

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Actitudes estigmatizantes del personal de enfermería hacia pacientes de Salud Mental según el nivel de formación, sexo, edad, antigüedad laboral en años, en una sala de clínica de un Hospital Público de la ciudad de Rosario

Por: Enf. Rodriguez, Antonella

Directora: Dra. Leardi, Sofía

Docente Asesor: Lic. en Enf. Acosta, Simon

Rosario, 28 de Febrero de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Resumen

El término “estigma” se asocia como un atributo devaluador del portador, que lo rebaja y lo segrega del resto, se lo vincula a características indeseables de una población específica, que carga con esa “marca”. La misma, produce en el imaginario social una serie de conductas y mitos vinculados al comportamiento de los sujetos portadores del estigma.. El objetivo general de la siguiente investigación es identificar que una relación que existe entre las actitudes estigmatizantes del personal de enfermería hacia los pacientes de Salud Mental según el nivel de formación, sexo, edad, antigüedad laboral en años, en una sala de clínica de un Hospital Público de la ciudad de Rosario durante el mes de Marzo del 2020. Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Será llevado a cabo a 30 enfermeros asistenciales de una sala clínica de un efector de tercer nivel público y bajo jurisdicción provincial, durante el mes de Marzo 2020, mediante un cuestionario denominada AQ27, y se utilizará la estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Palabras claves: actitudes estigmatizantes, Salud Mental. Enfermería.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Claves	1
Índice General	2
Introducción	
Estado Actual de conocimiento o Estado del Arte	3
Planeamiento del problema en estudio	9
Hipótesis y objetivos	9
Marco Teórico	10
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	28
Sitio o contexto de la investigación	29
Población y Muestra	29
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	29
Personal a cargo de la recolección de datos	35
Plan de análisis	35
Plan de trabajo y cronograma	39
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploración de sitios	41
II. Instrumentos de recolección de datos	42
III. Resultados del estudio exploratorio	45
IV. Resultados de la prueba piloto	46
Bibliografía	47

Introducción

Pocos campos de conocimiento y de actuación dentro de la salud son tan complejos como plurales, intersectoriales y profundamente atravesados de saberes como el de la salud mental. Al contrario de la psiquiatría, la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento. Mientras que la psiquiatría es desarrollada fundamentalmente por un solo profesional, la salud mental implica un espectro de conocimientos en donde es difícil delimitar fronteras. No implica solo psicopatología o semiología, ni puede ser reducida a un estudio y tratamiento específico, sino que es tan variada como el sujeto en sí mismo. En definitiva, queda bastante claro que el modelo científico dualista-racionalista no es suficiente para abordar de manera efectiva determinados procesos de salud mental. (Amarante, 2009).

En Argentina, con la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657, se exige la desmanicomialización de todos los pacientes, lo cual significa que, ante cualquier atención en la Salud, sean atendidos en hospitales generales. El objetivo de esta definición se encuentra orientado a terminar con la segregación y la institucionalización innecesaria de los usuarios fruto de prejuicios sobre la Salud Mental y de ideas fundantes del imaginario social. Históricamente los nosocomios monovalentes funcionaron como sitios de reclusión ante el rechazo social de aquellos individuos que no encuadraban dentro de la norma moral, ética y productiva de la sociedad argentina. A partir de esta legislación se abren nuevos desafíos para todas las áreas de la Salud de diferente índole, desde infraestructura hasta la formación del personal profesional. Respecto a esto último, se revolucionan las salas clínicas de los efectores de segundo y tercer nivel, donde el contacto con estos pacientes se había modificado de infrecuente a diario en un corto plazo. (Nación, 2010)

Enfermería sienta la base de su profesión en el cuidado, y sin embargo, carece en su formación académica de un adecuado contenido para el acompañamiento de los pacientes de salud mental. Como consecuencia inmediata, los resultados se ven reflejados en el vínculo terapéutico que se encuentra fragmentado y el paciente estigmatizado.

El término “estigma” se asocia como un atributo devaluador del portador que lo rebaja y lo segrega del resto, se lo vincula a características indeseables de una población específica, carga con esa “marca”. La misma produce en el imaginario social

una serie de conductas y de mitos vinculados al comportamiento de los sujetos portadores del estigma. Es decir, que las actitudes estigmatizadoras se definen como “la predisposición psicológica negativa que se traduce en creencias que formulan estereotipos y prejuicios sociales”.

Mientras el conocimiento científico avanza a ritmos vertiginosos, los estereotipos anclados en la sociedad, generadores de mitos, son mucho más difíciles de erradicar. Es por esto que resulta necesario comprender los elementos que constituyen al estigma, los cuales son 3: cognitivos, emocionales y conductuales. El primero corresponde a la información disponible sobre las patologías de Salud Mental, a su tratamiento, incidencia, y la forma de acceso a la asistencia sanitaria, entre otros. El segundo responde a las actitudes que derivan de elementos emocionales de ciertos grupos basados en estereotipos, usualmente negativos, dando lugar a los prejuicios. Por último, el elemento conductual, es el resultado de un conocimiento sesgado y de emociones negativas o prejuicios, lo cual conlleva a la discriminación de estos pacientes por parte del colectivo. (Moreno Herrero, Sarmiento, & López de Lemus, 2014)

Como indica Goffman, Edwing, es un “atributo profundamente desacreditador” en donde se expresan actitudes social e históricamente determinadas y legitimadas. Resulta indispensable discutir que cualquier intento de establecer una estructura comunitaria de atención en salud mental y de mejorar la situación de las personas con trastornos mentales, desde una óptica de recuperación y ciudadanía activa, se sostiene mediante el esfuerzo continuado por mejorar las actitudes sociales negativas que englobamos bajo el término estigma, ésta es también un área de intervención de interés creciente en la actualidad. (Goffman, 1968)

Un estudio realizado en Almería (España), en el año 2014, de abordaje cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal, llevado a cabo a 152 sujetos, tuvo por objetivo intentar dar cuenta de los factores multicausales que sustentan y justifican las actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia los pacientes con alguna patología de Salud Mental, dando lugar a la discriminación de los mismos. Las conclusiones del mismo indican que existe una relación significativa entre el conocimiento y las conductas ejercidas, lo cual concluye que mientras más conocimiento e información maneje la sociedad sobre salud mental, menos conductas estigmatizantes se concretarán. Aunque esta relación se retroalimenta negativamente si no se educa a la

población. El estudio también demuestra que los menores de 35 años poseen menos conocimiento, por lo cual son propensos a conductas estigmatizantes más frecuentes que los mayores de 35 años. Así como la división por género demostró que el género femenino produce menos actitudes estigmatizantes que el masculino. El estudio concluye que mediante el acceso a conocimiento validado acerca de las patologías de salud mental, se modifica sustancialmente las actitudes y emociones negativas. En definitiva, se establece una relación causal entre conocimiento y conducta. (Moreno Herrero, Sarmiento, & López de Lemus, 2014)

Colaborando a lo antes descrito, la temporalidad y la motivación de los pacientes de Salud Mental para buscar ayuda profesional, ante síntomas incipientes o ante una crisis aguda, se encuentra obviamente atravesado por el estigma. Un estudio realizado en Valencia (España), en 2014, en el que participaron 152 pacientes ambulatorios que habían solicitado ayuda profesional en una unidad de salud mental, demostró la dificultad que conlleva la decisión de buscar ayuda profesional. Esto se refleja en el bajo porcentaje de personas que solicita tratamiento, a pesar de experimentar un elevado malestar y deterioro en la calidad de vida y de percibir la necesidad de ayuda. El estudio publicado indica tasas de búsqueda de tratamiento que oscilan entre el 23,3% y el 41%, y que aumentan hasta el 55-65% en caso de comorbilidad y/o interferencia moderadas y/o graves. Entre las variables más relevantes que explican cómo se desarrolla el proceso de decidir buscar ayuda, desempeñan un papel fundamental las motivacionales, la literatura especializada se ha centrado en analizar los motivos por los cuales no se solicita ayuda profesional. Se han evidenciado motivos muy diversos, que van desde los relacionados con el trastorno en sí mismo, hasta la incomodidad en revelarlo, la preocupación por el estigma, el temor a la opinión social, el miedo a que los síntomas empeoren. Otro grupo está relacionado con las creencias: desde las que cuestionan la utilidad y/o eficacia de los tratamientos, hasta las relativas a que los síntomas remitirán sin tratamiento, o que se resolverán con el apoyo de familia y amigos, o que no revisten la suficiente gravedad como para requerir tratamiento especializado. Y un tercer grupo, incluye factores socio-económicos, a veces determinantes para el tratamiento como: falta de tiempo, dificultades económicas, inaccesibilidad a terapeutas, listas de espera, e incluso desconocimiento de los recursos sanitario. (Gema del Valle, 2018).

Por otra parte, un estudio llevado a cabo en Suiza, con diseño transversal, correlacional y comparativo, realizado a todo el personal de enfermería de Salud Mental, 393 empleados en el centro de dicho país y en los 10 municipios circundantes, logró establecer la relación entre las conductas estigmatizantes del personal de Enfermería, las condiciones laborales, y el nivel de formación académica. En el mismo, se demuestra que aquel personal que presenta mayor nivel de formación, con un cuerpo teórico vacío de conceptos estigmatizantes, es el que, además de brindar cuidados apropiados a los sujetos de atención, conforma un vínculo terapéutico efectivo y colabora positivamente al tratamiento del mismo. (Mårtensson, Jacobsson, & Engström, 2014).

