



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma de Barcelona

Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima, Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia del ingreso

Tesis Doctoral realizada por

Víctor Manuel Frías Trigo

Realizada bajo la dirección de los doctores:

Dr. Antonio Bulbena i Vilarrasa

Dr. Víctor Pérez i Sola

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Octubre– 2020

Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima,
Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia
del paciente

Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima,
Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia
del paciente

Tesis Doctoral realizada por

Víctor Manuel Frías Trigo

Dirigida por los doctores:

Dr. Antonio Bulbena i Vilarrasa

Dr. Víctor Pérez i Sola

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Octubre– 2020

“La acción de preguntar supone la aparición de la conciencia”

María Zambrano

*“Todo esfuerzo intelectual nos separa de lo cotidiano y nos conduce por caminos
ocultos y difíciles a lugares apartados donde nos encontramos en medio de
pensamientos desacostumbrados”*

Ortega y Gasset

*“Los sueños hay que pelearlos para que cada vez sean menos sueños y más
realidad”*

Pepe Mujica

Dedicado a Montse, Héctor y Alba

Agradecimientos

A lo largo de todos estos años de estudio y de trabajo continuo, he tenido el privilegio de conocer a numerosos profesionales que me han dado la oportunidad de aprender y asimismo compartir mis planteamientos científicos, mis inquietudes y también mis deseos de propiciar una atención de excelencia y calidad en la atención al paciente en unidades de agudos de psiquiatría. Por ello, quisiera aprovechar este espacio para expresar mis más sinceros agradecimientos por ese apoyo a todos mis compañeros del Institut de Neuropsiquiatria i Addicions del Parc de Salut Mar de Barcelona.

Muy especialmente, agradecer a mis directores de tesis Dr. Antonio Bulbena i Vilarrasa y Dr. Víctor Pérez i Sola, por aceptar el reto de dirigir este proyecto. Con su confianza, su implicación, su accesibilidad y su juicio, la presente tesis ha sido posible.

Quisiera también agradecer a la Sra. Rosa Aceña i Domínguez, directora de enfermería del INAD, a las gestoras y todas las enfermeras que participaron en el proceso de la valoración de los cuestionarios y se implicaron activamente en la recogida de información tan preciada, gracias a su colaboración ha sido posible obtener resultados concluyentes.

A la colaboración del Dr. Xavier Zendjidjian que mostró su apoyo desde el principio para la adaptación de la escala. Así, como a todos los profesionales que participaron en su traducción y que ha contribuido de forma decisiva a dar voz a los usuarios.

De forma destacada a mis compañeros Dr. Joan Ramón Fortuny i Olive i la Sra. M^a Carmen España i Puertos con los que comparto el día a día avanzando siempre un poco más.

Por su puesto, mis agradecimientos a todos los usuarios, en particular a los que participaron y contribuyeron con sus valoraciones. Su apreciación ha sido fundamental para establecer las bases de este proyecto y marcar la hoja de ruta.

A la Dra. María Sala y el equipo del Programa de Calidad del PSMAR, por el impulso de “Proyectos Estrella” que promueve programas para la mejora de calidad asistencial y potenciar su evaluación. Con su ayuda y colaboración, ha sido todo mucho más fácil.

También, a los documentalistas de la Biblioteca del Hospital del Mar por el excelente soporte documental que me han ofrecido.

Por la posibilidad de disponer de todo ello, agradecer a mi institución el Parc de Salut Mar de Barcelona, que ha impulsado la calidad y la investigación científica y me ha permitido disponer de los recursos adecuados para poder llevar a cabo la presente tesis.

Y para finalizar, agradecer a mi familia y a mis amigos cuya existencia da sentido todo.

Gracias.

INDICE

1. PLANTEAMIENTO INICIAL.....	16
2. INTRODUCCIÓN.....	19
2.1. AUTOESTIMA	19
2.1.1. Concepto de Autoestima	19
2.1.2. Teorías de la Autoestima	19
2.1.3. Teoría de Gestión del Terror.....	20
2.1.4. Teoría del Sociometro (TS).....	21
2.1.5. Función de la Autoestima.....	23
2.2. ESTIGMA INTERIORIZADO.	24
2.2.1. Concepto de Estigma.....	24
2.2.2. Estigma Interiorizado y sus consecuencias	25
2.2.3. Estigma Interiorizado y Trastorno Mental	26
2.3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE	28
2.3.1. Introducción.....	28
2.3.2. Experiencia del paciente y Salud Mental	29
2.3.3. Características de los instrumentos de medida de la experiencia del paciente en Salud Mental.....	29
2.4. RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL	31
2.4.1. Concepto de Recuperación.....	31
3. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	35
3.1. INTRODUCCIÓN.....	35
3.2. HIPÓTESIS	36
3.3. OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS:	37
3.3.1. Objetivos del primer estudio.....	37
3.3.1.1. Objetivo general	37
3.3.1.2. Objetivos específicos.....	37

3.3.2. Objetivos del segundo estudio	38
3.3.2.1. Objetivo general	38
3.3.2.2. Objetivos específicos.....	38
4. MÉTODO.....	40
4.1. ESTUDIO 1	40
4.1.1. Participantes	40
4.1.2. Instrumento	41
4.1.3. Traducción	42
4.1.3.1. Paso 1: Traducción al idioma español.....	42
4.1.3.2. Paso 2, Traducción inversa al idioma francés.....	43
4.1.3.3. Paso 3, Expertos	43
4.1.3.4. Versión definitiva	43
4.1.4. Análisis estadístico.....	43
4.2. ESTUDIO 2	44
4.2.1. Participantes	44
4.2.2. Instrumentos	45
4.2.3. Análisis estadístico.....	46
5. RESULTADOS	48
5.1. RESULTADOS ESTUDIO 1	48
5.1.1. Estudio de las propiedades métricas de Satispsy-22-E.....	48
5.1.1.1. Características Sociodemográficas y clínicas	48
5.1.1.2. Fiabilidad	50
5.1.1.3. Consistencia Interna.....	51
5.1.2. Análisis Factorial	52
5.1.2.1. Análisis Factorial Confirmatorio.....	52
5.1.2.2. Bondad de Ajuste	54
5.1.3. Asociación de la experiencia del ingreso con las variables socio-clínicas..	54

