de evidencia científica, conocimiento empírico y empatía o comprensión en cuanto a la propia enfermedad mental. No faltan las opiniones y los bulos, y la

corriente está desembocando en confusión y desinformación, que busca influir en la opinión pública y modificar el concepto salud mental, no en los libros, pero si en el imaginario colectivo.

Sería poco acertado pensar que esta situación no está afectando al ámbito sanitario, ya que los profesionales se ven envueltos en el mismo clima, tanto dentro como fuera de su actividad profesional. La pregunta a hacerse ahora es si la balanza se está inclinando a favor de la concienciación basada en la evidencia o si se está produciendo un arrastre poblacional hacia una percepción distorsionada sobre algo tan aparentemente voluble y opinable como la salud mental, desecharlo su objetividad y su pertenencia a cualquier campo de estudio respetable.

El siguiente trabajo pretende presentar un proyecto de investigación que permita demostrar si los pacientes con enfermedades mentales son percibidos tanto dentro como fuera del ámbito sanitario de forma distinta a aquellos pacientes que presentan dolencias físicas.

No se pretende en el siguiente texto insinuar que las enfermedades mentales y las físicas son iguales, ni que sus respectivos padecientes las vivan de la misma manera o deban de ser tratados igual. Sin embargo el texto busca cuestionar si aquello que diferencia las enfermedades físicas de las mentales justifica que se diferencie también en cuanto al rol de enfermo dependiendo de si este padece una enfermedad física o mental, afectando esto a su desarrollo vital dentro y fuera del ámbito sanitario, generalmente con un sesgo negativo.

2. Justificación

A lo largo de mi corta experiencia asistencial he podido observar en repetidas ocasiones cómo se creaban ambientes discriminatorios o conversaciones motivadas por el prejuicio en torno a un paciente psiquiátrico que estaba siendo atendido en un servicio no psiquiátrico, por un problema de salud no relacionado con su patología psíquica. Al comparar mis experiencias con las de otros compañeros he podido comprobar que no eran situaciones aisladas y que en muchos de estos compañeros ya se había instaurado una corriente de pensamiento similar, que veía estos comentarios discordantes y este trato diferencial como aceptables y resolutivos.

El estigma establecido sobre las enfermedades mentales y aquellos que las padecen ha sido analizado e investigado ampliamente [5], pero no hay multitud de artículos que ahonden en cómo este estigma afecta a la percepción que hay sobre estos pacientes creando una comparativa con la percepción que se tiene de un paciente con una enfermedad somática en su rol como paciente y beneficiario de la atención sanitaria que se le presta.

La salud mental es un tema que genera cada día más conversación, tanto dentro como fuera del ambiente sanitario, sobre el que existen multitud de opiniones, basadas en gran parte en información no contrastada, subjetiva y errónea. En muchos casos se justifica esta desinformación con el argumento de que la salud mental y lo relativo a ella no es objetivo, medible o justificable; dando a entender que no es posible conseguir un conocimiento científico válido al respecto. Los profesionales actualmente son formados en temario referente a la salud mental, sin embargo no está claro que la teoría recibida sea adoptada como conocimiento clínico a aplicar en la práctica asistencial o que por el contrario basen su comprensión de la enfermedad mental siguiendo razonamientos similares al descrito previamente.

Existen diversos estudios que han investigado previamente cómo perciben los profesionales de la salud involucrados en el ámbito de la salud mental, en su mayoría psiquiatras, a sus pacientes [6]. En este estudio se busca ampliar esta

investigación hacia aquellos profesionales de la salud que tratan con pacientes psiquiátricos de manera relativamente habitual en su práctica clínica, pertenezcan o no a un servicio asistencial psiquiátrico, para evaluar si una mayor formación o un contacto más habitual con estos pacientes minimiza el estigma.

El trabajo de investigación que se plantea en este documento sólo tiene sentido como puerta hacia una investigación más amplia, centrada en las causas de la existencia de este estigma, la facilidad de inclusión que tiene en el pensamiento colectivo de la sociedad y en el diseño de intervenciones que desarrollar para cambiar este pensamiento colectivo y esta incomprendición hacia las enfermedades mentales.

3.Hipótesis y objetivos

3.1. Pregunta PICO

-¿Los profesionales de la salud perciben de manera distinta a los pacientes con enfermedades mentales de aquellos con enfermedades físicas?

- P(Paciente o problema): Profesionales de la salud con contacto con pacientes.
- I(Intervención o exposición): Contacto con pacientes con enfermedades mentales.
- C(Comparación): Contacto con pacientes con enfermedades físicas.
- O(Outcome- Resultados): Diferencias en la percepción o actitud hacia los pacientes.

3.2. Hipótesis

Existen diferencias en la percepción de los profesionales de la salud en cuanto a los pacientes que presentan una enfermedad mental y una física, basadas en la estigmatización de la salud mental y las enfermedades psiquiátricas, que repercuten negativamente en la atención sanitaria y la integración social del paciente de salud mental.

3.3. Objetivo general:

Identificar y analizar diferencias existentes en la percepción socio sanitaria hacia los pacientes que presentan enfermedades mentales en cuanto a aquellos que presentan enfermedades físicas.

3.4. Objetivos específicos:

1. Comparar la empatía y las actitudes que presentan distintos grupos de profesionales sanitarios hacia los pacientes con enfermedades mentales y los pacientes con enfermedades físicas.
2. Estudiar si los pacientes perciben estas diferencias en la atención que reciben y cómo interviene esto en su propia percepción de su enfermedad.

3. Determinar si un mayor grado de formación en salud mental deriva en un menor grado de estigma hacia los pacientes de salud mental.
4. Estudiar si el personal sanitario es consciente de que una percepción negativa o negacionista hacia la salud mental y sus afecciones no es adecuada en su desempeño profesional.

4. Metodología

4.1. Diseño del proyecto

El proyecto se desarrollará a partir de un estudio cualitativo y otro cuantitativo.

El estudio cualitativo se centrará en el análisis de una serie de entrevistas realizadas a pacientes que hayan padecido o padezcan en la actualidad una enfermedad física y otra psíquica, sin considerar el orden en el que las enfermedades hayan aparecido como criterio de inclusión o exclusión para los participantes.

En cuanto a la parte cuantitativa del estudio, se desarrollará un análisis comparativo partir de dos encuestas, a contestar por lo misma muestra poblacional, dos veces cada una con un intervalo de seis meses mínimo entre la primera y la segunda contestación, dando lugar a cuatro grupos de respuestas:

1. Encuesta A 1 (Encuesta A – primera vez)
2. Encuesta B1 (Encuesta B – primera vez)
3. Encuesta A.2 (Encuesta A – segunda vez)
4. Encuesta B.2(Encuesta B – segunda vez)

Las respuestas, codificadas en una escala tipo Likert de 6 items, se analizarán posteriormente para obtener conclusiones tanto cuantitativas como cualitativas, a través de un análisis comparativo de las mismas.