Por último y para reforzar lo establecido en el artículo anterior, se valora una investigación reciente en Jamaica, transversal y de métodos mixtos (cualitativo y cuantitativo), que se llevó a cabo con enfermeras en las salas médicas de dos hospitales en el marco del traspaso de personas con enfermedades mentales desde instituciones de reclusión a Hospitales generales. Se utilizó un cuestionario autoadministrado de 39 ítems que contenía preguntas abiertas y cerradas, y entrevistas personales para evaluar la preparación de las enfermeras para atender a pacientes con enfermedades mentales, siendo los resultados obtenidos una demostración de que aquellos enfermeros, que se encontraban con un mayor nivel de formación, poseían actitudes más positivas y, en consecuencia, menos estigmatizantes. También se evidenció la constante problemática en enfermería de la formación en Salud Mental donde la mayoría de los participantes reportó que no se encontraban adecuadamente preparados para la atención de estos pacientes. (Claudine Douglas, 2018)

Abordando esta problemática desde una perspectiva distinta, un estudio llevado a cabo en Chile, para determinar si el estigma por parte de la comunidad variaba según el conocimiento (o la falta del mismo) de personas con afecciones mentales, mediante la evaluación de 126 personas divididas en cuatro grupos (conocen y trabajan en salud, conocen y no trabajan en salud, no conocen y trabajan en salud, no conocen y no trabajan en salud), analizándose autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud mental en la comunidad a través de la encuesta CAMI III (Community attitudes Toward mentally III). El mismo también demostró que aquellas personas, ya sean del ámbito o no de salud, que se encuentran relacionadas con

pacientes de Salud Mental, poseen menos actitudes estigmatizantes. (Zárate, Ceballos, Contardo, & Florenzano, 2016)

Durante todos los procesos de vinculación asimétricos, es decir, durante la conformación del vínculo terapéutico, resulta importante determinar el nivel de plasticidad de los profesionales de la salud, con el objetivo de poder asumir ciertas responsabilidades y, principalmente, de afrontar las contradicciones propias de la praxis diaria. Un estudio llevado a cabo en Buenos Aires, resiliencia de los profesionales, a modo de adquirir herramientas concretas para hacer frente a las adversidades diarias y desarrollar competencias duraderas en el tiempo, procuró indagar la relación entre la resiliencia y salud mental, desde la perspectiva de los operadores que prestan servicios a pacientes con afecciones mentales severas y crónicas, como psicosis esquizofrénica, enfermedad maníaco-depresiva y trastornos graves de la personalidad. Se contó con 22 participantes con un promedio de 12 años de pertenencia institucional, con una experiencia laboral de 2 a 30 años en el campo de salud mental. Se realizaron 22 entrevistas con personal de una amplia gama de servicios del hospital, a los fines de comprender cómo los operadores de la salud mental utilizan el concepto de resiliencia y cómo perciben que funciona la capacidad de recuperación en su trabajo con los pacientes. Los participantes fueron reclutados (muestra intencional), en base a su experiencia de trabajo en equipos de salud mental del Hospital Moyano. Todas las entrevistas se basaron en una serie de preguntas que se desarrollaron en un grupo de discusión. Las entrevistas fueron grabadas, transcriptas y revisadas por contenido temático narrativo, con los conceptos examinados en este estudio. El estudio se basó principalmente en el Análisis Fenomenológico Interpretativo - AFI (“Interpretive Phenomenological Analysis–IPA”), explorando la experiencia vivida por los profesionales en el campo de la salud mental. El estudio siguió un enfoque inductivo e iterativo, basado en reseñas de experiencias contextualizadas y detalladas de los participantes, que brindaron la oportunidad de integrar nuestra investigación con su práctica. El análisis e interpretación, se basó en extractos literales de los datos de las entrevistas. El análisis temático cualitativo se realizó mediante un examen riguroso de las transcripciones y el análisis temático cualitativo, se llevó a cabo utilizando una versión de la AFI que permitió a los investigadores dar sentido a las reseñas contextuales y detalladas de experiencia, a partir de datos obtenidos en las entrevistas semi-estructuradas. Como conclusión, se identificó que los niveles más altos de satisfacción a menudo son reportados por los

profesionales con menor antigüedad en el servicio y por aquellos con formación continua. Entendiendo que mediante la formación y el apoyo institucional, la conformación del vínculo y por consiguiente, la atención resulta menos frustrante y más efectiva. (Hurley, Alvarez, Ragno, & Giménez Velo, 2017)

Desde otra perspectiva, resulta indispensable considerar los términos del cuidado desde la bioética. Un estudio llevado a cabo en la Habana, en el año 2015, establece la importancia de vincular los aportes de la bioética las prácticas hacia pacientes con afecciones de Salud Mental, enmarcados en el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos ya que, tanto la práctica psiquiátrica médica como en los cuidados, las acciones legales que abarca el diagnóstico, así como la posibilidad de producir modificaciones conductuales en el sujeto eventualmente permanentes como producto de la intervención terapéutica, conforman una situación con un especial compromiso ético, teniendo en cuenta que históricamente han sido además de cruentos, inhumanas. La Declaración de Hawai establece las pautas consideradas como los requisitos éticos mínimos en Psiquiatría. (Psychiatric, 2015)

Coexiste de esta manera una dicotomía en las acciones dedicadas al cuidado: el personal no formado, lo cual genera estrés y resistencia, y el sujeto de atención, que no recibe los cuidados adecuados, genera atraso y deficiencia en el tratamiento. Es por ello que, abocarse al estudio y análisis de aquellos factores que pueden reducir el estrés y mejorar el cuidado, resultan indispensables para la praxis diaria de enfermería, en el contexto sanitario actual.

El propósito de esta investigación es identificar si existe una relación directa entre el empleo de actitudes estigmatizantes hacia pacientes con afecciones de salud mental por parte del personal de enfermería, relacionado con su nivel de formación, edad, sexo y antigüedad laboral. Luego de analizar los factores que colaboran en producción y reproducción de prejuicios en la praxis diaria se propondrán estrategias concretas para disminuir las mismas, como instancias formativas sobre los cuidados pertinentes hacia sujetos portadores de patologías de salud mental, grupos operativos para abordar la temática, entre otros.

Problema de investigación.

¿Qué relación existe entre las actitudes estigmatizantes del personal de enfermería hacia los pacientes de Salud Mental según el nivel de formación, sexo, edad, antigüedad laboral en años, en una sala de clínica de un Hospital Público de la ciudad de Rosario durante el mes de Marzo 2020?

Hipótesis

- El personal de Enfermería presenta actitudes estigmatizantes positivas a mayor antigüedad en el servicio, mayor nivel de formación y edad.
- El personal de Enfermería femenino presenta actitudes estigmatizantes positivas en relación al sexo masculino.

Objetivo general

Describir la relación que existe entre las actitudes estigmatizantes del personal de enfermería hacia los pacientes de Salud Mental según el nivel de formación, sexo, edad, antigüedad laboral en años, en una sala de clínica de un Hospital Público de la ciudad de Rosario durante el mes de Marzo 2020.

Objetivos específicos

- Determinar la actitud del profesional de Enfermería en relación al grado de responsabilidad que considera que el usuario posee sobre su enfermedad.
- Identificar la percepción que el personal de Enfermería tiene sobre el peligro que representan los sujetos de atención con patologías de Salud Mental.
- Identificar la actitud del profesional de Enfermería en relación al miedo que puede experimentar al entablar un vínculo terapéutico con los sujetos de atención con patologías de Salud Mental.
- Identificar la percepción que el personal de Enfermería posee sobre la coacción en el tratamiento a sujetos de atención con patologías de Salud Mental.
- Identificar el nivel de formación del personal de Enfermería de una sala clínica de un Hospital Provincial.
- Identificar sexo, edad, y antigüedad del personal de Enfermería.

Marco teórico

Para Michel Foucault, los códigos fundamentales que rigen una cultura (el lenguaje, sus valores, la jerarquía de sus prácticas y de sus roles sociales) fijan, con anticipación para cada hombre, los órdenes empíricos con los cuales tendrá algo que ver y dentro de los cuales se reconocerá. Mientras tanto, las teorías científicas o las interpretaciones de los filósofos explican por qué existe un orden específico, a qué ley general obedece, qué principio puede dar cuenta de él, por qué razón este orden prima por sobre otros. De esta manera, sugiere que conocimiento y verdad están configurados histórica y socialmente, esto es por el lugar y la época a la que pertenecen. Así, en cada lugar y época se da una *episteme* determinada, es decir, un conjunto de relaciones que pueden conectar las diversas prácticas discursivas existentes entre sí.

Foucault señaló que su trabajo tuvo como eje analizar la historia política de la formación de saberes y verdades: preguntarse por un acontecimiento específico implica preguntarse por las relaciones y mecanismos de poder a través de los cuales ha tenido lugar. (Foucault, 1981)

A partir del siglo XVIII se da un cambio de paradigma en el que, las relaciones de poder existentes, cambian. La modernidad es la época del monólogo de la razón: el que no se atiene a su racionalidad no puede formar parte del “Nosotros”, constituye el “Otro”, el excluido, el omitido. Deja de ser sujeto para ser un objeto de estudio para quienes detentan el buen uso de la razón, la verdad y el poder: las ciencias humanas. El surgimiento de un nuevo orden político, social y económico impulsado y hegemonizado por la burguesía, sienta las bases para nuevas formas de gobierno que, en definitiva, enmascaran nuevas formas de ejercer el poder. Y con ello, nuevos métodos y disciplinas que abogan a la construcción de una sociedad que sostenga el modelo económico incipiente: el capitalismo. Resulta necesario entonces, por un lado, preservar el cuerpo sano y, por el otro, instaurar valores y costumbres que aseguren la mano de obra. (Gil, 2011)

Dentro de esta nueva cosmovisión, las ciencias humanas poseen un rol fundamental, se encuentran vinculadas a los procedimientos disciplinarios que sujetan al hombre a una serie de normas y decretan cuál es la forma correcta de ser y actuar, en un proceso de adoctrinamiento. Una vez más, saber y poder, se articulan para

justificar el orden. Para ello ejercen influencia en la organización y metodología de enseñanza, a través de la pedagogía; en el funcionamiento de una fábrica o empresa, a través de la economía o la sociología; en las creencias y valores que poseen y transmiten las familias, a través de la religión y las buenas costumbres. Surgen, bajo esta lógica, nuevas formas de discriminación basadas en conductas o en atributos individuales, dando lugar a dicotomías como: buen ciudadano- delincuente, sano-enfermo, normal-anormal.