5.2. RESULTADOS ESTUDIO 2	60
5.2.1. Características sociodemográficas y clínicas	60
5.2.2. Análisis de regresión de la autoestima y las características sociodemográficas y clínicas	61
5.2.3. Correlación de la autoestima con el estigma internalizado, la resistencia al estigma y la satisfacción de los pacientes hospitalizados	62
5.2.4. Anova de estigma internalizado, resistencia al estigma y satisfacción de hospitalización por autoestima	64
5.2.5. Estigma internalizado, resistencia al estigma y satisfacción con la hospitalización como predictores de la autoestima.....	64
6. DISCUSIÓN GENERAL	68
6.1. ADAPTACIÓN CULTURAL/TRADUCCIÓN DE LA ESCALA SATSIPSY-22	68
6.2. FIABILIDAD DE LA ESCALA SATSIPSY-22-E	69
6.3. VALIDEZ DE LA ESCALA SATSIPSY-22-E	69
6.4. ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA SATSIPSY-22-E	70
6.5. ASOCIACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL INGRESO CON LAS VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	71
6.6. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN Y LA AUTOESTIMA.....	73
6.7. ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	73
6.8. ASOCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA CON EL ESTIGMA INTERIORIZADO Y LA RESISTENCIA AL ESTIGMA	75
6.9. CORRELACIONES DE LA AUTOESTIMA CON EL ESTIGMA INTERIORIZADO Y LA RESISTENCIA AL ESTIGMA	75
6.10. AUTOESTIMA, EL ESTIGMA INTERIORIZADO, LA RESISTENCIA AL ESTIGMA Y PROCESO DE RECUPERACIÓN	76
7. LIMITACIONES	80
8. CONCLUSIONES GENERALES.....	83
9. BIBLIOGRAFÍA.....	86

10. ANEXOS 97

10.1. ANEXO 1, ARTÍCULO: SPANISH TRANSLATION AND ANALYSIS OF THE METRIC
PROPERTIES OF INPATIENT SATISFACTION SCALE IN PSYCHIATRY: THE SATISPSY-22-E 98

10.2. ANEXO 2, ARTÍCULO: SELF-ESTEEM PREVALENCE AMONGST ACUTE PSYCHIATRIC
INPATIENTS; SOCIO-DEMOGRAPHIC CORRELATES AND ASSOCIATION WITH INTERNALIZED
STIGMA AND USER SATISFACTION 101

10.3. ANEXO 3. ESCALA SATISPSY-22 116

10.4. ANEXO 4. ESCALA SATISPSY-22-E 121

1. Planteamiento Inicial

El conocimiento sobre la valoración de la experiencia en la hospitalización del paciente es necesario ya que este, contribuye al aumento de la calidad de los cuidados. Actualmente, se propone un cambio de enfoque de los hospitales ya que, tal como se configuran, a menudo pueden perjudicar a las personas con enfermedades mentales al disminuir las oportunidades de autoestima, aumentar el estigma y la segregación (Drake, 2017). Para ello, es recomendable la utilización de elementos de medida, que reporten la experiencia del paciente (Patient Reported Experience, Prens) y que permitan un retorno fiable de información sobre la valoración de la experiencia. En este sentido, se hace necesario contar con una herramienta en español, que ofrezca información sobre la valoración de la experiencia del paciente durante el ingreso hospitalario en unidades de agudos de psiquiatría y que esta sea sensible a las expectativas del paciente, es decir, que esté confeccionada desde el punto de vista del paciente.

Por otro lado, si bien en el momento de expresar su opinión, el paciente se debe encontrar en una situación de estabilidad clínica, existen aspectos emocionales que pueden intervenir en la valoración de la experiencia. La baja autoestima y un alto nivel de estigma interiorizado son dos elementos que pueden estar presentes y que pueden influir en la valoración de la experiencia.

Así mismo, el conocimiento del nivel de autoestima y estigma interiorizado que presentan los pacientes al alta hospitalaria y que van más allá de la estabilidad clínica, podría contribuir al conocimiento sobre la evolución de la recuperación de la persona con trastorno mental. Diferentes estudios muestran que el concepto de recuperación del paciente con trastorno mental presenta una alta dificultad para la concreción a la hora de su definición (Jaaskelainen et al., 2013)·(Hegarty et al., 1994)·(Menezes et al., 2006). A su vez, los diferentes agentes implicados, pacientes, familia y profesionales, también difieren en sus puntos de vista(Jacob et al., 2017). A

pesar de ello, actualmente se formula que la recuperación va más allá de la eliminación o reducción de los síntomas y el retorno a los niveles de función premórbidos. A la vez que se observa, en los países desarrollados, que a pesar del acceso a un tratamiento biomédico costoso, las tasas de discapacidad crónica y dependencia asociada sugieren que falta algo esencial para la recuperación en el tejido social(Jablensky & Sartorius, 2008).

Asimismo, más recientemente se ha introducido la necesidad de que el usuario sea el motor de su recuperación, que promueve el desarrollo de las fortalezas individuales para mejorar la calidad de vida según la define el usuario. La persona trata de construir una vida significativa y satisfactoria definida por ella misma, con independencia de si existen o no síntomas y/o problemas. Sitúa la esperanza como un elemento fundamental para la recuperación y esta puede mejorar si una persona tiene un control más activo de su vida(Bellack, 2006)(HM Government., 2011).

2. Introducción

2.1. Autoestima

2.1.1. Concepto de Autoestima

Desde que Williams James (1890) describió la autoestima como “una característica elemental de la naturaleza humana” muchas teorías de la personalidad, diferentes problemas del comportamiento y emocionales y distintas evaluaciones psicoterapéuticas se han relacionado con la autoestima (M R Leary et al., 1995).