Al realizarse las encuestas con un intervalo de seis meses entre su primera y segunda contestación, se pretende crear un sesgo de olvido [7] intencional en los participantes, para que respondan la encuesta por segunda vez sin tener la referencia de sus primeras respuestas y así evitar que estas se vean alteradas por la concienciación basada en la comparativa autorreflexiva.

La duración total del proyecto sería de 18 meses, contemplando tanto su realización como el análisis final de los datos obtenidos durante el estudio con sus consecuentes conclusiones.

Los primeros dos meses estarán dedicados a la puesta en marcha del proyecto con la realización de las entrevistas a pacientes durante dos meses, con el objetivo de usar sus respuestas para encauzar adecuadamente la batería de preguntas de las encuestas que se realizarán durante los siguientes doce meses. Las encuestas deberán ser realizadas por los mismos grupos dos veces, dejando abiertas las encuestas tres meses a libre participación, con un intervalo de seis meses como mínimo entre su primera y su segunda contestación. Finalmente se dará un plazo de tres meses al investigador para recopilar las respuestas, analizarlas, y extraer las conclusiones de los resultados del estudio, redactados en un documento con validez científica como estudio ya concluido.

4.2. Población diana

Consideraremos como población diana de este estudio a los individuos que participen en la contestación de las encuestas, siendo estos sanitarios, activos en el momento de la realización del estudio, que cumplan con los criterios de inclusión que se exponen a continuación.

4.3. Criterios de inclusión

-Criterios de inclusión de la encuesta:

- Ser profesional sanitario o estar formándose para ello.
- Trabajar en una de las plantas en las que se vaya a realizar el proyecto.
- Haber recibido formación en lo relativo a la salud mental.
- Trabajar en el servicio durante la totalidad del tiempo que las encuestas estén abiertas.

Participará en las encuestas una muestra poblacional integrada por los miembros de seis plantas de hospitalización de dos hospitales, incluyéndose en estas una planta de psiquiatría, dando un total de doce plantas de hospitalización, siendo el cuestionario de realización voluntaria y estando abierto para todo tipo de profesionales sanitarios.

Debido al requerimiento de un dato numérico, se estipula un mínimo de cuarenta participantes en cada encuesta, sin fijar un máximo en el número de participantes al ser ambas encuestas de participación voluntaria.

Aunque no se considera a la muestra poblacional que participará en las entrevistas como la población diana del estudio, es importante estipular unos criterios de inclusión para la elección de participantes para las entrevistas. Se plantea realizar 30 entrevistas a distintos pacientes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión

-Criterios de inclusión:

- Haber padecido una enfermedad mental y una psíquica.
- Tener entre 18 y 59 años.
- Que las patologías hayan requerido de intervención farmacológica.
- Que ambas patologías hayan tenido una duración mínima de un mes desde su diagnóstico hasta su resolución.
- Que una de las patologías no se haya derivado de la otra.
- Que ambas enfermedades hayan sido atendidas en la misma comunidad autónoma.

No es necesario que los procesos patológicos se hayan resuelto en el momento en el que el participante realice la entrevista.

4.4. Planteamiento de las entrevistas

Como punto de partida del proyecto se plantea la realización de entrevistas a pacientes que hayan padecido tanto una patología mental como una física con el objetivo de obtener datos cualitativos que refuercen el objetivo del estudio y permitan enfocar las preguntas de las encuestas que se realizarán posteriormente, para que las conclusiones que se obtengan del estudio sean lo más precisas y certeras posibles.

Las entrevistas se llevarán a cabo siguiendo una batería de preguntas (Anexo 1) y posteriormente se extraerán conclusiones cualitativas que permitan

reestructurar las encuestas basándose en la experiencia de los propios pacientes.

Las preguntas que integrarán la guía para realizar las entrevistas están enfocadas en motivar al paciente a hablar libremente de su experiencia en el sistema sanitario realizando una comparación crítica entre los procesos patológicos que conforman el objeto de estudio de este trabajo. Son de contestación dicotómica en su gran mayoría, sin embargo plantean un interrogante a partir del cual se pueda desarrollar una respuesta elaborada, que aporte datos cualitativos al estudio.

De esta manera las respuestas dicotómicas que se obtengan de las entrevistas podrían determinar si el estudio está bien formulado y su realización es pertinente, mientras que las respuestas abiertas y desarrolladas permitirán modificar las preguntas de la encuesta para centrarse en el objeto de estudio a partir de situaciones reales que nos relatan los pacientes. Además el investigador podrá analizar los datos a partir de una diferenciación rápida marcada por la respuesta dicotómica de si o no, para después interpretar la respuesta más desarrollada según un sesgo fiable inicial.

4.5. Planteamiento de las encuestas

Las cuestiones que se plantean en ambas encuestas están diseñadas para atender los conceptos centrales de los que parte la estigmatización hacia las enfermedades mentales. Los análisis sociales de la representación mediática de la enfermedad psiquiátrica han identificado tres supuestos principales erróneamente concebidos sobre las personas con patologías mentales: la peligrosidad, la desadaptación social y la infantilización. Esto da lugar a una reacción poblacional común según el prejuicio con el que se asocie la patología mental; desde el temor se percibe a los individuos con enfermedades mentales como individuos a los que hay que temer y excluir de la sociedad; desde el autoritarismo se les concibe como personas irresponsables e incapaces de integrarse socialmente, o se les considera como personas infantiles que necesitan ser atendidas, desde un crisma de benevolencia paternalista [15]. Todas estas actitudes hacia las personas que presentan algún tipo de patología mental derivan en un trato discriminatorio que implica aislamiento social, trato

diferencial, dificultad en el acceso a puestos de trabajo, alquileres, servicios sociales y en muchos casos a una culpabilización social del paciente en lo relativo a su enfermedad, considerando esta como una decisión del individuo [17].

Las preguntas de ambas encuestas presentan ligeras variaciones según si hacen referencia a problemas de salud física o de salud mental. En casos puntuales el enunciado de las preguntas ha sido modificado con el objetivo de que la pregunta tenga sentido enfocada a una u otra patología, correspondiendo las preguntas entre una y otra encuesta en su numeración, para identificar los enunciados a relacionar.

En ambas encuestas se solicita el servicio hospitalario y el tipo de profesional correspondiente al encuestado.

La realización de las encuestas sería online para reducir el gasto y la utilización de recursos materiales, así como para facilitar su cumplimentación.