La nuestra es una sociedad disciplinaria y disciplinada, que produce y reproduce su cotidianeidad en una red invisible y difusa de poder que lo atraviesa nuestros hábitos, nuestras costumbres, nuestros pensamientos, las experiencias y percepciones que tenemos de determinados objetos, y, en conclusión, regula nuestras conductas. Foucault afirma que las antiguas formas de poder violentas y rituales fueron sustituidas en la modernidad por una tecnología fina, sutil, calculadora y precisa de la sumisión. (Foucault, 1981)

Si en los siglos anteriores la religión daba sentido al mundo, con sus prácticas científicamente fundadas y ancladas en una fe arbitraria, en la edad moderna la razón es quien articula las relaciones de poder, justificándolas a través de conocimiento científico y teorías en la práctica comprobables. Sin embargo, la religión, continúa como una manera de adoctrinamiento fundamental para garantizar la monogamia y conservar el capital, además de la implicancia en los buenos valores y la ética.

Las instituciones, como antes dicho, actúan como instrumentos de control y de segregación, “normalizan”, homogenizan la sociedad. Quienes se salen de la norma, la transgreden, son marginados y castigados. Castigo que funciona como disciplinador no sólo al que lo padece, sino a la sociedad completa. De esta manera vemos como los que no responden a los cánones instituidos, ya sea moralmente o productivamente (homosexuales, discapacitados, locos, delincuentes, prostitutas, etc.) son excluidos, marginados y hasta encerrados. Se ejerce un efecto de “limpieza social”, basado en el método productivo, es decir, se establece una línea entre quienes son considerados útiles para la sociedad y quiénes no. (Foucault, 1978)

En lo referente a la biopolítica y al adoctrinamiento de los cuerpos, la disciplina adiestra y aprovecha las capacidades que caracterizan a cada sujeto. Desde la infancia se nos enseña a ser obedientes, puntuales, a reprimir la alegría excesiva, la diversión,

los juegos y los accesos de llanto; se penaliza nuestra distracción y el error; la indocilidad es castigada y los gestos impertinentes censurados; otros fijan de antemano a qué podemos jugar y en el futuro aspirar en función de nuestro sexo. El control excede la dominación del individuo sino que cobra injerencia hacia la población en su conjunto, la especie, la vida. Natalidad, mortalidad, demografía, enfermedad, salud e higiene públicas y demás problemas colectivos pasan a ser una cuestión primordial para el poder y el saber hegemónicos. Se debe de garantizar una sujeción continua y persistente de sus fuerzas de trabajo, de los cuerpos, para imponerles una relación de utilidad-docilidad.

Pero a los mecanismos disciplinarios de vigilancia, control y jerarquización, los acompañan otros igual de efectivos: los de autovigilancia y autocontrol. Es tal la internalización de la norma, que el individuo siente que está siendo vigilado constantemente, en una suerte de panóptico omnipresente. Y hasta tal punto llega la intimidación que ejerce esta vigilancia sobre él, que mediante la apropiación del control al que teme que debe ser sometido, condiciona él mismo su conducta, regula sus hábitos o encasilla sus acciones en una dirección pautada, sin necesidad de que alguien lo fuerce mediante la violencia. Y se ejerce ese mismo control y vigilancia sobre los pares, por lo que, finalmente, todos somos jueces de la normalidad y esclavos de la misma a la vez.

“Formación de saber y aumento de poder se refuerzan regularmente según un proceso circular (...). El hospital primero, después la escuela, y más tarde aún el taller (...) han llegado a ser, gracias a las disciplinas, unos aparatos tales que todo mecanismo de objetivación puede valer como instrumento de sometimiento, y todo aumento de poder da lugar a unos conocimientos posibles...” (Foucault, Vigilar y castigar, 1975)

Lo que resulta descabellado en la era moderna es que, si bien se pregona el valor de las particularidades de cada uno, la voluntad debe atenerse a la ortodoxia que se nos es impuesta y nos obliga a hacer lo que sea para poder reconocernos y ser reconocidos en el grupo de los “normales”, así como el hecho de convenir en que existan unas jerarquías sociales fundadas en la normalidad.

La filosofía que Foucault nos presenta en “Historia de la Locura en la Época Clásica I” se plantea como una contradicción a la filosofía dialéctica. Su revisión de la

historia exigirá hacer un examen de las oposiciones dialécticas más fundamentales de nuestro pensamiento: el ser y el no ser, lo mismo y lo otro, lo finito y lo infinito.

La locura, que para el orden social impuesto no puede servir para la obtención de un conocimiento universal, objetivo y racional, y que además es improductiva en términos económicos, pasó a considerarse, en un momento determinado, embustera, ridícula, grotesca e indeseable. Se le niega así toda posibilidad de verdad, de lenguaje, y todo en ella se vuelve irracional, absurdo e incluso peligroso. Con este pretexto, se decreta su encierro. Ahora bien, antes de que apareciera en el lenguaje un área específica de las ciencias dedicada a la Salud Mental (la psiquiatría) no existía una experiencia diferenciada de la locura y la razón. Hacia el siglo XVIII, ésta ciencia humana pasó a detentar quién era conforme a la razón y quién incompatible con ella, quién el cuerdo y quién el loco, quién, en definitiva, pertenecía al grueso homogéneo de los “normales” y quién al grupo marginal de los “anormales”, detentando el discurso de “la verdad” con el propósito de la racionalidad. (Foucault, 1967)

De esta manera, se produce una división fundamental: lo normal, entendido como lo que se adecua al canon, lo que es conforme a un mismo patrón homogeneizador y lo que corresponde a lo que el individuo-masa puede y debe reconocerse; y la anormalidad, la cual pertenece al dominio de la rareza y la fealdad, al ámbito de lo irregular. Bajo esta premisa, la amenaza, la anomalía debe ser eliminada. El encierro simboliza el emplazamiento al que van a parar los indeseables, los criminales, los locos, los excluidos. Las ciencias humanas y sus instituciones, al ser las que producen la figura del loco o la del delincuente, actúan adoctrinando, cribando los individuos que componen la sociedad, estableciendo una distinción entre incluidos y excluidos. (Foucault, 1978)

Para Foucault se puede analizar la locura en tres etapas. La primera situada en la época Renacentista (siglo XVI), la cual, se caracteriza por la simetría entre el contenido de los signos y lo designado, que divide el lenguaje del mundo para reunirlos después en un mismo nivel antropológico, creando una semejanza entre el mundo y Dios artificial gracias al lenguaje. La crisis, que acontece en la época Renacentista será ejemplificado mediante la obra de Cervantes, Don Quijote de la Mancha. En la primera parte se verá cómo el loco Don Quijote se adentrará en toda una búsqueda de similitudes entre la realidad y los libros que él ha leído. Para luego, apenado por la negatividad, comprende que el mundo nada comparte con las historias que narran sus

libros. A partir de este momento, no podrá establecerse una similitud entre las escrituras y la realidad. La unión que antes había entre la semejanza y el signo ha roto su vinculación. Las palabras y las cosas pierden la relación intrínseca heredada de la edad media, en donde la locura puede ser comprendida como acción divina o brujería, pero explicada a través de una relación indisoluble entre el comportamiento y las creencias. La segunda época fue denominada como “clásica” (siglos XVII-VIII) adopta el criterio de ordenación de la representación, por lo que la tarea primordial del lenguaje será la de otorgarle ser a las cosas. Este cambio de ordenación se dará como resultado de la aparición del signo, a partir del cual el mundo se entenderá como representación del ser humano. En contraposición con la época anterior, las similitudes (entre signo y lenguaje) se considerarán como representaciones colectivas superficiales producto de la imaginación, que sólo pueden inducirnos al error y al engaño. El mundo ya no estará ligado por similitudes, ya no guardará ninguna relación con unos signos secretos y previamente creados. El mundo sólo será idéntico a sí mismo, objetivo. A partir de ahora, el lenguaje será el contexto que ordena arbitrariamente las representaciones sociales, de esta manera se establece un cuadro de identidades y diferencias, de cualidades empíricas que serán ordenadas de acuerdo a un orden con el trabajo, la organización funcional y la reflexión. Todo ello implica la ruptura de la representación social y la aparición de una dimensión histórica opuesta con el espacio ideal y eterno, el cual se configurará en su mayor parte en la era moderna. Poco a poco, el lenguaje irá perdiendo su transparencia y el papel soberano que ejercía en la época clásica. Y por último, la Época Moderna (siglo XIX), que se centrará en el análisis de las sociedades disciplinarias, componentes del actual modo de producción: el capitalismo. Este cambio se alumbró con la finalización de la Revolución Industrial. Concomitantemente a este cambio económico y social, se gestó el pensamiento ilustrado y el Humanismo. Con este tercer nivel se dará inicio a la episteme histórica, central en toda la obra de Foucault. “Episteme” entendido no sólo como un conjunto de enunciados del saber, sino la interacción de unos códigos (enunciados, líneas de fuerza y subjetividades) a partir de los cuales un poder logra imponer una verdad, y en consecuencia, un saber. Cada episteme está sujeta a un tiempo histórico determinado. (Aleixandre, 2013)

Con esta lógica, desde la cosmovisión moderna, se articulan las instituciones y las prácticas de todas las ciencias. Es por ello que dentro de las Ciencias Humanas,

especialmente la médica, se hegemoniza un paradigma biologicista, nacido desde las ideas positivistas. Esta manera de pensar el proceso salud- Enfermedad ha creado un modelo de atención centrado en las patologías, de base orgánica, y dejando de lado la importancia de los factores socio- históricos en la conformación de la psiquis colectiva. Con este modelo nacen o se refuerzan los estigmas, basados en estereotipos. (Foucault, 1966)

“Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario. Una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio, el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo.”