El concepto de autoestima, generalmente, hace referencia a la evaluación que realiza una persona o la actitud que tienen hacia sí misma. Aunque, diversas investigaciones han hecho distinciones relativas a diferentes tipos de autoestima como: implícita vs explícita (Greenwald & Farnham, 2000), contingente vs condicionada (Crocker & Wolfe, 2001) o estable vs inestable (Kernis et al., 1993). ¿Que queremos decir con el término autoestima? La autoestima ha sido descrita a menudo como una actitud (Alderson-day et al., 2014), específicamente una actitud hacia uno mismo (Rosenbert, 1965) y como todas las actitudes, la autoestima tiene componentes cognitivos y afectivos. Por ello y a pesar de los diferentes tipos de autoestima referenciados, los temas que subyacen a todas estas concepciones son que la autoestima se refiere a la evaluación que realiza una persona de sí mismo y que las personas están generalmente motivadas a mantener altos niveles de autoestima y defender su autoestima cuando esta se encuentra amenazada (Pyszczynski et al., 2004).

2.1.2. Teorías de la Autoestima

A lo largo de los años, diversos autores han formulado diferentes teorías sobre la función que tiene la autoestima en el funcionamiento psicológico de las personas. Así, vemos como la teoría de la gestión del terror sostiene que las personas están

motivadas a realizar autoevaluaciones positivas, ya que estas proporciona un amortiguador contra la ansiedad que causa la conciencia de la mortalidad (Pyszczynski et al., 2004)(Burke et al., 2010). Por otro lado, la teoría del sociómetro defiende que el sistema de autoestima parece funcionar como un monitor, diseñado para detectar posibles cambios en el estado inclusivo de las personas añadiendo que la autoestima hace que las personas se comporten de manera apropiada para mantener sus conexiones con otras personas (M R Leary et al., 1995)(Mark R Leary et al., 1998). Otras teorías menos desarrolladas, como la teoría de la dominación suponen que la autoestima refleja aspectos del entorno social y sugiere que el sistema de autoestima evolucionó para controlar la necesidad de dominación. En resumen propone una asociación entre el dominio y un mayor éxito reproductivo en el entorno ancestral, razón por la cual los sistemas se desarrollaron para monitorear la posición social y motivar comportamientos que aumentarían el dominio relativo (Mark R. Leary et al., 2001).

2.1.3. Teoría de Gestión del Terror

La teoría de gestión de terror (TGT) se inspiró en los escritos del antropólogo cultural Ernest Becker, quien sintetizó ideas de las ciencias naturales, las ciencias sociales y las humanidades para formular lo que esperaba que fuera "una ciencia general del hombre". La TGT propone que las personas están motivadas a perseguir autoevaluaciones positivas, porque la autoestima proporciona un amortiguador contra la ansiedad humana y que está provocada por la conciencia de la mortalidad de los seres humanos. Así mismo, plantea que los altos niveles de autoestima además de reducir la ansiedad lo hacen también con el comportamiento defensivo relacionado y que está también producido por el recuerdo de la propia mortalidad. La TGT sostiene que la contraposición del deseo biológico de vivir del ser humano junto con la conciencia de la mortalidad da lugar al potencial de paralización por terror. La manera que el ser humano resolvería esta contradicción sería utilizando

sus capacidades cognitivas y que le llevarían a crear cosmovisiones culturales. Estas cosmovisiones son concepciones simbólicas que de la misma manera son compartidas. Finalmente, estas cosmovisiones que están construidas desde la realidad dan finalmente un significado vital.

Por todo ello, esta teoría sostiene que la autoestima elimina el efecto de los recuerdos de la mortalidad y dificulta la accesibilidad a los pensamientos relacionados con la muerte, a la vez que convence a las personas de la existencia de una vida más allá de la muerte, eliminando el efecto que produce la mortalidad (Becker, 1973).

A pesar de que la TGT conceptualiza la autoestima con los estándares culturales interiorizados que tienen valor, también otras personas desempeñan un papel importante en el proceso de mantener la autoestima y la creencia en la versión interiorizada de la cosmovisión cultural de la que se deriva la autoestima. Por ello, formula que tanto la autoestima como la fe en la cosmovisión cultural se mantienen a través de un proceso de validación consensuada (Swann et al., 1987)(Swann et al., 1990). Por este motivo, las personas contemplan la autoestima como el resultado de la auto-evaluación en la medida en que uno está cumpliendo con los estándares. Este cumplimiento se produce cuando otros están de acuerdo con su concepción de la realidad. Esto da como resultado, que sus concepciones, basadas en la realidad externa son correctas, por el contrario, cuando otros no están de acuerdo con estas concepciones, se produce una amenaza con debilitar la confianza.

En resumen, se puede decir que desde la perspectiva del TGT, la autoestima se describe como una auto-evaluación basada en constructos culturales y que depende de las fuentes de validación social, es esencialmente de naturaleza defensiva, y funciona para proporcionar un amortiguador contra los temores humanos sobre la mortalidad (Pyszczynski et al., 2004).

2.1.4. Teoría del Sociometro (TS)

La hipótesis que sostiene la teoría del sociometro plantea que el sistema de autoestima funciona como un sistema de medida que está involucrado en el

mantenimiento de las relaciones interpersonales. Específicamente, los sentimientos de autoestima de una persona son un índice interno o subjetivo sobre el grado en que el individuo está siendo incluido versus excluido por otras personas (estatus inclusivo de la persona) por ello, entienden que los motivos para mantener las funciones de autoestima son para proteger a la persona contra el rechazo social y la exclusión. La justificación a la existencia de la autoestima se debería a que los seres humanos solitarios, en un estado primitivo, tenían pocas probabilidades de sobrevivir y reproducirse, por ello, se desarrollaron sistemas psicológicos que motivaron a la gente a desarrollar y mantener un nivel mínimo de inclusión en las relaciones y grupos sociales. La TS sostiene que el sistema monitorea el estado inclusivo más o menos continuamente, detectando señales que denotan desaprobación, rechazo o exclusión (funciona preconscientemente) alertando al individuo de los cambios que se producen. Los acontecimientos que disminuyen la autoestima serían aquellos que la persona cree que pueden poner en peligro sus vínculos sociales por ello, la autoestima la definen como un indicador de la calidad de las relaciones sociales frente a la inclusión y la exclusión (M R Leary et al., 1995).