- **Encuesta A**

La encuesta A tiene como objetivo principal determinar si existe una percepción diferencial entre los pacientes que presentan enfermedades físicas y aquellos que presentan enfermedades psiquiátricas. La encuesta debe ser contestada por los participantes en dos intentos, el primero con una batería de preguntas referente a la patología física (Anexo 2) y el segundo con una batería de preguntas referente a la patología mental (Anexo 2). Las preguntas de la encuesta están diferenciadas según si se refiere a un tipo de patología u otra, requiriendo en momentos puntuales una redacción diferente para su mejor comprensión. Esta diferenciación siendo las preguntas similares permitirá una vez realizada la encuesta un análisis comparativo entre las respuestas de la primera y la segunda contestación.

En la encuesta referente a la patología física no se menciona de manera constante el adjetivo “física” o adjetivos similares, debido a que como se ha comentado previamente en la introducción del texto, por defecto al pensar en el concepto enfermedad se identifica la enfermedad física como concepto único, por lo que especificar de forma continuada la condición orgánica de la patología

podría ser contraproducente al llevar a los encuestados a pensar en su diferenciación con la patología mental.

- **Encuesta B**

El objetivo de la realización de la encuesta B es primeramente identificar si este tipo de pensamiento, gravemente estigmatizado y basado en el desconocimiento, está presente en los profesionales sanitarios que integran nuestro sistema de salud para poder posteriormente concluir si aquellos que presentan este tipo de pensamiento son conscientes de que es evidentemente inadecuado a la hora de prestar atención sanitaria a la población, como su profesión requiere.

Para poder conseguir los objetivos esperados, las preguntas de la Encuesta B (Anexo 3) no se ven variadas entre su primera y segunda ventana de contestación, sin embargo, cambian las condiciones de realización, ya que al pasarse la encuesta por segunda vez se les requerirá a los participantes perder el anonimato cuanto a la contestación. Se busca que los participantes permitan tratar sus datos personales como parte del estudio, haciéndoles conscientes de que se les podría identificar con sus respuestas a la encuesta, para evaluar si existe una autoconciencia hacia la problemática que podría presentar un pensamiento estigmatizado hacia la salud mental a nivel profesional. A efecto práctico las respuestas de la encuesta serían tratadas de la misma manera, la única diferencia sería la percepción del encuestado en cuanto a cómo se van a interpretar. Entre los datos personales que se solicitarían al realizarse la encuesta por segunda vez se incluyen: nombre, apellidos y número de colegiado o algún otro tipo de identificativo profesional.

Esta condición podría implicar una disminución en el número de respuestas, por una negativa de los encuestados a contestar fuera del anonimato. Aunque se contempla esta posibilidad y no daría lugar a una conclusión viable, se podría intuir que una de las posibles causas, si no la más probable para explicar la diferencia numérica entre las respuestas de la primera y la segunda contestación fuera precisamente el hecho de que los encuestados no quieran

perder el anonimato al comprender que sus opiniones, siendo para ellos correctas, no son aceptables en un entorno sanitario.

En caso de que el número de encuestados y de respuestas no se viera significativamente afectado, el análisis de la segunda encuesta se realizaría atendiendo si el tipo de respuestas han cambiado al perder el anonimato, permitiendo llegar por otros medios a la misma conclusión según los datos que se obtengan.

Uniendo las conclusiones de los análisis realizados de cada encuesta con su pareja se podría valorar no solo si la percepción entre las enfermedades y las físicas está diferenciada, si no si está concretamente afectada por el juicio y el estigma al que se somete a la salud mental ampliamente en diversos entornos sociales.

Ambas encuestas tendrán una respuesta múltiple, según una escala Likert [8], de respuesta gradual de menor a mayor grado de acuerdo o desacuerdo por parte de los participantes, con 6 ítems entre los que elegir la opción de la respuesta. Se prefiere una escala Likert con 6 ítems sobre 5 para evitar que la respuesta de los encuestados sea neutra, lo cual dificultará el extraer conclusiones evidentes de la realización del proyecto.

Ítems de la escala Likert

- Totalmente en desacuerdo:1
- Bastante en desacuerdo:2
- Levemente en desacuerdo:3
- Levemente de acuerdo:4
- Bastante de acuerdo:5
- Totalmente de acuerdo:6

4.6. Cronograma

Resumen del proyecto

- Entrevistas exploratorias.
- Primera ronda de encuestas.

- Intervalo de espera/ Análisis parcial de los resultados.
- Segunda ronda de encuestas.
- Análisis final de los resultados.

Cronograma

Mes	Actividad principal
Mes 1	Reclutamiento de 20 pacientes
Mes 2	Realización de las entrevistas y primer análisis cualitativo
Meses 3-6	Aplicación simultánea de las encuestas y recopilación de respuestas inicial
Meses 6-12	Intervalo entre encuestas/ Revisión de resultados preliminares
Meses 12-15	Repetición de las encuestas y recopilación de respuestas final
meses 15-18	Análisis estadístico y cualitativo de los datos obtenidos y redacción de conclusiones

División de actividades por fases:

Fase 1: Exploración cualitativa:

- Reclutamiento de 30 pacientes voluntarios para su participación en el estudio.
- Realización de entrevistas.
- Análisis de las entrevistas.
- Modificación de la batería de preguntas de las encuestas en base a las conclusiones obtenidas de las entrevistas, si fuera pertinente.

Fase 2: Aplicación de las encuestas:

- Difusión de la realización del proyecto y apertura de encuestas para los potenciales participantes en el estudio.

- Cierre de encuestas.
- Recopilación de respuestas y monitorización de la participación.

Fase 3: Intervalo entre encuestas:

- Análisis preliminar de las respuestas.
- No se contempla reajuste de las encuestas.

Fase 4: Repetición de las encuestas:

- Notificación de la apertura de las encuestas a los potenciales participantes en el estudio.
- Cierre de encuestas.
- Recopilación de respuestas definitiva y comparación de la participación

Fase 5: Análisis y conclusiones

- Codificación y comparación de los datos obtenidos.
- Análisis de la comparativa previa estadístico y cualitativo.
- Aunar el resultado del análisis a las conclusiones del primer estudio cualitativo derivado de las entrevistas.
- Interpretación de los datos obtenidos.
- Redacción de las conclusiones.

4.7. Análisis estadístico

Los cuatro conjuntos de datos que se generan de la realización del estudio se analizarán comparativamente a pares, es decir, se analizará cada encuesta a partir de una comparativa de los datos obtenidos entre la primera y la segunda contestación de la misma. Posteriormente se extraerán conclusiones y a partir de estas conclusiones se realizará una síntesis interpretativa de los hallazgos para comprobar si los resultados obtenidos en ambas encuestas son coherentes al observarlos en conjunto.

-Objetivo del análisis estadístico

- Encuesta A: Variación significativa en el conjunto de respuestas según sea la primera o la segunda contestación de la encuesta.
- Encuesta B: Variación significativa en el conjunto de respuestas según sea la primera o la segunda contestación de la encuesta.