Mediante todos estos mecanismos representativos y significativos presentes en la sociedad moderna, atraviesa y condiciona la conducta de los sujetos histórica y socialmente fundados. De esta manera se construyen nuevas exclusiones y nuevos portadores de estigmas.

Para el psiquiatra y psicoanalista Carl Jung, psique y vida se identifican, de tal manera que lo vivo es en esencia psíquico y lo psíquico, lo vital. Esta simbiosis se expresa mediante una estructura simbólica, y dicha estructura se constituye como el fundamento de la conciencia humana, denominada “inconsciente colectivo”. Entendido como los símbolos o arquetipos que se sitúan en una dimensión inconsciente y vital, que presenta una dinámica propia, anterior a la determinación de la propia conciencia racional y el yo, y que gozan de una profunda carga emotiva. Al contar con una elevada carga psíquica y emocional, se constituyen como un elemento fundamental en la articulación de la personalidad. Desde la perspectiva jungueana, los símbolos inconscientes resultan un dato empírico fundamental a tomar en cuenta en la elaboración de cualquier análisis respecto de la forma y de los procesos de desarrollo tanto de la psique individual como de la cultura. Los arquetipos pasan a ser patrones emocionales y de conducta que tallan nuestra manera de procesar sensaciones, imágenes y percepciones como un todo con sentido. La mayoría de las psicosis tenían su origen en el hecho de que el individuo deseaba crearse una nueva visión de la vida alejada de su vida real repleta de traumas, lo que convierte a las ideas sicóticas en

pura compensación. Es por ello que, para este autor, la locura es el reflejo de la sociedad y de la conciencia colectiva con las representaciones que la sostienen. (Jung, 1970)

El término "estigma" hace referencia a una marca en el cuerpo. Esta palabra viene del latín "stigma" y este del griego "στίγμα" (stigma), que significa picadura, marca hecha picando con un hierro al rojo, tatuaje, herida infligida para señalar a diferentes personas en la antigüedad, por ejemplo a los esclavos, criminales o traidores. Intentaba exhibir algo malo, o y poco habitual en el estatus moral de quien lo representaba (Goffman, 1968)

Adquiere varios significados históricos, desde la era Cristiana en donde, por su expansión y continuidad en la historia humana, representa significados ligados a la gracia divina que aún perduran y moldean el concepto actual. Para los cristianos de los primeros siglos se evidenciaba mediante la metafísica, con signos corporales o mentales de la influencia de Dios en la vida de las personas, ya sea como castigo o bendición. Aunque no fueron pocos los ejemplos de piedad y abnegación de los fieles antes estos estigmas, a modo de "prueba", en términos generales, las marcas representaban un castigo celestial derivado de los pecados cometidos. Bajo esta influencia, se forma en el imaginario social que quien padece algún estigma es, en algún grado, responsable.

En la actualidad, un estigma es aquel atributo que en sí mismo vuelve indeseable o, al menos, marginal a quien lo porta.

Erving Goffman, uno de los primeros autores en teorizar sobre el estigma, sus orígenes, y los efectos en los sujetos que las padecen, establece que existen tres tipos de atributos indeseables: los físicos (malformaciones congénitas, accidentes, etc.), los de carácter (actitudes indeseables, trastornos de la conducta, sin embargo, no establece alteración en la salud mental) y los tribales (nacionalidad, religión, raza).

Si bien conceptualmente todos difieren entre sí, comparten un criterio socialmente unificador: un individuo que podría ser aceptado en un intercambio vincular cotidiano, presenta cierto rasgo que imposibilita que lo veamos más allá de este, obturando las demás cualidades valiosas que pueda poseer. Valiéndonos de esta premisa, se aplican diferentes métodos (conscientes o inconscientes) de marginación y de discriminación.

Howard Becker, referente de la sociología de la desviación e impulsor de la “teoría del etiquetamiento” o, como él prefería denominarla, “teoría interaccionista de la desviación” sostiene que aquellos que son criminalizados otorgan credibilidad a la idea de que el control social produce la desviación. Becker vuelve al concepto de “definición de la situación” según el cual es real sólo aquello que los actores definen como tal. De este modo, para entender la conducta de un individuo, es necesario estudiar cómo el sujeto ha interpretado la situación, es decir la perspectiva del actor. Entonces, resulta primordial analizar y describir formalmente los mundos sociales que constituyen la sociedad, con el fin de comprender el significado que motiva y configura la acción social desde el punto de vista de los propios actores. Para este autor, todos los grupos sociales establecen reglas en un periodo histórico determinado e intentan aplicarlas. Ellas definen las situaciones y comportamientos considerados apropiados, diferenciando las acciones "correctas" de las "equivocadas" y prohibidas. Cuando la regla debe ser aplicada, el supuesto infractor es considerado un tipo de persona especial, como alguien incapaz de vivir según las normas acordadas por el grupo y que no merece confianza. Es considerado un outsider, un marginal. Pero la persona etiquetada como outsider bien puede tener un punto de vista diferente, quizá no acepte las reglas por las cuales está siendo juzgada, o rechace la competencia y legitimidad de sus jueces. Surge de ese modo un segundo significado del término: el infractor puede sentir que sus jueces son outsiders. Para alcanzar el status de marginal, primero se deben revisar las normas que lo excluyen. Las cuales son el resultado de la iniciativa y el emprendimiento de personas a las que podríamos definir como emprendedores morales. Los hay de dos tipos: quienes crean las normas, y quienes se encargan de llevarlas a cabo. Los primeros se consideran a sí mismos cruzado reformista. Al cruzado reformista le interesan los contenidos de las normas. La consecuencia de una cruzada exitosa es la creación de un nuevo conjunto de las mismas. Concomitantemente, se establece también un nuevo conjunto de agencias y funcionarios para su aplicación. Y es en este espacio donde los encargados en hacer cumplirlas, entran en juego. De esta manera, la cruzada queda institucionalizada. Son las instituciones, como organismos atemporales del Estado, quienes garantizan las normas, y por consiguiente sus sanciones. Como resultado, la desviación, en el sentido en que he usado la palabra, o sea, una mala acción etiquetada públicamente como tal, es siempre resultado de la iniciativa de alguien. Antes de que un acto sea visto como desviado, y antes de que ningún tipo de persona sea etiquetada y tratada como

marginal por la realización de ese acto, alguien tiene que haber creado la norma que establece que ese comportamiento es desviado. Como resultado, a partir de esa infracción, se convierte en sujeto portador de ciertas características, se lo “etiqueta”. Tal como ocurre con el loco. (Becker, 1963)

La locura entonces, al ser portadora de tantas representaciones sociales, pertenece a la clasificación de atributos estigmatizantes. El sujeto que la porta se transforma en aquel que debe ser recluido en nombre del orden, institucionalizado en pos de la razón, y desposeído de sus derechos para ser objeto de estudio. (Pedrocino, 2016)

Para Paco Maglio, la sobrebiologización de los pacientes institucionalizados produce un efecto de abiografización, en donde se vacían de contenido los datos personales y rasgos distintivos de los sujetos, para convertirlos en una serie de estudios clínicos. Se focalizan los tratamientos para el dolor, pero no para el sufrimiento del paciente. El Hospital moderno, al inspirarse en la lógica panóptica, se presenta con una estructura carcelaria: horarios rígidos, guardias, y una organización centrada en el orden. De esta manera, lo primordial en la atención no es el sujeto en sí mismo, sino los valores académicos, atravesados en el ego positivista. (Maglio, 2017)

Para la Psicología Social de Pichon Riviere “el hombre es un sujeto de necesidades, atravesado histórico y socialmente”. Entendido de esta manera, resulta necesario repensar la forma en el que el sujeto se vincula con el mundo que lo rodea, los vínculos que lo contienen y el contexto en el cual se encuentra inmerso. En pocas palabras, debemos pensarnos como sujetos que producimos y reproducimos nuestra vida en una doble relación: con los otros y con la naturaleza. (Quiroga, 2001)

El campo de la Salud Mental ha sido un terreno profundamente atravesado por controversias ideológicas, y por consiguiente teóricas, que han impactado en la construcción social imponiendo paradigmas desde polémicos hasta contradictorios. Ana Quiroga expresa “...la salud mental como un conjunto de procesos, como relación del sujeto consigo mismo y con el mundo. Un mundo que se da a su experiencia como mundo social, a la vez material y simbólico. “

Es durante este interjuego dialéctico, sujeto-mundo, en cual emergen y se interiorizan los conceptos, normas y estereotipos asociados a la concepción de Salud Mental hegemónicamente impuesta, fundadas en la base material de un plano

simbólico (a partir de hechos concretos tergiversados, como por ejemplo la irracionalidad del loco).