Así mismo, un factor también importante en esta teoría radica en la valoración que realizan otras personas, señalando que la autoestima se ve o no afectada por las evaluaciones de otros individuos. La crítica a este aspecto la TS la defiende proponiendo que las preocupaciones con la aprobación y desaprobación social son tan penetrantes que a muchas personas les resulta difícil apreciar el grado en que su deseo de obtener aprobación y aceptación afecta su comportamiento, emociones y autoestima (Mark R. Leary et al., 2001). Aunque también defiende que en esta búsqueda de aceptación social el valor de la opinión de otras personas disminuye a medida que las evaluaciones se vuelven más extremas en cualquier dirección, independientemente que sean extremadamente positivas o negativas estas son percibidas como menos creíbles. Por ello defienden que el sociómetro es más sensible no a la exclusión absoluta, sino más bien a los decrementos en la inclusión en evaluaciones en el rango moderado (Mark R Leary et al., 1998).

2.1.5. Función de la Autoestima

Como resumen podemos ver que el punto principal de discusión en las diferentes teorías se centra en las suposiciones que se realizan con respecto a la función de la autoestima. A su vez, estas explicaciones parecen estar bastante próximas en que la autoestima protege a las personas contra ansiedades de todo tipo y que las amenazas a la aceptación social afectan la autoestima. Finalmente, proponen que el nivel de estimación dependería de la aprobación de los demás y que esto se debería contemplar como un hecho de la vida psicológica que afecta a todas las personas.

2.2. Estigma Interiorizado.

2.2.1. Concepto de Estigma.

Algunos conceptos de estigma incluyen un constructo de perjuicio cuando se define como "una marca o atributo que reduce a un individuo de una persona completa y habitual a una manchada" o sugiere que el estigma ocurre cuando una persona posee o se cree que posee "algún atributo o característica que transmite una identidad social que se devalúa en un contexto particular". Sin embargo, en estas definiciones se aprecia que los conceptos no se aplican a todas las personas por igual y existen claras excepciones como por ejemplo la de individuos con acceso al poder y/o a los recursos y que no se ven afectados por las actitudes negativas con respecto a su grupo (Corrigan & Shapiro, 2010).

Igualmente, aunque el concepto de estigma es necesario para desarrollar una comprensión de la exclusión social, no es suficiente para interpretarlo en su conjunto. Así, vemos como en las últimas décadas han aumentado las investigaciones acerca del estigma y la discriminación, desarrollándose algunas aproximaciones teóricas al estigma y la discriminación en salud mental e incluyendo modelos sociales que destacan estereotipos de creencias negativas acerca de un grupo con enfermedad mental y que incluye la culpa, la peligrosidad y la incompetencia (Corrigan & Watson, 2004)·(Link et al., 1999)·(Link & Cullen, 1986) así mismo, las ideas de perjuicio como el miedo y la ansiedad y la evitación también son sentimientos comunes. Todo ello conlleva discriminación, provocando más dificultad para las personas con una enfermedad mental para realizar las cosas más habituales en relación al resto de la población como son casarse, tener hijos, trabajar o tener vida social (Thornicroft et al., 2008)·(Thornicroft et al., 2016). Como resultado las personas con prejuicios respaldan estos estereotipos peyorativos dando como resultado reacciones emocionales negativas ya que el prejuicio conduce a la discriminación y como consecuencia a la pérdida de oportunidades, coerción y segregación (Corrigan et al., 2009)·(Corrigan et al., 2004).

2.2.2. Estigma Interiorizado y sus consecuencias

Se reconoce que el auto-estigma o el estigma interiorizado en el trastorno mental se producen cuando las personas con una enfermedad mental aceptan las creencias de desprestigio (estereotipos) a través de la interiorización. En este sentido, se acepta que este estigma interiorizado es más complejo en cuando este fenómeno se refiere a los estereotipos negativos acerca de la salud mental (ej.: peligrosidad, incompetencia e imposibilidad para la recuperación) y son aceptados e incorporados en la identidad de las personas que han sido diagnosticadas (Ritsher et al., 2003)(Corrigan et al., 2012).

Al mismo tiempo, el auto-estigma o estigma interiorizado en personas con enfermedad mental se caracteriza por una subjetiva percepción de devaluación, marginación, aislamiento, secretismo y vergüenza (Boyd et al., 2014) y se ha formulado que si el auto-estigma persevera, los efectos negativos en la persona con enfermedad mental puede ser una de las mayores barreras para su recuperación (Yanos et al., 2011). Igualmente, aunque algunas personas con enfermedades mentales graves internalizan el estigma y sufren en su autoestima y autoeficacia, el estigma interiorizado, sin embargo, no parece ser algo inevitable.

En tal sentido, otra característica a tener en cuenta es que, no todas las personas incluidas en un grupo estigmatizado sufren necesariamente ese estigma en sí mismos (Corrigan & Rao, 2012) pero, algunas personas de estos grupos si presentan altos niveles de estigma interiorizado. Además, la profundidad del estigma interiorizado parece depender de si las personas son conscientes y están de acuerdo con estas actitudes estereotipadas y luego se aplican esos estereotipos a sí mismas, como decíamos anteriormente, tales aplicaciones personales, también, parecen socavar el sentido de autoestima y autoeficacia de la persona.