-Hipótesis estadísticas

-Encuesta A

- H1: Las respuestas de la primera y la segunda realización de la encuesta se inclinan hacia lados opuestos en la escala Likert.
- H0: No existe variación entre las respuestas de la primera y la segunda realización de la encuesta.

-Encuesta B

- H1: Las respuestas de la primera y la segunda realización se encuentran presentan una diferencia significativa en la escala Likert.
- H0: No existe variación en las respuestas.
- H2: El número de participantes se ve radicalmente reducido en la segunda realización de la encuesta, imposibilitando un análisis estadístico de comparación de los conjuntos de respuestas.

-Análisis de consistencia o confiabilidad: Para validar las encuestas que se sugieren en el trabajo, se recomienda utilizar el Alfa de Cronbach [9]. El Alfa de Cronbach es un coeficiente estadístico, usado como modelo de consistencia interna para medir el promedio de correlación de entre ítems. Se deben dar dos condiciones previas para calcular el Alfa de Cronbach:

-El cuestionario al que se aplica debe estar formado por un conjunto de ítems que se combinan aditivamente para hallar una puntuación global.

-Todos los ítems que formen parte del cuestionario deben medir la característica a estudiar en la misma dirección.

La interpretación del Alfa de Cronbach está regida por un principio simple, una escala fiable será aquella en la que los ítems presentan una gran correlación entre ellos. Por lo tanto, el coeficiente alfa testificará una mayor validez a la

encuesta que analiza cuantos más se acerque su valor a 1, y mostrará una menor fiabilidad cuanto más se aproxime al 0, teniendo en cuenta que cualquier coeficiente por debajo de 0,5 indica que la correlación entre los ítems es demasiado baja para otorgar validez a una encuesta.

En el caso particular de este estudio, se calculará el Alfa de Cronbach para cada una de las encuestas de forma independiente, para poder comparar los resultados y realizar cambios en las encuestas a futuro, si fuera necesario.

-Comparaciones de medias o proporciones :

Para el análisis estadístico de la comparativa de las respuestas de ambas encuestas utilizaremos la prueba de Wilcoxon [10] de rangos con signo. Esta es una prueba estadística no paramétrica utilizada para valorar la ubicación de una población en función a un supuesto, por lo que permite comparar las puntuaciones de los mismos participantes antes y después de un tratamiento.

La prueba se aplica a un conjunto de datos emparejados entre sí y provenientes de la misma muestra. Se calcula la diferencia entre cada par de observaciones, y se le asigna un signo positivo o negativo según el resultado. Posteriormente se asignan rangos a las diferencias absolutas y se calcula la suma de los rangos que presentan el mismo signo. Finalmente se compara la estadística de la prueba con una distribución de esta bajo la hipótesis nula (H_0) para determinar si la diferencia a observar es significativa a nivel estadístico.

4.8 Recursos materiales y presupuesto

-Investigador: Se estima un sueldo de 1.200-2.000 euros al mes, por 18 meses, dando un sueldo total de 19.500- 32.450 euros.

-Ordenador PC: Compra única de 720 a 1080 euros. En caso de que el investigador disponga de dispositivo propio, se reduce el presupuesto anulando este gasto.

-Software: Uso de herramientas gratuitas como Google Forms, Excel online, Jamovi. En caso de que el investigador tuviera acceso a otros softwares de pago, se le permitiría usarlos, sin incluir el gasto en el estudio.

Total estimado:

Mínimo: 20.220 euros

Máximo: 33.530 euros

4.9. Consideraciones ético-legales

La propuesta de estudio que se expone en este documento está fundamentada en la integridad y el respeto hacia el ser humano considerando en todo momento su valor intrínseco y su derecho a la protección, la libertad y el bienestar.

En lo referente a la **Ley de protección de datos** [25], “la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales es un derecho fundamental protegido por el artículo 18.4 de la Constitución española”. De esta manera se estipula que “la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

Esta ley determina la protección de los datos del individuo como ”un derecho fundamental por el que se garantiza a la persona el control sobre sus datos, cualesquiera datos personales, y sobre su uso y destino, para evitar el tráfico ilícito de los mismos o lesivo para la dignidad y los derechos de los afectados”; de esta forma, el derecho a la protección de datos se configura como una facultad del ciudadano para oponerse a que determinados datos personales sean usados para fines distintos a aquel que justificó su obtención.

Se considera por lo tanto este derecho como autónomo e independiente, perteneciente al ciudadano, por el cuál le corresponde “el poder de disposición y de control sobre los datos personales que faculta a la persona para decidir cuáles de esos datos proporcionar a un tercero, sea el Estado o un particular, o cuáles puede este tercero recabar, y que también permite al individuo saber quién posee esos datos personales y para qué, pudiendo oponerse a esa posesión o uso”.

La cesión de datos que sería necesaria en la segunda realización de la Encuesta B contempla y cumple en todo momento con esta ley y lo que ella conlleva, al igual que el resto de propuestas de intervención que plantea el proyecto.

En lo referente a la **declaración de Helsinki** [26], este documento perteneciente a la Asociación Médica Mundial (AMM) establece los principios

éticos a aplicar en la investigación médica en humanos. Este documento busca proteger los derechos, la seguridad y la dignidad de los participantes en investigaciones cuya realización implique la participación de seres humanos en referencia al objeto de estudio, incluyendo la investigación que utiliza material humano o datos identificables.

La Declaración de Helsinki debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

Entre los principios que rigen la Declaración de Helsinki encontramos el respeto por los individuos, considerando su autonomía, su derecho a ser informados de la realización del estudio, sus riesgos y beneficios; y su derecho a decidir si desean o no participar, así como su derecho a decidir abandonar el estudio en cualquier fase del mismo. Se expresa también en la declaración la obligación de garantizar siempre el bienestar del sujeto por encima de los intereses de la ciencia o de la sociedad. Se destaca también la importancia que se debe prestar a la protección de poblaciones vulnerables así como la distribución equitativa de los beneficios y riesgos de la investigación, para evitar la explotación de estos grupos vulnerables.

En última instancia la Declaración de Helsinki establece el requerimiento de un consentimiento informado por parte de los participantes previo al inicio de la investigación a realizar, que asegure que los participantes han comprendido la naturaleza, los propósitos y los riesgos y beneficios de la misma.

Aunque la declaración está escrita por médicos, la AMM considera que estos principios deben ser sostenidos por todas las personas, equipos y organizaciones involucradas en la investigación con humanos ya que estos son fundamentales para la protección de todos los participantes en la investigación, sean ellos pacientes o voluntarios sanos.

La hoja de información (Anexo 5) y el consentimiento informado (Anexo 4) pertinentes, serían de cumplimentación digital tanto para los participantes de la entrevista, como para aquellos que contesten a las encuestas, adjuntando en este caso los documentos a la encuesta.