A partir de premisa se juzga la pertinencia o adecuación de formas de pensamiento, de sensibilidad y de acción en los distintos escenarios de la experiencia, en los espacios vinculares grupales e institucionales en los que nos configuramos como sujetos. Estas concepciones poseen una eficacia alta en la construcción de la subjetividad y en la pertenencia social, familiar, grupal y en el autoestima. Se configuran representaciones sociales que intentan dar base material de hechos y procesos, operando sobre ellos mismos. Esto quiere decir, que las representaciones sociales responden a un sistema dominante. Analizando el proceso de Salud-Enfermedad, establece la teoría de que el que enferma “es el portavoz más señalado de ese proceso, y su intolerancia a un determinado monto de sufrimiento que no pudo soportar lo hace sucumbir y hacerse cargo como chivo emisario de la enfermedad del grupo”. Eso es lo que está planteado en la expresión hombre en situación, sujeto productor y producido en una praxis, es decir sujeto como portavoz de una determinada situación protagonizada por los miembros del grupo social, su familia, con la que está comprometido desde siempre y a la que ha incorporado a su mundo interior. Desde esta visión, entonces, el que enferma es el que denuncia que ese grupo familiar lo enfermó, y actúa como emergente porque está evidenciando a esa estructura familiar generadora de enfermedad, que también puede curarlo, si se realiza un trabajo en común en el que se logre la cooperación mutua, una buena redistribución de las ansiedades y una correcta redistribución de los roles. Los mismos son asignados y adjudicados, lo que implica en la formación de la psiquis que los procesos de adjudicación interiorizados se producen y reproducen en el grupo. El hecho fundante de etiquetar a un sujeto como portador de ciertas características, configura y regula su papel dentro de su entorno. Durante todo el proceso de adjudicación, es el mismo grupo el que alivia las tensiones a partir de la estigmatización del sujeto, aliviándose así la carga emocional y psíquica que conlleva la responsabilidad en la conformación de la trama vincular que enferma. En lugar de comprender que hechos de la trama vincular enferman al portavoz, se lo culpabiliza de la fractura en la dinámica grupal. (Quiroga, 1998)

La Modernidad entonces, exige nuevas formas de vinculación nuevas modalidades de significarse a sí mismo y a un otro, así también como nuevas patologías de Salud

Mental, que derivan de la sobreadaptación, el narcisismo y la autodestrucción. Para Pichón: "el sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo. La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad y en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-medio".

Por otra parte, el sistema como socializador, impone una "psiquiatrización de la disidencia", como por ejemplo con las Madres de Plaza de Mayo. Actuando de esta manera y bajo todo el peso que significa portar una enfermedad de salud mental, se descalifica a sujetos sociales pensantes. Quienes como críticos de la realidad, intentan dar cuenta de lo oculto, de develar lo mitificado, de indagar y trasgredir aquello que fue normatizado. Ya que es a través de diversos mecanismos, como la universalización de lo particular, y de considerar atemporal lo histórico, como devenido de un "orden natural", es que la ideología dominante conduce a falsas generalizaciones. El sujeto, inmerso en este contexto, posee dos alternativas: adaptación pasiva o adaptación activa a la sociedad. Mientras que la primera, produce un estado de alienación constante en donde no se producen pensamientos críticos hacia el orden impuesto, la segunda garantiza el cambio y la transformación de la realidad, mediante herramientas elaboradas en diferentes procesos psíquicos, colectivos e individuales, que permiten el cuestionamiento de un orden impuesto. Es durante estos acontecimientos, que el sujeto tiene la posibilidad de enfrentar una crisis orientada a la salud mental, o hacia la patología. (Quiroga A. , 1998)

El estigma, enraizado en estereotipos de la salud mental, legitima la inhabilitación e invisibilización del "loco". Resulta entonces necesario, contenerlo, aislarlo y por sobre todas las cosas, estatalmente protegerlo de sí mismo quitándole la autonomía de decidir sobre su propia vida, incluso pasados los episodio agudos de su enfermedad. Para tal propósito se establecieron instituciones en donde a modo de hospital/prisión se los recluye del resto.

Un factor primordial a considerar es la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con afecciones de salud mental, y sintetiza la repercusión de los dos actores en un proceso estigmatizante: quien es objeto de estigmatización y quien la aplica. Durante este proceso, se producen dos transformaciones: una en aquellos que aplican las conductas estigmatizantes, a quienes se los legitima y se los avala socialmente en

la reproducción de los estereotipos, y otra a los que se las adjudican, quienes se ven afectados no solo en su autoestima, sino en las posibilidades a llevar una vida funcional. Encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno (episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente), y los relacionados con el estigma, que suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. (Aparicio, 2016)

Con todo lo expuesto anteriormente resulta más que lógico el miedo a la locura. Miedo a estar loco y perder autonomía, y miedo a las personas irracionales que, según hemos aprendido, no son capaces de pensar dentro de la norma lo que los convierte automáticamente en peligrosos.

Para contrarrestar esta corriente hegemónica, surge la necesidad de entender a la salud mental de los sujetos como producto de diferentes fenómenos que la van moldeando, atravesados histórica y socialmente. Desde esta visión hace ya algunas décadas se intenta imponer un modelo de atención orientado a la inclusión y reinserción. Un ejemplo en nuestro país es la derogación de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657, en donde se establece la importancia de la desmanicomialización. (Galende, 2012)

Durante la transición de este proceso, surgieron nuevos desafíos, principalmente de índole profesional, en donde se ponen en tela de juicio la instrucción y preparación de los profesionales para llevar a cabo la tarea. Enfermería fue una de ellas. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza social, en el vínculo y la interacción recíproca entre la enfermera y la persona, , con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro, un elemento fundamental del cuidado. Esta concepción epistemológica se inspira en las teorías de la interacción, de la psicología social, de la filosofía, la antropología, la sociología, entre otras disciplinas, y la fenomenología y ha centrado su interés en el proceso de interacción enfermera-persona.

Entendida como una ciencia social, y sin embargo estructurada muchas veces como ciencia biológica bajo el paradigma médico-hegemónico, encuentra en esta política

estatal una doble contradicciones: los prejuicios y estereotipos del imaginario social y la falta de contenido académico específico. Dentro de sus exponentes, más trascendentes en materia de Salud Mental, encontramos a Hildegart Peplau con la “Teoría psicodinámica”. Es un modelo orientado fundamentalmente a la enfermería psiquiátrica, ya que toma como bases teóricas psicoanalistas de las necesidades humanas, y a parte incluye el concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “. Por ello, la importancia de la conformación del vínculo terapéutico en un proceso interpersonal funciona como punto de partida para la cooperación con otros procesos humano. Central su fundamento teórico en que las personas convivimos dialécticamente con el proceso salud-enfermedad. La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. Sin embargo, históricamente, sus lineamientos teóricos fueron reservados en la exclusividad de quien quisiera especializarse como enfermera psiquiátrica. (López, 2014).

Con el cambio vertiginosos en el campo de la Salud Mental, se vio necesario buscar nuevos métodos para que enfermería pudiera abordar de manera integral y efectiva el cuidado. En este contexto surgen teorías como la Joyce Travelbee , en donde se aborda como tal el concepto de enfermería Psiquiátrica y en el que establece a la enfermería como un arte y lo comprende como herramienta para el uso consciente de la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda. Para lograr este proceso, propone entender a la Enfermería ,en la praxis, desde dos abordajes fundamentales:

Abordaje subjetivo científico: altamente reconocido, utilizado y valorizado por todos. En él la enfermera da cuidados utiliza un plan, un protocolo preciso e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del “paciente.

Abordaje inter-subjetivo: profundamente subjetivo, ya que la enfermera debe integrar proceso de cuidados, modelo de enfermería y su estructura psíquica personal. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no es registrado.

Resulta entonces entendible porque en aspectos de salud mental, es necesario revisar la conformación del vínculo terapéutico. No solo implica las practicas asistenciales propias del modelo biologista, sino que entra en juego la manera en que ese profesional se articula con el mundo. Como piensa, como actua, los prejuicios interiorizados, los miedos imaginarios, y toda su experiencia personal, se pone en juego durante el proceso salud- enfermedad. Es por ello, que ante un paciente con alteraciones en la salud mental el vínculo se complejiza, porque las necesidades son otras.

Surge a partir de esta lógica el “Modelo de la Marea” por Phil Barker. Es un método filosófico para la recuperación en salud mental, plantea una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera(o) a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y el autor invita a las enfermeras (os) a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre. Una característica clave de la práctica de la enfermería ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau. Es decir, que entablar una relación en donde ambos se vean beneficiados a partir de la premisa de la escucha activa, y el vínculo terapéutico, resultó mucho más efectivo que la práctica tradicional. Presenta 10 componentes :

Valorar la voz: Es la voz de la experiencia, en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución.

Respetar el lenguaje: No hay necesidad de cambiar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje de la psiquiatría, las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.

Desarrollar la curiosidad genuina: curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia, de lo que el sujeto desee contar de la misma.

Llegar a ser el aprendiz: la persona es el experto por excelencia en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo de esa historia, siempre en un marco de dignidad y de respeto.

Revelar la sabiduría personal: una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona que está atravesando el proceso.

Ser transparente: para ganar la confianza de la persona.