2.2.3. Estigma Interiorizado y Trastorno Mental

Algunos estudios han mostrado que el estigma interiorizado de las personas con enfermedades mentales se asocia con una menor seguimiento del tratamiento y con resultados más pobres (Corrigan & Rao, 2012) (Fung et al., 2010) (Carrara & Ventura, 2018). En concreto, en pacientes con esquizofrenia se ha visto que la severidad del trastorno y un mayor número de reingresos hospitalarios se asocia con un mayor estigma interiorizado (Vrbova et al., 2016) por el contrario, tener una red de amigos y recibir tratamiento en la comunidad se asocian a una mayor resistencia al estigma (Sibitz et al., 2011). A su vez, en pacientes con trastorno bipolar también se encontraron asociaciones negativas entre el estigma interiorizado y el deterioro social, adaptación social y la autoestima y aunque parece que la relación no es tan consistente con otras variables clínicas, se ha visto una asociación positiva con síntomas depresivos (Ellison et al., 2013). Así mismo, otro aspecto de interés sobre el auto-estigma en personas etiquetadas como enfermos psiquiátricos radica en su asociación con la ideación suicida. Se ha visto que el stress producido por el auto-estigma se ha asociado con la ideación suicida a través del aislamiento social. Aunque, las vías que subyacen en la explicación de cómo interactúan los diferentes componentes no está clara (Oexle et al., 2018).

Igualmente, se ha visto una correlación significativa entre el estigma interiorizado y la adherencia al tratamiento, asociándose altos niveles de auto-estigma en la interrupción no indicada del tratamiento y observándose esto en los diferentes grupos diagnósticos (Kamaradova et al., 2016). Esta asociación negativa también se ha visto entre el insight cognitivo y el nivel subjetivo de calidad de vida (Jong-Hoon Kim et al., 2015), así como un mayor nivel de estigma interiorizado a medida que los pacientes desarrollan un mayor insight de su enfermedad (Mishra et al., 2009). En este sentido, se ha identificado el estigma internalizado como un mediador parcial de la relación entre los déficits cognitivos auto-percibidos y la calidad de vida (Shin et al., 2016). Al mismo tiempo que se ha sugerido que el efecto del estigma internalizado en la

esperanza y la calidad de vida pueden estar estrechamente relacionado con los niveles de autoestima (Mashiach-Eizenberg et al., 2013). En consecuencia, un alto nivel de estigma interiorizado contribuye a que las personas con enfermedades mentales pueden decidir no participar en las oportunidades que favorezcan el trabajo, la vivienda y otras aspiraciones personales (Corrigan et al., 2009), disminuyendo, de forma importante, sus opciones de mejorar su calidad de vida.

2.3. Experiencia del paciente

2.3.1. Introducción

Las evaluaciones de los resultados de los proveedores de salud generalmente, han sido diseñadas a partir de la perspectiva de los profesionales de la salud. Sin embargo, actualmente las percepciones de los usuarios son cada vez más relevantes especialmente si consideramos el grado en que dichas opiniones pueden diferir de las opiniones de los profesionales y de los servicios. Por ello, las percepciones de los usuarios se han convertido en una medida relevante en la evaluación y mejora de la calidad en la atención de salud (Hendriks et al., 2001)(Gonzalez et al., 2005)(van Campen et al., 1995)(Paludetto et al., 2015) (Everall et al., 2019) .

En este sentido, la búsqueda de fuentes de información fiables se ha convertido en un objetivo relevante para servicios y profesionales. Como resultado, se han visto diferentes formas de recoger la información que el paciente puede reportar como, escalas que miden el bienestar físico y mental, encuestas de satisfacción sobre la experiencia del paciente o quejas y reclamaciones que recogen el malestar de los pacientes cuando los resultados no cumplen sus expectativas (Schlesinger et al., 2015).

En este mismo contexto, la opinión recogida aporta valor cuando esta está formulada desde el punto de vista del paciente y puede entonces, convertirse en un aspecto relevante de la evaluación del sistema de cuidados y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de la atención real y percibida (Schlesinger et al., 2015)(Laurent Boyer et al., 2013)(Laine & Davidoff, 1996). Las opiniones de los usuarios son una valiosa fuente de información que debe considerarse en el intento de mejorar los programas terapéuticos, podrían llegar a ser útiles en la predicción de la asistencia sanitaria y de los usos futuros de los servicios. Además, invitar a un usuario del sistema de salud a evaluar su experiencia, sin duda, contribuirá a su empoderamiento (Caqueo-Urizar et al., 2016)(Graham et al., 2005)(Bowersox et al., 2013)(Siu et al., 2016)(Petkari & Pietschnig, 2015).

2.3.2. Experiencia del paciente y Salud Mental

En entornos sanitarios no psiquiátricos, las habilidades clínicas y habilidades interpersonales de los profesionales del equipo terapéutico, el entorno del servicio, el suministro de información, la participación del paciente, y la coordinación de la atención son las características que generalmente se evalúan (Laine et al., 1996)(Nair et al., 2002). A este respecto, se ha visto que las habilidades clínicas de los profesionales son consideradas como la característica más importante tanto por los profesionales como por los pacientes. Además, habilidades interpersonales como tener relaciones sólidas con los profesionales, cuidado empático o continuidad de la atención son valorados de igual manera por los pacientes (Schlesinger et al., 2015). Curiosamente, la calidad y disponibilidad de la información parece ser crucial para los pacientes, mientras que es considerada como mucho menos importante por los profesionales (Epstein et al., 1996)(Biglu et al., 2017). Desafortunadamente, estudios similares son escasos en el campo de los proveedores de atención de salud mental (Bjertnaes et al., 2015)(Bjorngaard et al., 2007). Aunque, se han realizado proyectos de la mejora de la calidad de los cuidados en salud mental en algunos países (Fisher et al., 2013)(Herbstman & Pincus, 2009)(Gaebel et al., 2009) y más recientemente propuestas de medidas estandarizadas sobre la experiencia del paciente para que, de esta manera, puedan ser utilizados también en la comparación entre servicios (Fernandes et al., 2019).