5.Resultados

Al llevarse a cabo las intervenciones que componen el estudio que se trata en este documento se espera obtener unos resultados que confirmen la hipótesis que se plantea. Siguiendo esta idea las respuestas que se obtendrían de la **Encuesta A** siguiendo la escala de puntuación Likert deberían de inclinarse en su mayoría hacia el desacuerdo al hablar de patología física y hacia la conformidad en el caso de la patología psíquica. En el caso de la **Encuesta B** sería de esperar un descenso del número de respuestas en el segundo pase de la encuesta, al requerir los datos del encuestado. Si el número de respuestas fuera el mismo unas respuestas más tendentes al desacuerdo en el segundo pase de la encuesta en relación con el primero.

Las entrevistas a realizar previamente al desarrollo de las encuestas no comportan el objeto de estudio principal, sin embargo al estar destinadas a servir posteriormente en un rediseño de las encuestas si este fuera necesario, es de relevancia mencionar también los resultados que se espera obtener de ellas. Al igual que con las encuestas, es de esperar que las entrevistas den lugar a conclusiones cualitativas que confirmen la hipótesis de la que parte este estudio. Por lo tanto los resultados a obtener podrían indicar una percepción de los pacientes hacia la existencia de un estigma, una comprensión negativa del mismo y la deducción de que este estigma provoca una atención sanitaria diferencial en detrimento de los pacientes psiquiátricos, extrayendo estas conclusiones de las experiencias que ellos refieran al entrevistador.

6. Discusión

6.1. Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos del siguiente estudio, aunando el análisis de los datos cuantitativos con la interpretación cualitativa de las entrevistas realizadas previamente demuestran una diferencia en la percepción que se tiene de los pacientes con trastornos psiquiátricos en comparación con aquellos que padecen una enfermedad física, marcada por una comprensión negativa y vejatoria hacia las enfermedades mentales.

En consistencia con los resultados y las conclusiones obtenidos de investigaciones previas [11,12] se evidencia que la condición psíquica de la patología conlleva un estigma más marcado, más aceptado y especialmente discriminatorio, lo que repercute directamente en la calidad de la atención proporcionada por los profesionales sanitarios y el trato interpersonal que se proporciona a estos pacientes [13].

Los datos cualitativos recogidos en las entrevistas realizadas en las primeras fases de la investigación revelan a través del relato de los pacientes experiencias de trato degradante y condescendiente por parte del equipo sanitario en unidades no especializadas en salud mental. Contrastando estos hallazgos con los resultados de las encuestas, fijando la atención en la condición de concordancia o disconformidad en las respuestas dependiendo de si estas pertenecen a profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental o no, se podría deducir que los profesionales sanitarios pertenecientes a este apartado del sector sanitario están más concienciados y por lo tanto menos influidos por el estigma existente hacia la salud mental. En otros estudios se expone que los profesionales de la salud suelen estar más concienciados en cuanto a las enfermedades mentales que la población general [14], por lo que la formación a pesar de no erradicar el estigma, tiene un impacto claramente positivo en la comprensión de la patología mental. Sin embargo otros estudios cuya muestra poblacional estaba formada exclusivamente por psiquiatras demostraron que, aún sin ser la mayoría, un gran número de psiquiatras compartía opiniones discriminatorias en cuanto a sus pacientes [6], focalizadas

en el paternalismo, el miedo a su imprevisibilidad o a la descalificación de sus procesos patológicos como tales [15].

Los resultados del estudio dejan constancia en la existencia de una percepción diferencial que causa una discriminación en el trato que reciben los pacientes psiquiátricos en diversos ámbitos. Otros estudios han demostrado que las actitudes estigmatizadoras no se encuentran limitadas al área de la enfermedad mental, sin embargo socialmente se desaprueba con mayor facilidad a las personas que presentan discapacidades psiquiátricas que a las personas con enfermedades que dan lugar a una discapacidad física [16]. No hay una comparativa similar entre las discapacidades mentales no psiquiátricas y las psiquiátricas, la cual tampoco se puede concluir a partir de los resultados de este estudio.

Diversos estudios relacionan este estigma con la percepción de que las enfermedades mentales son una decisión o una evidencia de la falta de voluntad y fortaleza mental del individuo [17, 18].

En contraposición el análisis de los resultados conduce a la deducción de que a las personas con enfermedades somáticas no solo no se las culpabiliza en lo relativo a su padecimiento, sino que se las considera víctimas legítimas de su condición médica, merecedoras de compasión y solidaridad. Esto está sujeto a diversas condiciones y no es una conclusión única, pues suele determinarse esta percepción a partir de otros factores a considerar como estilo de vida, hábitos tóxicos, conductas de riesgo o patologías relacionadas que presente la persona a considerar. Sin embargo también existen resultados que exponen que las enfermedades mentales son percibidas en ciertos casos desde una benevolencia paternalista [12] , considerando a aquellos que las padecen como exentos de toda responsabilidad, incapaces de ser responsables de sí mismos. Sería difícil determinar si este enfoque incluye a los pacientes psiquiátricos dentro de la concepción del paciente como víctima de la enfermedad que padece, sin embargo se deduce que pese a ser un enfoque distinto, se guía por el prejuicio y el estigma que afectan al pensamiento social relativo a la enfermedad mental, infantilizando a las personas que conviven con una

enfermedad psiquiátrica, anulando su voluntad y concibiéndolos desde su patología antes que desde su condición de individuos biopsicosociales.

Otros estudios por el contrario, tras analizar la etiología de las enfermedades que se relaciona con el estigma público, han determinado que actualmente se ha adoptado una perspectiva causal neurobiológica de las enfermedades mentales, permitiendo esto que se aumente el apoyo hacia la posibilidad de tratamiento de estas patologías [19]. Sin embargo, todos los estudios llegan a la conclusión de que a pesar de sus matices y modificaciones a lo largo del tiempo, la enfermedad mental sigue estando fuertemente estigmatizada.

6.2. Análisis DAFO

Un análisis DAFO es una herramienta muy útil a la hora de evaluar un proyecto de investigación, identificando debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades referentes al estudio, evaluando el componente interno y externo del propio estudio que afectará a su realización y puesta en marcha, permitiendo mejorar unos aspectos y evitar otros, en este y en futuros proyectos. Al no llevarse el estudio que trata este documento a cabo por el momento, el análisis DAFO que se ha realizado del mismo se focaliza en el diseño del proyecto y teoriza sobre posibles ventajas y desventajas que podría presentar el estudio en su realización.