Utilizar el equipo de herramientas disponible: la historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.

Trabajar un paso más allá: el cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es para mostrar el poder del cambio y el objetivo final de la recuperación.

Dar el don del tiempo: no hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona, para la conformación del vínculo.

Saber que el cambio es constante: la tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que se oriente hacia la recuperación.

A partir de su aplicación se demostró que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran de forma diaria y cotidiana, y que respondan sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas y sus familias. (López, 2014)

En Argentina, con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna en materia de salud

mental, y en particular se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario, e interdisciplinario. Se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Con la implementación de esta ley, se da un vuelco radical a la conceptualización en la atención a pacientes de Salud Mental, debido a que de efectores monovalentes su atención es derivada a efectores polivalentes, es decir a Hospitales Generales. Con la lógica de que la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones, garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad, y principalmente desmitificando los prejuicios asociados a la Salud Mental.

A partir de la aplicación de esta Ley, el servicio de Enfermería, como parte esencial del equipo de salud, se vio afectado en la praxis diaria, debido a que el flujo usual de pacientes se modificó drásticamente. Profesionales que nunca antes habían tenido contacto con sujetos de atención portadores de patologías de salud mental, comenzaron a atenderlos diariamente. En este contexto, se forjaron dos dificultades estructurales: por un lado la falta de formación específica y por el otro, las representaciones sociales interiorizadas con respecto a estos pacientes. Como consecuencia inmediata, la calidad de atención se vio altamente deteriorada en relación con la calidad de atención de otros pacientes con patologías de índole

estrictamente biológica. La respuesta a este proceso fue mediante dos proyectos: la intervención de los mismos enfermeros en su capacitación, mediante jornadas académicas orientadas a reducir el prejuicio en base a la formación; y la modificación de los planes de estudio. (Cuadra Rigol, 2007)

A modo de ejemplo, una experiencia exitosa en el campo de la Salud Argentina, fue llevada a cabo por Pichon Riviere, al comenzar a teorizar la dinámica grupal. Cuando trabajaba como en el Hospicio de la Merced uno de sus primeros trabajos fue el de organizar grupos de enfermeros e instruirlos en el trato al paciente; pues en esos momentos uno de los principales problemas era el maltrato que por desconocimiento impartían los enfermeros a los pacientes. En estas circunstancias desarrolla la técnica del "Grupo Operativo", y expresa: "...en esos grupos discutía con los enfermeros los diferentes casos que había, se trataba así de darles un panorama general de la psiquiatría. El aprendizaje de los enfermeros fue sorprendente. Ellos tenían acumulada gran experiencia, dado que casi todos, habían trabajado años en el Hospicio. Su dificultad era que no podían conceptualizar; entonces, esa experiencia no les servía para nada...". Las condiciones mejoraron grandemente, debido a que como el problema principal era la falta de conceptualización, dentro de un marco teórico, de lo que diariamente realizaban, una vez instruidos adecuadamente pudieron entender al paciente contextualizado, con la enfermedad que lo atravesaba.

Luego, debido a un prolongado paro de enfermeros, debió capacitar a los enfermos que mejor se encontraban para ocupar este rol, y en ese momento escribió: "...Por último estos internos mejoraban ostensiblemente su salud mental. Tenían una nueva adaptación dinámica a la sociedad, especialmente porque se sentían útiles..." Entendiendo que la recuperación no es solo a partir de la disminución de los síntomas, sino que es necesaria la validación perdida por "estar loco". (Lema, 1985)

"Suficiente tengo con estar loco, como para que encima me llamen enfermo mental."
(Cita extraído del prólogo de "Hablemos de la Locura")

En un mundo de significaciones, las palabras adquieren tanto peso como las acciones. José María Álvarez, psiquiatra, teoriza sobre la importancia de las palabras y del lenguaje en las representaciones sociales. Es por ello que locura, enferme mental y psicosis, adquieren diferentes connotaciones culturales. La locura puede ser entendida

como rasgo de genialidad, de ocurrencia o hasta de enmarcarse dentro de lo cultural y artístico. Sin embargo, si se emplea el término de enfermo mental, adquiere automáticamente otro significado, el impuesto desde el paradigma hegemónico, se piensa en reclusión, en hospital y hasta en medidas preventivas ante un posible peligro. Siguiendo esta línea de pensamiento, en el caso de un sujeto psicótico, las acciones se vuelven mucho más coercitivas y restrictivas. Si bien las últimas dos son parte de la nosología médico-psicológica, causan escozor hasta en los mismos profesionales de la salud. (Alvarez, 2017)

Material y Métodos.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevará a cabo , será observacional ya que no habrá manipulación de las variables, se estudian tal y como se presentan en la realidad; descriptivo: debido a que describe el desarrollo de las variables, y sugiere causalidad en la relación entre ellas en una población específica, la prevalencia, y en quienes; transversal ya que las variables se miden simultáneamente en un tiempo acotado por el investigador, realizando una única medición de la variable; y prospectivos, debido a que los datos serán recabados según los hechos que vayan ocurriendo durante el mes de Marzo 2020 desde fuentes primarias.

Sitio y Contexto de la Investigación.

Se llevó a cabo una guía de convalidación de sitio, con el fin de realizar el estudio en el espacio que reúna las características acordes a lo que se intenta investigar, en dos salas clínicas de la misma institución pública, de carácter provincial, ubicado en Rosario.(ANEXO I). Luego de los resultados del estudio exploratorio (ANEXO III), se seleccionó una de las salas clínicas con mayor capacidad de oferta, denominada Sala III, por reunir los criterios de elegibilidad.

El efector seleccionado pertenece al tercer nivel de atención, ya que cuenta con unidad intensiva, unidad de cuidados intermedios y unidad coronaria. Está compuesto además de tres salas clínicas con una capacidad de más de 90 camas, maternidad, neonatología, hospital de día y centro de diálisis .Cuenta con especialidades como: psiquiatría, clínica, neurología, traumatología, urología, neurología, ginecología, psicología, cirugía , pediatría, entre otras. Debido a su nivel de complejidad, se articula con otros efectores de primer y segundo nivel, municipales y provinciales, mediante el sistema de referencia y contrareferencia, en el Gran Rosario.

Se evaluaron dos las salas clínicas, aquellas con la mayor capacidad de oferta, y que recibe derivaciones de todas las especialidades que conforman la atención sanitaria del efector.

Por las características en su conformación, y acorde a la lógica estatal de la Salud Pública como derecho, los usuarios que son asistidos pueden tener o no cobertura social, aunque la mayoría no la tiene.

Con respecto a la actividad académica, al ser parte de la Facultad de Ciencias Médicas, se caratula como Hospital -Escuela, es decir que es una institución con constante flujo estudiantil e investigativo.

Dentro de la estructura jerárquica para Enfermería, se encuentra estructurada en Departamento de Enfermería, Supervisión, Jefes y Subjefes de Salas, Coordinadores, y enfermeros asistenciales.

Población y muestra

La población estará constituida por todos los enfermeros que lleven a cabo tareas asistenciales en sala 3. La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales de la Sala Clínica seleccionada.

Criterios de Exclusión.

- Trabajen en una institución de Salud Mental.
- Familiar directo con patología de Salud Mental.

Tamaño de la población.

La población total con la que se realizará el estudio es de 30 enfermeros asistenciales aproximadamente, dato aportado por el estudio exploratorio. No será necesario realizar muestreo debido a que la población es reducida y podrá ser medida en su totalidad.

Con respecto a la validez externa los resultados solo podrán ser generalizados a la población en estudio. Posee limitaciones debido a que se encuentra sesgado ya que solo se realiza en una institución, no se realiza muestreo y el número de enfermeros es reducido, introduciendo la posibilidad de errores.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, y en consecuencia la medición de las variables, se utilizará la técnica de la encuesta, a través de un instrumento validado, un cuestionario para valorar actitudes estigmatizantes, denominada AQ27. El mismo cuenta con una serie de preguntas, en relación a las variables en estudio.

Para variables sociodemográficas, como el nivel de formación académica y el sexo se asignará un indicador binario para cada uno. Mientras que para edad, y antigüedad en el servicio, el indicador será como refiera.

Para la variable cualitativa compleja, actitudes estigmatizantes del personal de Enfermería hacia pacientes de Salud Mental, el instrumento que se utilizara será un cuestionario de 27 preguntas, denominado AQ27, y previamente validado (V. de Aiken de 0,94 y el coeficiente alfa de Cronbach la muestra fue de 0,702), en el cual mediante una escala del 1 – 10 en donde se evalúan las respuestas desde 2 parámetros opuestos : “en absoluto”, y “muchísimo”.

Con el Instrumento se valoran nueve dimensiones, relacionadas a las actitudes estigmatizantes que el personal de Enfermería puede o no tener hacia los sujetos de atención, teniendo en cuenta la condición de portadores de patologías de Salud Mental. Las cuales implican: responsabilidad, con dos indicadores; ira/irritabilidad, tres indicadores; piedad con tres indicadores ; peligrosidad con dos indicadores; miedo, con dos indicadores; ayuda, con tres indicadores; coacción, con tres indicadores; segregación, con tres indicadores; evitación, con tres indicadores.

Las ventajas que presenta este instrumento, al ser una encuesta, es la rapidez en la que se contesta, y que su formato permite comprensión acertada en casi todas sus preguntas, resultando eficiente para valorar actitudes. El aspecto negativo, radica en que puede ser completada en su totalidad o no, y que frecuentemente resulta necesaria la asistencia del investigador para su finalización.