2.3.3. Características de los instrumentos de medida de la experiencia del paciente en Salud Mental

En la actualidad existen algunos instrumentos genéricos diseñados para medir la satisfacción de pacientes hospitalizados que también se han utilizado en las salas de psiquiatría. Aunque, algunos autores minimizan tanto la potencial influencia del "sesgo de expectativa", como las preocupaciones de los pacientes con la sintomatología psiquiátrica y los trastornos cognitivos (Reininghaus & Priebe, 2012)

otros, defienden que a pesar de que estas medidas genéricas son útiles y permiten comparaciones entre hospitales o entre las salas de un hospital, podrían no ser las más apropiadas para las personas hospitalizadas en salas psiquiátricas (Bjorngaard et al., 2007). Esto es debido, principalmente, a las diferencias que existen respecto a las expectativas del paciente, ya que estas son bastante exclusivas en las salas de salud mental. Así mismo, una revisión de varias herramientas autoinformadas utilizadas para medir la satisfacción de pacientes psiquiátricos hospitalizados (L. Boyer et al., 2009) concluyeron que, los futuros instrumentos de satisfacción deberían estar basados en la generación de ítems basado exclusivamente en el punto de vista del paciente, un proceso de validación con una gran muestra representativa de la población y la combinación de enfoques genéricos (cuestionario central) y específicos (adicionales). Por todo ello, creemos que es necesario poder contar con una herramienta en el idioma español que, confeccionada desde el punto de vista del paciente, valore su experiencia en las unidades de ingreso hospitalario psiquiátrico.

2.4. Recuperación en Salud Mental

2.4.1. Concepto de Recuperación

Los trastornos mentales graves han sido históricamente vistos como enfermedades crónicas degenerativas con pocas perspectivas de mejora o recuperación. A partir de la década de los 80 y debido principalmente a la movilización de los usuarios y el apoyo de entidades públicas, este concepto negativo de recuperación fue cambiando, provocando también cambios en las perspectivas políticas y de salud pública hasta llegar a reconocer, cada vez más, que la recuperación no solo es posible, sino que incluso puede ser común. Este cambio dio lugar al desarrollo de nuevos conceptos diferenciados como el de recuperación clínica, recuperación social y/o recuperación personal, en los que se propone una vida desarrollada desde la vertiente individual aún con la presencia de síntomas (Bellack, 2006)(Slade et al., 2008).

En diferentes estudios sobre la recuperación en psiquiatría se observa tanto la complejidad que existe para la concreción del concepto como para la diferencia de criterios a la hora de definirlo. Como muestra de esta complejidad sirvan los siguientes ejemplos, en 2012 se publicó un meta-análisis (Jaaskelainen et al., 2013) en el que se estudiaron individuos con esquizofrenia y psicosis relacionadas las cuales cumplieron con los criterios de recuperación, tanto en la clínica como en los dominios sociales así como en su asociación con variables socio-económicas. Para ello, utilizaron una definición multidimensional de recuperación en la que requerían que las personas deberían haber sido recuperadas tanto clínicamente como socialmente. Los criterios utilizados incluyeron al menos 2 dominios, uno relacionado con la remisión clínica y otro relacionado con un resultado de funcionamiento social, junto con la prolongación de buenos resultados durante un mínimo de 2 años. En otro meta-análisis (Hegarty et al., 1994), basado en 320 estudios publicados entre 1895 y 1992, se reconoció que los estudios incluidos utilizaron métodos ampliamente diferentes para asignar a los sujetos a la categoría de buen resultado. En otra revisión sistemática (Menezes et al., 2006), sobre los primeros episodios de psicosis basado

en 37 estudios, observaron que los resultados fueron definidos en categorías como “bueno” o “pobres” siendo definidos de forma variable con una heterogeneidad significativa en las definiciones. A su vez Warner analizó un seguimiento de 114 estudios publicados entre 1904 y 2000, para examinar la recuperación en la esquizofrenia, definió la recuperación como una recuperación completa (pérdida de síntomas psicóticos y retorno al nivel de funcionamiento previo a la enfermedad) y recuperación social (independencia económica y residencial y baja disrupción social) (Jaaskelainen et al., 2013). Como se puede apreciar se manifiesta la existencia de diferencias importantes tanto en la definición del concepto de recuperación como en la interrelación multidimensional de los factores que intervienen.

Así mismo, en la interpretación que realizan los agentes implicados sobre el concepto de recuperación también se observan diferentes puntos de vista: la visión de los profesionales, la visión de los consumidores de servicios y la visión de los mismos servicios. Estos planteamientos expresan, por lo general, puntos de vista diferentes aunque también se aprecia complementariedad. En 2017 una revisión que analizó el significado de recuperación y los factores que influyeron sugirió que tanto usuarios, como profesionales como servicios tienen visiones diferentes en relación al concepto. Los profesionales buscaban resultados en la ausencia de síntomas i/o mejora en la función comunitaria mientras que los usuarios, en general, tuvieron una visión de proceso multidimensional de transformación, orientados a encontrar un significado a su vida. Al mismo tiempo, entre los variados factores que influyeron positivamente en la recuperación adquirieron especial importancia las buenas relaciones familiares, el tratamiento, gestión de las crisis, soporte espiritual, la conectividad, las relaciones y el soporte social. Entre los factores negativos, los usuarios incidieron en el estigma que acompaña a la enfermedad mental como elemento que hace disminuir su autoestima, a su vez el ser juzgado como un individuo disfuncional e incapaz de desarrollar una vida significativa en comunidad también, les conduce al desenpoderamiento. Así mismo, se describieron otras barreras para la recuperación

como son la falta de herramientas para el manejo y/o la coerción, elementos que promueven la dependencia y el miedo (Jacob et al., 2017) (Jahn et al., 2020).