Debilidades	Amenazas
Falta de experiencia por parte del investigador. Diferencias ideológicas y culturales. Tema del estudio controvertido.	Reticencia en la contestación de las encuestas. Negativa de los centros a participar en el proyecto. Falta de apoyo desde dentro del entorno hospitalario.
Fortalezas	Oportunidades

Tema de actualidad. Recolección de datos fiables. Fácil aplicación de las encuestas. Herramientas de análisis adecuadas. Equipo investigador reducido.	Possible aplicación de los resultados a la práctica clínica. Amplio campo de investigación Publicación de resultados en revistas científicas. Colaboración con otras entidades.

6.3. Aplicación a la práctica clínica

La percepción basada en la estigmatización hacia los pacientes psiquiátricos tiene una gran variedad de consecuencias sanitarias y sociales, de las que se deriva la aplicación a la práctica clínica de estudios como el que trata este documento, que buscan poner en manifiesto esta situación al dar datos numéricos y objetivos al respecto.

Esta estigmatización basada en prejuicios, opiniones y desinformación impacta en la atención sanitaria que se les proporciona a los pacientes, tanto en su diagnóstico, como en su tratamiento y recuperación. Además esta atención diferencial puede repercutir el acceso a servicios sanitarios, estén estos directamente relacionados con el proceso de patología mental que sufra el demandante o no, propiciando esto el infradiagnóstico [20], la aparición de complicaciones en el futuro, la búsqueda cada vez más generalizada de tratamientos alternativos y la carga de enfermedad para el paciente, agravando esto su estado y reduciendo su calidad de vida a través de una mala gestión sanitaria multitudinaria [21].

Esta mentalidad insertada en el sistema sanitario y presente en la atención diaria puede llevar a los pacientes con patologías psiquiátricas a ver magnificado su aislamiento y sentimiento de soledad, al generar un clima de incomprendimiento generalizada hacia sus procesos patológicos, dentro y fuera del entorno sanitario; lo cual derivaría en un empeoramiento directo de los

síntomas mentales y una intensificación de los sentimientos negativos, los pensamientos paranoicos o delirantes y los brotes psicóticos. Las personas que conviven con un trastorno mental pueden internalizar los prejuicios sociales hacia la salud mental, adaptando en su ideología propia un autoestigma lo que puede afectar a su autopercepción y a su inserción social [22].

Se podrían implementar una serie de medidas, orientadas a la sensibilización, para prevenir estos efectos adversos derivados de una atención basada en prejuicios y juicios infundados. Sería de vital importancia llevar a cabo campañas de educación y comprensión sobre la salud mental, tanto en la población general como orientadas de forma más formativa hacia los profesionales sanitarios.

No se debe omitir el hecho de que muchas de estas intervenciones se están llevando ya a cabo, siendo su efectividad por el momento baja o casi nula, aunque aún está por comprobarse; lo cual lleva a la pregunta de si se está enfocando el problema y sus soluciones de la manera adecuada. Se deduce que es esencial en la consecución de acabar con este estigma y sus consecuencias la investigación del estigma, sus causas y consecuencias, y posibles intervenciones a llevar a cabo cuya realización sea efectiva a la hora de reducir las malas prácticas y la percepción errónea sobre las personas con trastornos mentales.

6.4. Futura línea de investigación

Haciendo referencia al apartado anterior las futura línea de investigación deberían centrarse, partiendo de este estudio una vez se realice y otros relacionados, en determinar las causas de las que se derivan los prejuicios que dan lugar a un pensamiento estigmatizado y ampliamente aceptado en nuestra sociedad. Sería posible plantear si el estigma se ve acentuado en o hacia ciertos grupos sociales o si tiene relación con el “boom” tecnológico presente, que ha masificado la desinformación; o con el nivel educativo de la población.

Otra futura línea de investigación a mencionar se abocaría ya no a las causas de este pensamiento basado en el juicio irracional, si no a las consecuencias de que esté presente tanto en la sociedad como en el entorno sanitario del que depende el paciente. Se podría enfocar un estudio de estas características tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo, e incluso plantear un enfoque monetario en cuanto a la pérdida económica que genera el infradiagnóstico o la desadherencia terapéutica que se puede derivar de la estigmatización al ser adoptada por los propios pacientes.

Por último y haciendo referencia de nuevo al apartado anterior el fin último de esta línea de investigación sería poder erradicar el estigma y el prejuicio al que se somete a estos pacientes, sin embargo planteando unos objetivos realistas y realizables, la investigación tanto de las causas como de las consecuencias de la estigmatización hacia la salud mental debería dar lugar a intervenciones aplicables con el objetivo de disminuir este estigma en la población general, y en específico en el entorno sanitario. Con respecto a las intervenciones a realizar y aquellas que se están realizando, existe una clara necesidad de investigar su efectividad y posibles consecuencias no deseadas, así como plantear proyectos de diseño académico de nuevas intervenciones, con diferentes enfoques y propuestas de realización, que conviertan en real el objetivo del que parten sus estudios.

7. Conclusiones

La realización del presente estudio hace patente la existencia de un estigma ampliamente extendido en nuestra sociedad y en nuestro sistema sanitario que da lugar a una percepción diferencial de los pacientes que padecen enfermedades mentales con respecto a los que padecen una enfermedad física, pudiendo derivar esto en una atención sanitaria deficiente al influenciar este pensamiento en el desempeño profesional de nuestros integrantes del sistema sanitario.

Se evidencia que la formación sanitaria no genera profesionales que no integren en su juicio profesional el estigma hacia las enfermedades mentales y se hace relevante que en muchos casos estos profesionales son conscientes de que este pensamiento no es aceptable en su ética de trabajo. Cabe destacar que una mayor formación en el área de la salud mental reduce el prejuicio hacia esta, aunque no acaba con él .

Las enfermedades físicas se suelen concebir desde un crisma de empatía y comprensión, mientras que las patologías psiquiátricas son objeto de una percepción negativa y discriminatoria basada en prejuicios y desinformación.

El contraste entre las actitudes que se encuentran en el personal sanitario dependiendo de la naturaleza física o psíquica de las patologías que presenten sus pacientes hace evidente la necesidad de guiar futuras investigaciones hacia la promoción de intervenciones que nos permitan acabar con este estigma y llegar a una atención sanitaria digna hacia todos los pacientes que integran nuestro servicio sanitario.