Se realizó una prueba piloto en 10 enfermeros de una Sala Clínica de un hospital público polivalente, con criterios de inclusión iguales a los anteriormente nombrados, y en donde la atención a sujetos con afecciones mentales es cotidiana. Mediante esta prueba se confirma la validez y confiabilidad del instrumento.(ANEXO IV)

Operacionalización de Variables.

Actitudes estigmatizantes: del tipo cualitativa compleja, función dependiente, y de escala de medición ordinal.

Se denomina actitudes estigmatizantes la predisposición psicológica negativa, legitimada por el contexto socio-histórico, que se traduce en creencias que formulan estereotipos y prejuicios sociales.

Dimensión 1:

Responsabilidad: se refiere al alto grado de responsabilidad que se considera que el usuario posee sobre su enfermedad.

Indicador:

- ¿Pensaría que es responsabilidad del paciente la situación actual?
- ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación del paciente?

Dimensión 2:

Piedad: término asociado a la empatía con el otro.

Indicadores:

- ¿Sentiría pena por el sujeto de atención? .
- ¿Hasta qué punto comprende al sujeto de atención?
- ¿Cuánta preocupación sentiría por el sujeto de atención?

Dimensión 3:

Ira/irritabilidad: sentimiento de impotencia o frustración que deriva en actitudes consistentes al enojo o maltrato.

Indicadores:

- ¿En qué medida se sentiría furioso/a por el sujeto de atención?
- ¿En qué medida se sentiría molesto/a por el sujeto de atención?
- ¿En qué medida se sentiría irritado/a por el sujeto de atención?

Dimensión 4:

Peligrosidad: hace referencia a la amenaza que pueden presentar los sujetos de atención durante su estadía en la institución.

Indicadores:

- ¿Se sentiría inseguro cerca del sujeto de atención?
- ¿En su opinión, hasta qué punto es peligroso el sujeto de atención?
- ¿Se sentiría amenazado por el sujeto de atención?

Dimensión 5:

Miedo: sentimiento caracterizado por una intensa amenaza de daño, ante la percepción de peligro, real o supuesto,

Indicadores:

- ¿Sentiría terror por el sujeto de atención?
- ¿Hasta qué punto el sujeto de atención lo asustaría?
- ¿Hasta qué punto le aterrorizaría el sujeto de atención?

Dimensión 6:

Ayuda: predisposición del profesional de salud para brindar ayuda al sujeto de atención.

Indicadores:

- ¿Estaría dispuesto a hablar con el sujeto de atención sobre su problema?
- ¿Cuál es la probabilidad de que ayude al paciente?
- ¿Con que certeza cree que ayudaría al sujeto de atención?

Dimensión 7:

Coacción: hace referencia a las acciones de índole físicas o psíquicas violentas que se ejercen sobre una persona para tergiversar su voluntad, y lograr un trabajo en contra de su voluntad. En este caso de participar en un tratamiento con el cual no consiente o comprende plenamente.

Indicadores:

- ¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le exigiría que tomara su medicación?
- ¿Hasta qué punto está usted de acuerdo en que el paciente debe ser sometido a tratamiento médico en contra de su voluntad?
- Si estuviera a cargo del tratamiento, ¿le obligaría a vivir en un lugar supervisado?

Dimensión 8:

Segregación: refiere a la discriminación de los sujetos que portan cierta cualidad, considerada indeseable para el resto.

Indicadores:

- ¿Cree que el sujeto de atención representaría un riesgo para los vecinos si no se hospitaliza?
- ¿Cree que sería mejor para la comunidad que recluyan al sujeto de atención en un psiquiátrico o psiquiátrico?
- ¿Cree que el mejor lugar para él?

Dimensión 9:

Evitación: se refiere a la reclusión o alejamiento de los espacios en donde se considera que se está en peligro, o en donde se encuentran personas con características indeseables para quien se recluye.

Indicadores:

- Si usted fuera empresario, ¿lo entrevistaría para su empresa?
- ¿Compartiría con él un auto para ir al trabajo?
- Si fuera propietario, ¿Alquilaría un departamento a José?

Nivel de formación académica: del tipo cualitativa simple función independiente, y de escala de medición nominal.

Indicadores:

- Auxiliar de Enfermería
- Profesional de Enfermería.

- Licenciado de Enfermería.

Sexo: del tipo cualitativa simple, función independiente, y de escala de medición nominal

- Femenino.
- Masculino.

Edad: del tipo cuantitativa simple, función independiente, y de escala de medición razón.

Indicadores:

- Será la edad en años según refiera.

Antigüedad en el servicio:

Indicadores (en años): del tipo cuantitativa simple, función independiente, y de escala de medición razón.

- Será la antigüedad en años según refiera.

Los principios de **Bioética** se encuentran atravesando toda la planificación del proyecto, teniendo en cuenta:

- *Beneficencia:* se garantizará la confidencialidad, asegurando además que los beneficios sean superiores a los efectos indeseados, preservando la integridad tanto física como psíquica de quienes participen.
- *Autonomía/ respeto a la dignidad humana:* se abordará a los participantes mediante la información completa, es decir, el objetivo de estudio, así como la libre elección de participar del mismo o retirarse en el momento que desee, como ser autónomo sin coerción. Se le describirá a los participantes con los detalles de la naturaleza del estudio, sus beneficios y riesgos, mediante el consentimiento informado. (ver ANEXO II)
- *Justicia:* todos los profesionales tendrán la misma posibilidad de participar, mediante un trato justo con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad, preservando su intimidad, y serán expuestos a los mismos riesgos y beneficios del estudio, sin discriminar a uno por sobre otro.

Personal a cargo de la recolección de datos.

La recolección de los datos será llevada a cabo por la investigadora, debido a que la población es reducida y fácilmente abarcada por la misma.

La recolección será llevada a cabo aplicando el instrumento en todos los turnos de trabajo, con el objetivo de medir las actitudes estigmatizantes hacia pacientes de salud mental por parte del personal de enfermería. Dicho instrumento se aplicará en el receso del desayuno en el turno de 06 a 12 hs, en el siguientes turnos de 12 a 18 hs, de 18 a 00 hs y de 00 a 06 hs, se aplicará media hora antes de la entrada. Se utilizará como espacio para su realización el sector de descanso de la sala.

Plan de Análisis

Se realizará en este plan de análisis el agrupamiento de los datos obtenidos por cada variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación). Luego, el proceso de tabulación se codificara mediante la utilización de un software informático estadístico EpilInfo 7, asignando un índice para cada variable.

La reconstrucción de la variable cualitativa compleja “Actitudes estigmatizantes del personal de Enfermería”, será mediante la codificación que ya presenta el instrumento seleccionado, AQ27. A través de la codificación de cada pregunta, mediante una escala de valores, en este caso en particular se utiliza la Escala Likert de Actitudes.

Una vez realizados los cuestionarios se confeccionarán los índices teniendo en cuenta que existen 3 preguntas se encuentran redactadas en formulaciones negativas.

En las preguntas positivas (1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20, 21, 22,23, 24, 25 y 27) se otorgó 1 punto para cada “en absoluto”, y 9 puntos para cada “Absoluto”, quedando en el medio 7 puntos que se distribuyen de la siguiente manera : 2-5 corresponden al rango negativo, y de 6-8 corresponden al rango positivo.

En las preguntas negativas (7, 16, y 26) los valores se encuentran invertidos para los puntos se invierten, debido a que “en absoluto” representa 9 puntos, mientras que “absoluto” representa 1 punto. Para no afectar negativamente los resultados del

estudio, se debe de interpretar de manera diferente. El rango de valores intermedios entre ambos también se modifica, siendo 6-8 negativos, y 2-5 positivos.

Luego, se crearan índices por dimensión para poder analizarlas individualmente:

Dimensión 1: Responsabilidad (comprende la sumatoria de las preguntas 10, 11 y 23)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 2: Piedad (comprende la sumatoria de las preguntas 9, 22 y 27)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 3: Ira (comprende la sumatoria de las preguntas 1, 4 y 12)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 4: Peligrosidad (comprende la sumatoria de las preguntas 2, 13 y 18)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 5: Miedo (comprende la sumatoria de las preguntas 3, 19 y 24)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 6 : Ayuda (comprende la sumatoria de las preguntas 8,20 y 21)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 7 : Coacción (comprende la sumatoria de las preguntas 5, 14 y 25)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 8 :Segregación (comprende la sumatoria de las preguntas 6, 15 y 17)

Actitud positiva: 3 a 17 puntos

Actitud negativa: 18 a 27 puntos

Dimensión 9: Evitación. (preguntas negativas, los valores se encuentran invertidos corresponden a 7, 16 y 26)

Actitud positiva: 18 a 27 puntos

Actitud negativa: 3 a 17 puntos

Los puntajes de los ítems del factor evitación se invertirán al momento de hacer la interpretación.

Posteriormente se sumará el total de medias de los 3 ítems para cada factor, oscilando la puntuación en una escala entre 27 y 243; para determinar qué tipo de actitud presentan los profesionales de Enfermería hacia los sujetos con afecciones de Salud Mental: clasificándose en los siguientes niveles:

Puntuación Alta: puntajes entre 136 a 243.

Puntuación Baja: puntaje entre 27 y 135.

Para describir la relación y analizar las variables seleccionadas, se utilizará estadística descriptiva bivariada.

Para el análisis de las variables sociodemográficas, se emplearan diferentes métodos según la variable.

- **Sexo y nivel de formación**: se establecerá un símbolo binario (0-1) con una escala de medición nominal, y con una distribución de frecuencia agregando los porcentajes acumulados por cada una. Luego, los resultados serán expresados en un gráfico de torta, y cada una por separado.