En consecuencia, considerar la visión y las expectativas de los usuarios de los servicios de salud mental, es fundamental, para entender la recuperación como un proceso que se caracteriza por la consecución de pequeñas metas y no únicamente como un resultado. Este proceso contempla la trayectoria vital de la persona desde la participación en actividades cotidianas, rutinas y procesos de vida como el empleo pasando por el derecho a viviendas dignas, oportunidades de educación e integración comunitaria. Así como un sistema de salud mental humano y empoderado que estimule la elección, la autonomía (Drake & Whitley, 2014) y la toma de decisiones compartida (Drake, 2017). En este sentido, algunos autores hablan de recuperación social y es donde estos factores toman una mayor importancia (Ramon, 2018)

3. Planteamiento del Estudio

3.1. Introducción

En el presente estudio se analizan diversos aspectos relacionados con la valoración personal que realiza del paciente hospitalizado en unidades de agudos de psiquiatría como son la autoestima, estigma interiorizado, la resistencia al estigma y la valoración de la experiencia de la hospitalización y está situado en un momento crucial del proceso de recuperación del paciente como es el alta hospitalaria.

Por ello, nos planteamos algunas preguntas a las que intentamos dar respuesta a lo largo de la tesis:

En pacientes hospitalizados en unidades de agudos psiquiátricas:

1. ¿Podemos disponer de un instrumento adecuado que mida la experiencia del paciente hospitalizado?
2. ¿Existe relación entre la valoración de la experiencia del ingreso hospitalario y las características socio-clínicas de los pacientes?
3. ¿Qué niveles de autoestima y estigma interiorizado presentan los pacientes al alta del ingreso hospitalario?
4. ¿Cuál es el nivel de resistencia delante del estigma de la enfermedad psiquiátrica?
5. ¿Puede condicionar los diferentes niveles de autoestima y de estigma interiorizado que presenta el paciente en el alta una valoración negativa de la experiencia del ingreso hospitalario?
6. ¿Existe relación entre la autoestima, el estigma interiorizado con la resistencia de estigma?
7. ¿Pueden influir la autoestima con el estigma interiorizado en el proceso de recuperación?

3.2. Hipótesis

Para el desarrollo del estudio partimos de las siguientes hipótesis de trabajo:

H₍₁₎: La escala Satispsy-22-E (escala que mide la experiencia del paciente hospitalizado en unidades de agudos de psiquiatría) presentará resultados de fiabilidad y validez equiparables a los resultados obtenidos por los autores de la escala original.

H₍₂₎: Existen características socio-demográficas y clínicas del paciente que influyen en la valoración de la experiencia sobre ingreso en las unidades de agudos de psiquiatría.

H₍₃₎: Los pacientes con bajo nivel de autoestima valoran más negativamente la experiencia del ingreso hospitalaria en las unidades de agudos psiquiátricas.

H₍₄₎: Existen características socio-demográficas y clínicas del paciente que influyen en la autoestima de los pacientes ingresados las unidades de agudos de psiquiatría.

H₍₅₎: La autoestima está asociada al estigma interiorizado y resistencia al estigma en los pacientes ingresados en unidades de agudos de psiquiatría.

H₍₆₎: La autoestima se correlaciona negativamente con el estigma interiorizado y positivamente con la resistencia al estigma en los pacientes ingresados en las unidades de agudos de psiquiatría.

H₍₇₎: Niveles de la baja autoestima y estigma interiorizado están presente en al menos el 20% de los pacientes de las unidades de agudos psiquiátricas al alta.

H₍₈₎: Niveles de baja resistencia al estigma están presentes en al menos el 20% de los pacientes de las unidades de agudos psiquiátricas al alta.

H₍₉₎: Los niveles de autoestima y estigma interiorizado pueden afectar al proceso de recuperación.

3.3. Objetivo General de la Tesis:

Estudiar la relación que existe entre la autoestima, el estigma interiorizado, resistencia al estigma y la valoración de la experiencia del paciente al alta de las unidades de agudos de psiquiatría hospitalaria.

Para poder llevar a cabo esta investigación nos planteamos la realización de dos estudios.

3.3.1. Objetivos del primer estudio

3.3.1.1. Objetivo general

Validar un instrumento fiable y válido que permita medir la experiencia del paciente durante el ingreso hospitalario en las unidades de agudos de psiquiatría.

3.3.1.2. Objetivos específicos

1. Realizar una adaptación cultural/traducción de la escala
2. Estudiar la fiabilidad de la escala
3. Estudiar la validez de la escala
4. Estudiar la estructura factorial de la escala realizando un análisis factorial confirmatorio
5. Estudiar la asociación de la experiencia del ingreso con las variables socio-demográficas y clínicas

3.3.2. Objetivos del segundo estudio

3.3.2.1. Objetivo general

Analizar la autoestima, el estigma interiorizado, la resistencia al estigma y la experiencia del ingreso hospitalario al alta, en pacientes que han ingresado en unidades de agudos de psiquiatría.

3.3.2.2. Objetivos específicos

1. Analizar las correlaciones entre la autoestima y las variables socio-demográficas y clínicas.
2. Analizar las correlaciones entre la autoestima, el estigma interiorizado, la resistencia al estigma y la experiencia en el ingreso del paciente.
3. Analizar la variabilidad entre el nivel de autoestima y el estigma interiorizado, la resistencia al estigma y la experiencia en el ingreso del paciente.
4. Analizar la asociación ente la autoestima y el estigma interiorizado, la resistencia al estigma y la experiencia en el ingreso del paciente

4. Método

La presente tesis está formada por dos estudios:

En el primer estudio se realizó una adaptación trans-cultural de una escala francesa, Satispsy 22, que mide la satisfacción del paciente ingresado en salas de agudos de psiquiatría. Así mismo, llevamos a cabo un estudio de las propiedades métricas de la escala tanto de su fiabilidad como de su validez. Por último, realizamos un estudio sobre la asociación que existe entre la valoración de la experiencia de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátricas y sus características socio-demográficas y clínicas.