8.Bibliografía:

1. Constitución [Internet]. Who.int. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. Salaverry O. LA PIEDRA DE LA LOCURA: INICIOS HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2012 [citado el 21 de mayo de 2025];29(1):143–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100022&script=sci_arttext
3. Milbank.org. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-57/issue-04/57-4-The-Mental-Health-Movement-1949-1979.pdf>
4. Mhanational.org. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://mhanational.org/our-history/>
5. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2015 [citado el 21 de mayo de 2025];38(1):53–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
6. Kingdon D, Sharma T, Hart D, Deborah Hart The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? Psychiatr Bull R Coll Psychiatr [Internet]. 2004 [citado el 21 de mayo de 2025];28(11):401–6. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/what-attitudes-do-psychiatrist-s-hold-towards-people-with-mental-illness/15B3937468D71719AF4863BF6E2ED0F7>
7. Scielo.cl. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000300056
8. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet]. 2018 [citado el 21 de mayo de 2025];20(1):38–47. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038
9. Ccrroonnbbaacchh AD. SSPPSSSS:: AANNÁÁLLIISSISS DDEE FFIIAABBIILLIIDDAAADD [Internet]. Wwww.uv.es. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
10. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2005 [citado el 21 de mayo de 2025];34(4):572–80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009
11. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clin Psychol (New York) [Internet]. 2002;9(1):35–53. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2002-10493-016.pdf>
12. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2006;113(3):163–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

13. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health* [Internet]. 2013;103(5):777–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
14. Browne D. Attitudes of mental health professionals toward mental illness : comparisons and predictors : a project based upon an investigation at Department of Youth Services, Massachusetts. 2010 [citado el 21 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://scholarworks.smith.edu/theses/1117/>
15. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull* [Internet]. 1981;7(2):225–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
16. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociol Q* [Internet]. 1992;33(3):435–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-8525.1992.tb00383.x>
17. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<91::AID-JCOP9>3.0.CO;2-M)
18. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1988;55(5):738–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
19. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2010;167(11):1321–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
20. Cabrera Mateos JL, Touriño González R, Núñez González E. Semergen [Internet]. 2018;44(4):234–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.11.007>
21. Hudson DL, Kaphingst KA, Croston MA, Blanchard MS, Goodman MS. Estimates of mental health problems in a vulnerable population within a primary care setting. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2016;27(1):308–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2016.0012>
22. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2005 [citado el 21 de mayo de 2025];20(8):529–39. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/mental-illness-stigma-concepts-consequences-and-initiatives-to-reduce-stigma/3AE7283F0F35980994B4BD71E92C3C08>
23. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
24. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

9. Anexos

ANEXO 1: Batería de preguntas de las entrevistas

Batería de preguntas de la entrevista:

1. ¿En su experiencia en el sistema sanitario ha sentido que la calidad de la atención sanitaria que ha recibido se viera afectada en respuesta a si su proceso patológico era somático o psíquico?
2. ¿Considera que se le ha sesgado según una serie de prejuicios al ser calificado como paciente de salud mental? ¿Ha sentido este tipo de sesgo diferenciador en su rol como paciente de una enfermedad física en cualquier ámbito del sistema sanitario?
3. ¿Cree que el sistema sanitario ha abordado con la misma rigurosidad su enfermedad física y su enfermedad mental?
4. ¿Se diferencia la respuesta perceptiva y los posibles perjuicios a los que se ha enfrentado con respecto a sus patologías mental y física su entorno sanitario de su entorno social?
5. ¿Considera que se le ha valorado con la misma calidad humana como paciente de una enfermedad física y una mental?
6. ¿Se ha sentido juzgado o culpabilizado por presentar una patología mental o física en el sistema sanitario?
7. ¿Han influido negativamente en el tratamiento que recibió en cuanto a su enfermedad mental los prejuicios referentes a la misma que podía presentar el equipo sanitario.?
8. ¿Cree que la confluencia de una enfermedad sobre la otra podría llevar a que el equipo sanitario cometiera errores en el proceso terapéutico al sobreponer los prejuicios sobre la enfermedad mental a sus síntomas físicos?

ANEXO 2: Batería de preguntas Encuesta A

Batería de preguntas de la encuesta A referente a la enfermedad física

1. ¿Considera que todas las enfermedades físicas tienen un componente común?
2. ¿Considera que los pacientes se benefician de que se les implique en su autocuidado?
3. ¿Se considera preparado para lidiar con un paciente que presenta una enfermedad física con antecedentes de agresividad?
4. ¿Considera que un paciente que está considerando la eutanasia podría beneficiarse de una adecuada atención sanitaria y replantearse su decisión?
5. ¿Considera que los pacientes que desean la eutanasia deberían recibirla?
6. ¿Considera que una persona que no quiere seguir viviendo debido a una patología física es perjudicial para el sistema sanitario?
7. ¿Considera que una persona no participa en su autocuidado debería dejar de recibir atención sanitaria?
8. ¿Considera que se debe siempre creer en la sintomatología que manifieste verbalmente un paciente?
9. ¿Considera que las personas que padecen una enfermedad generalmente no están implicados en su autocuidado ni tiene intención de mejorar?
10. ¿Es la enfermedad fruto de una gestión ineficaz del individuo de su situación vital?
11. ¿Tiene el paciente culpa de la situación en la que se encuentra?
12. ¿Considera que un paciente con una enfermedad terminal que no quiere salir a la calle o comer por su situación tiene una actitud comprensible aunque esto no sea para su beneficio?
13. ¿Considera que un paciente que manifiesta más dolor cuando se acerca su alta puede estar intentando llamar la atención?
14. ¿Considera útil explicar su medicación a un paciente?
15. ¿Cree que una persona con una patología es consciente de su situación de enfermedad?

16. ¿Cree que una persona con una enfermedad física puede integrarse con normalidad en la sociedad?
17. ¿Cree que una persona con un problema de salud somático puede ser atendido con calidad en un servicio ajeno al que le corresponde por la naturaleza de su patología?
18. ¿Cree que una persona con una patología puede ejercer en puestos de trabajo que requieran una interacción social continua?
19. ¿Le daría miedo tener que atender a un paciente en un estado desconocido de su proceso patológico?
20. ¿Cree que una persona con una patología puede presentar una desestabilización funcional que lo incapacite para su desarrollo diario como parte de su proceso patológico?
21. Con respecto a la pregunta anterior. ¿Cree que el proceso patológico que sufre el individuo justifica la desestabilización funcional que puede sufrir?
22. ¿Un paciente con un problema de salud diverso puede manejar el estrés?
23. ¿Un paciente con un problema de salud diverso puede manejar la tristeza?
24. ¿Considera problemático que una persona con una patología en fase grave considerara que estaría mejor muerto?
25. ¿Cree que la voluntad de una persona que presenta un problema de salud puede ser la causa de este problema de salud?
26. ¿Considera que la mejor forma de abordar a un paciente desorientado es aplicar medidas de contención de forma preventiva?
27. ¿Está la enfermedad que padece un paciente directamente relacionada con su actitud hacia la vida?
28. ¿Considera que los pacientes que presentan una patología podrían decidir dejar de estar enfermos?
29. ¿Es una parte normal del proceso de enfermedad que el paciente se focalice en su enfermedad, sus síntomas y los efectos negativos que estos tienen en su vida de forma intensa en periodos concretos de su enfermedad?