- **Edad y antigüedad laboral:** presentan una escala de medición de razón, se recolecta el dato según refiere el sujeto encuestado, y se utilizarán medidas de tendencia central, mediante las pruebas de mediana, moda y media aritmética. Luego se cualificarán los resultados en rangos etarios y por antigüedad, se agruparán los datos obtenidos y representados en un gráfico de barra.

Edad

- De 20 a 35 años.
- De 36 a 46 años.
- De 47 a 65 años.

Antigüedad en el servicio

- De 0 a 5 años.
- De 6 a 10 años.
- De 11 a 20 años.
- Más de 21 años.

Plan de trabajo

Actividades	Periodo de Tiempo				
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
				1ra Quincena	2da Quincena
<i>Recolección de Datos</i>					
<i>Tabulación de Datos</i>					
<i>Análisis e Interpretación de los datos</i>					
<i>Elaboración del Informe Final</i>					
<i>Entrega del Informe Final.</i>					

ANEXOS

Anexo I

Guía de Convalidación de Sitio

- ¿La institución autoriza la recolección de datos?
- ¿Cómo es la infraestructura del servicio? (Con habitaciones o apabellonada)
- ¿Cuál es el nivel de formación de los enfermeros?
- ¿Poseen los enfermeros conocimiento o formación en Cuidados para Sujetos con Patologías de Salud Mental, luego de la derogación de la Ley 26.657?
- ¿Cuál la antigüedad en años de ejercicio de la profesión de los mismos en la sala?
- ¿Poseen doble empleo?
- ¿Cuál es la relación enfermero / paciente?
- ¿Cuántos han sido de sujetos de atención con patologías de Salud Mental en un periodo de 3 meses que han sido institucionalizados en la sala clínica?
- ¿Cuenta el jefe de servicio con actualizaciones en el abordaje a pacientes de Salud Mental?

Anexo II

Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Participante:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “”, parte de la Tesina llevada a cabo en la Licenciatura de Enfermería , Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

El objetivo de este estudio es determinar las actitudes estigmatizantes del personal de Enfermería en una sala clínica de un Hospital Público, hacia pacientes con patologías de Salud Mental.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que responda, un cuestionario, que contiene preguntas sobre actitudes estigmatizantes, y aparte sobre características sociodemográficas. El cuestionario en sí le tomará aproximadamente 20 minutos.

La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante, la identidad estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes.

Todos los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación, le serán entregados a Usted. Además, se entregará al establecimiento un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de los participantes.

Si Usted no desea participar no implicará sanción. Usted tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Cabe destacar que no existe ningún riesgo al participar de este estudio. Si lo desea puede dejar de participar de las evaluaciones, sin que signifique sanción para Usted. De participar de todo el estudio los beneficios directos que recibirá usted son los resultados de las evaluaciones y la posibilidad de ayudar a desarrollar programas de intervención más eficaces que aborden en forma temprana enfermedades a los huesos evitando complicaciones en el futuro. No se contemplan ningún otro tipo de beneficios.

Las informaciones recolectadas no serán usadas para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Cualquier pregunta que Usted desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar O en el departamento de Tesina de la Escuela de Enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas. Si Usted desea realizar un reclamo, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, puede comunicarse con el contacto antes descrito.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..., acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "xxxx", dirigida por la Investigadora Responsable

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto realizar el cuestionario indicado.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

*Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada profesional de modo personal.*

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Facultad de Ciencias Médicas.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante Nombre Investigador

Firma Firma

Fecha: Fecha:

Anexo III

Análisis del estudio exploratorio

La Guía de Convalidación de Sitio se llevó a cabo en dos salas clínicas de un efector de tercer nivel de complejidad Provincial.

Con respecto a la capacidad, se evaluaron a dos salas.

Sala 2: cuenta con 32 camas para internación, divididas en 12 habitaciones, con panel aspirativo y para oxigenoterapia 31 de ellas.

Sala 3: se encuentra compuesta por 23 camas, panel aspirativo y para oxigenoterapia, más 2 habitaciones para pacientes con aislamiento.

Al valorar el nivel de formación académica, se encontraron más Licenciados en sala 1 que en Sala 2. De esta manera, se eligió la primera para analizar la relación entre la formación académica y las actitudes estigmatizantes.

Como resultado, se ha identificado que la sala con un nivel más alto de legibilidad es aquella que cuenta con habitaciones de aislamiento, debido a aumenta el flujo de pacientes de Salud Mental con lo que se vincula el personal, al ser menos camas, pero sin embargo, la misma cantidad de personal asistencial.

Anexo IV

Resultados de la Prueba Piloto del Instrumento.

La prueba fue llevada a cabo a 10 Enfermeros asistenciales de una sala clínica. Los resultados arrojaron que para realizar la encuesta seleccionada, a través del instrumento de valoración de actitudes estigmatizantes, es necesario que sea realizada por el investigador, debido a que en promedio conlleva unos 10 minutos para su realización, y algunas preguntas resultaron confusas, debido a que tienden a repetir la intención de la pregunta, pero reformulada, para evitar manipulación en las pruebas. Por ejemplo, en las preguntas: 24,19 y 3, o 4 y 12.

• Bibliografía

- Aleixandre, P. F. (2013). *Una reflexión sobre la obra Historia de la Locura de M. Foucault*. Obtenido de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:masterFilosofiaHistoria-Pforner/Documento.pdf>.
- Alvarez, J. M. (2017). *Hablemos de la Locura*. Editorial Xoroi.
- Amarante, P. (2009). *Superando el Manicomio*. Editorial Topia.
- Becker, H. (1963). *Outsiders. Hacia una Sociología de la Desviación*. Siglo XXI.
- Claudine Douglas, A. S.-G. (2018). Nurses' perception of preparedness for moving mental health care from psychiatric to general hospitals in Jamaica. *Panam Salud Publica* 42.
- Cuadra Rigol, A. (2007). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. Barcelona, España: 2ª Edición– Ed.Elsevier Masson.
- Foucault. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid, España. Editorial Alianza.
- Foucault. (1975). *Vigilar y castigar*. Madrid, España. Editorial Siglo XXI.
- Foucault. (1978). *Microfísica del poder*. Madrid , España. Editorial Alianza.
- Foucault. (1981). *“Verdad y Poder”*. Madrid, España. Editorial Alianza.
- Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la Clínica*. Obtenido de http://www.medicinayarte.com/img/foucault_el_nacimiento_clinica.pdf
- Foucault, M. (1966). *Las Palabras y las Cosas*. . Madrid, España. Editorial Alianza.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. . Madrid, España. Editorial Alianza.
- Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. . Madrid, España. Editorial Alianza.
- Gema del Valle, C. C. (2018). *“Fases temporales y variables motivacionales: dos perspectivas complementarias en el proceso de búsqueda de ayuda por enfermedad mental”*.
- Gil, M. (2011). *Poder, verdad y normalidad: genealogía del hombre moderno a través de la lectura de M. Foucault*. Obtenido de <http://www.filosofia.net/materiales/pdf23/CDM27.pdf>
- Goffman, E. (1968). *Estigma, la identidad deteriorada*. Obtenido de <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

- Hurley, D. J., Alvarez, L. E., Ragno, R. L., & Giménez Velo, A. (2017). *Acerca de la relación entre resiliencia y salud mental en un dispositivo neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*. Obtenido de https://pdfs.semanticscholar.org/1609/c65de901c91bc6d06f5fb23f9b91b35d50ce.pdf?_ga=2.235191169.1658034836.1574808607-937658933.1568600975
- Jung, C. (1970). *Los Arquetipos y Lo Inconsciente Colectivo*. Obtenido de https://www.academia.edu/36699553/Los_Arquetipos_y_Lo_Inconsciente_Colectivo_1_-_C._G._Jung
- Lema, Z. (1985). *Conversaciones con Pichon Rivere*.
- López, M. A. (2014). *TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
- Maglio, P. (2017). *La Medicina, entre la biología y la biografía*. Gador.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. P. (2014). *Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors*.
- Moreno Herrero, A. M., Sarmiento, F., & López de Lemus, M. (2014). *"Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental"*.
- Nación, M. d. (2 de Dic de 2010). Obtenido de Ley 26.657: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Pedrocino, I. (2016). *"La locura como fenómeno de estigmatización y exclusión social"*. Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/isabel_daguerre.pdf
- Pedroncino, I. D. (2016). *"La locura como fenómeno de estigmatización y exclusión social"*. Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/isabel_daguerre.pdf
- Psychiatric, A. G. (2015). *Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo*. Obtenido de http://www.hmc.mil.ar/webResources/Documentos/declaracion_hawai.pdf
- Quiroga. (2001). *Psicología Social y Crítica de la Vida cotidiana*. En A. Quiroga, *Enfoques y perspectivas de la Psicología Social* (págs. 67 - 75). Cinco.

- Quiroga, A. (1998). *"Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo" desarrollos en psicología social a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière*. Cinco.
- Quiroga, A. (2001). "Grupo familiar, unidad de analisis de la configuracion de la conducta, normal o patologica.". En A. Quiroga, *Enfoques y perspectivas en Psicología Social* (págs. 109-118). Cinco. Septima Edicion.
- Quiroga, A. (2001). *Psicología Social y Critica de la Vida cotidiana*. En A. Quiroga, *Enfoques y perspectivas de la Psicología Social* (págs. 67 - 75). Cinco.
- Zárate, P., Ceballos, V., Contardo, P., & Florenzano, R. (2016). *"Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud "*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300006