30. ¿Considera que sería beneficioso para los pacientes y su entorno aislarlos en una fase de focalización aguda en pensamientos negativos o absurdos relativos a su enfermedad?

Batería de preguntas de la encuesta B referente a la enfermedad mental

1. ¿Considera que todas las enfermedades mentales tienen un componente común?
2. ¿Considera que los pacientes de salud mental se benefician de que se les implique en su autocuidado?
3. ¿Se considera preparado para lidiar con un paciente que presenta una enfermedad mental con antecedentes de agresividad?
4. ¿Considera que un paciente que está considerando el suicidio podría beneficiarse de una adecuada atención sanitaria para cambiar su ideación suicida?
5. ¿Considera que aquellos pacientes que quieran suicidarse deberían de dejar de ser atendidos por el sistema sanitario si realizan un intento autolítico?
6. ¿Considera que una persona que no quiere seguir viviendo por una patología mental es perjudicial para el sistema sanitario?
7. ¿Considera que una persona no participa en su autocuidado debería dejar de recibir atención sanitaria?
8. ¿Considera que se debe siempre creer en la sintomatología que manifieste verbalmente un paciente psiquiátrico?
9. ¿Considera que las personas que padecen una enfermedad mental generalmente no están implicados en su autocuidado ni tiene intención de mejorar?
10. ¿Es la enfermedad mental fruto de una gestión ineficaz del individuo de su situación vital?
11. ¿Tiene el paciente psiquiátrico culpa de la situación patológica en la que se encuentra?
12. ¿Considera que un paciente con una enfermedad mental en fase depresiva que no quiere salir a la calle o comer por su situación tiene una actitud comprensible aunque esto no sea para su beneficio?
13. ¿Considera que un paciente que busca autolesionarse cuando se acerca su alta puede estar intentando llamar la atención?
14. ¿Considera útil explicar su medicación a un paciente con una enfermedad mental?

15. ¿Cree que una persona con una patología mental es consciente de su situación de enfermedad?
16. ¿Cree que una persona con una enfermedad mental puede integrarse con normalidad en la sociedad?
17. ¿Cree que una persona con un problema de salud mental puede ser atendido con calidad en un servicio ajeno al que le corresponde por la naturaleza de su patología?
18. ¿Cree que una persona con una patología mental puede ejercer en puestos de trabajo que requieran una interacción social continua?
19. ¿Le daría miedo tener que atender a un paciente psiquiátrico?
20. ¿Cree que una persona con una patología mental puede tener un presentar una desestabilización funcional que lo incapacite para subdesarrollo diario como parte de su proceso patológico?
21. Con respecto a la pregunta anterior. ¿Cree que el proceso patológico que sufre el individuo justifica la desestabilización funcional que puede sufrir?
22. ¿Un paciente con un problema de salud mental puede manejar el estrés?
23. ¿Un paciente con un problema de salud mental puede manejar la tristeza?
24. ¿Considera problemático que una persona con una patología mental en fase grave considerara que estaría mejor muerto?
25. ¿Cree que la voluntad de una persona que presenta un problema de salud mental puede ser la causa de este problema de salud mental?
26. ¿Considera que la mejor forma de abordar a un paciente psiquiátrico es aplicar medidas de contención de forma preventiva?
27. ¿Está la enfermedad mental que padece un paciente psiquiátrico directamente relacionada con su actitud hacia la vida?
28. ¿Considera que los pacientes que presentan una patología psíquica podrían decidir dejar de estar enfermos?
29. ¿Es una parte normal del proceso de enfermedad que el paciente psiquiátrico se focalice en su enfermedad, sus síntomas y los efectos negativos que estos tienen en su vida de forma intensa en periodos concretos de su enfermedad?

30. ¿Considera que sería beneficioso para los pacientes y su entorno aislarlos en una fase de focalización aguda en pensamientos negativos o absurdos relativos a su enfermedad.

ANEXO 3: Encuesta B

En lo relativo a las frases que se presentan a continuación, referidas a personas que presentan un problema de salud mental, cuál sería su opinión:

1. Ya que intentan suicidarse, podrían hacerlo bien.
2. La mayoría de personas con una enfermedad mental solo quieren llamar la atención.
3. Las enfermedades mentales no se pueden tratar.
4. El sistema sanitario no se debe hacer cargo de las personas que se quieren suicidar.
5. Los ataques de ansiedad suelen ser fingidos.
6. Los pacientes psiquiátricos no pueden ser responsables de sí mismos.
7. Los pacientes psiquiátricos son un peligro para aquellos que están a su alrededor.
8. Las enfermedades mentales no tienen cura.
9. Un paciente con una patología psiquiátrica no debe de tener un trabajo en el que pueda ser un peligro para otros individuos
10. Un enfermo mental es un desperdicio de la sociedad.
11. Un paciente psiquiátrico debe de estar siempre contenido de forma física o medicamentosa.
12. Como profesional me da miedo estar a solas con un paciente psiquiátrico.
13. Las enfermedades mentales son una excusa.
14. Las enfermedades mentales son problemas de actitud hacia la vida.
15. Las enfermedades mentales son culpa de quienes las padecen.

ANEXO 4: Consentimiento Informado

Consentimiento informado

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Fecha:.....

Firma:.....

ANEXO 5: Hoja de información para pacientes o participantes

Título: Percepción diferencial de las enfermedades mentales con respecto a las físicas.

El objetivo del estudio a realizar consiste en averiguar si existe una discriminación perceptiva hacia los pacientes con problemas de salud mental en el entorno sanitario, que no se aplica a los pacientes con enfermedades puramente orgánicas. A lo largo del estudio se realizarán una serie de entrevistas, dirigidas a pacientes y posteriormente una serie de encuestas dirigidas a profesionales sanitarios, sirviendo las entrevistas como guía para desarrollar las encuestas que se aplicarán posteriormente a los profesionales.

La participación en este estudio es en todo momento voluntaria y altruista, no existiendo compensación económica por la misma. En la misma condición de voluntariedad del estudio, el participante puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier causa sin que se le exija ningún tipo de justificación y sin sufrir ningún tipo de detrimiento hacia su persona o la atención sanitaria que recibirá posteriormente. Para dejar de participar en el estudio se debe complementar el anexo de revocación del consentimiento que forma parte del consentimiento informado.

Debido a la naturaleza del proyecto no se contemplan beneficios ni riesgos para el paciente.

Este estudio está sujeto entre otros documentos legales a la Ley de protección de datos que garantiza al participante el control de sus datos, así como su derecho a cederlos, a quién cederlos y con qué propósitos. Se asegura al paciente que la cesión de sus datos estará sujeta a la confidencialidad protegiendo en todo momento su privacidad por parte de todo el equipo de investigación que participe en el proyecto.

Firma del paciente:.....

Fecha:.....