En el segundo estudio se llevó a cabo un estudio de campo sobre la prevalencia de la autoestima entre los pacientes dados de alta de las unidades de agudos de psiquiatría, sus relaciones sociodemográficas y clínicas y su asociación con el estigma internalizado, la protección delate de estigma y la satisfacción del usuario con la experiencia del ingreso hospitalario.

Debemos remarcar que, todos los pacientes que participaron en ambos estudios fueron informados y firmaron el consentimiento. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Parc de Salut Mar de Barcelona (PSMAR) (2015/6531/1).

Por último, señalar que los dos estudios fueron publicados en las revistas científicas, *Psychiatry Resarch* y *Journal of Psychiatry* (Anexo 1) y *Psychiatric Disorders* (Anexo 2).

4.1. Estudio 1

4.1.1. Participantes

Este primer estudio se llevó a cabo en Barcelona, en unidades de agudos del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) del Parc de Salut Mar (PSMAR). El INAD

ofrece servicios psiquiátricos atención a varias zonas de Barcelona (zonas norte y litoral), reuniendo un área de influencia de adultos de 594.000 individuos.

La muestra del presente estudio se obtuvo en varias salas de hospitalización, cuatro unidades de agudos (n= 203), una unidad de patología dual (n = 47) y dos unidades de subagudos (n = 18). La muestra final del estudio estuvo compuesta por 268 pacientes dados de alta (n = 268) entre mayo y octubre de 2016. Las características de la muestra se detallan en la Tabla 1.

Los profesionales asistenciales ofrecieron a los pacientes ingresar en el estudio cuando se iba a producir el alta hospitalaria. Se obtuvo el consentimiento informado firmado. La escala Satispsy-22-E fue administrada el día del alta por enfermeras no relacionadas con la atención del paciente.

4.1.2. Instrumento

El cuestionario Satispsy-22 (Anexo 3) fue desarrollado recientemente en Francia, por Zendjidjian y colaboradores (2015) con el objetivo de medir la satisfacción de pacientes ingresados en salas psiquiátricas. Satispsy-22 es un cuestionario específico auto-administrado, confeccionado desde el punto de vista del paciente que sufre un trastorno mental. Así mismo, proporciona un perfil multidimensional en relación con la experiencia durante la hospitalización.

El cuestionario está compuesto por 22 ítems que describen 6 dimensiones relacionadas con la hospitalización: satisfacción con el equipo asistencial (7 ítems), calidad de los cuidados (5 ítems), sentimientos durante la hospitalización (4 ítems), información (2 ítems), actividad (2 ítems) y restauración (2 ítems). La escala también incluye una puntuación total. Tanto las diferentes dimensiones como la puntuación total oscilan entre 0 y 100.

La escala fue diseñada y validada originalmente en francés por Zendjidjian y col. (2015). El estudio original incluyó el análisis del constructo, la fiabilidad y algunos aspectos de la validez externa. La validez de constructo se evaluó mediante el

análisis de factores principales con rotación varimax. Esto determinó la estructura final y el número de dimensiones independientes. La consistencia interna fue evaluada correlacionando cada ítem con su dimensión estimándola con el coeficiente de Pearson. También se evaluó la validez discriminante. La fiabilidad de cada dimensión se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La unidimensionalidad de cada dimensión fue evaluada por el Análisis de Rasch. La estructura final de SATISPSY-22 mostró una estructura de 6 dimensiones que representó el 75.0% de la varianza total. La validez discriminante se obtuvo a través de correlación de cada ítem con su dimensión que fue mayor que con los demás. Los coeficientes alfa de Cronbach de cada dimensión se situó entre 0,70 y 0,95, indicando una buena fiabilidad (Zendjidjian et al., 2015).

4.1.3. Traducción

Para la traducción de la escala Satispsy-22 del idioma francés al español se realizó una adaptación trans-cultural. Para ello, se siguieron los principios de la International Test Commission. "<https://www.intestcom.org/page/16> (Muniz et al., 2013).

4.1.3.1. Paso 1: Traducción al idioma español

La escala francesa original fue traducida al español tratando de mantener el concepto original y utilizando palabras de lenguaje coloquial en español. Las primeras traducciones español-francés fueron realizadas de forma independiente por dos traductores que además eran profesionales de la salud.

Los profesionales que realizaron la traducción recibieron una explicación con el objetivo de que pudieran contextualizar la experiencia hospitalaria y permitirles así, familiarizarse con el significado conceptual de los ítems. Las discrepancias entre los traductores se resolvieron tras un breve debate. El paso 1 terminó cuando se acordó una única traducción común.

4.1.3.2. Paso 2, Traducción inversa al idioma francés

Un traductor bilingüe cuya lengua materna era el francés retro-tradujo de forma independiente la traducción inicial. El investigador principal revisó estas traducciones y, con la ayuda de los traductores, se aseguró de que la versión en español reflejara el mismo elemento del contenido de la versión original y además fuese conceptualmente equivalente.

4.1.3.3. Paso 3, Expertos

La retro-traducción en francés se envió al autor original de Satispsy-22 con el fin de identificar cualquier discrepancia o error.

4.1.3.4. Versión definitiva

Para evaluar el nivel de comprensibilidad de la traducción e identificar cualquier otro problema que pudiese causar confusión, Satispsy se administró a 10 pacientes hospitalizados. El investigador principal y el autor original revisaron los resultados para obtener el resultado final, la versión Satispsy-22-E (Anexo 4).

4.1.4. Análisis estadístico

La estadística descriptiva de la muestra incluyó frecuencias y porcentajes de variables categóricas, medias y desviaciones estándar de variables continuas. El análisis de fiabilidad se llevó a cabo estimando el Alfa de Cronbach; la escala se consideraría fiable si la el alfa de Cronbach era igual a 0,70 o superior. Para el análisis del test-retest se estimó el coeficiente de correlación entre clases (ICC).

Para el análisis de la consistencia interna y la validez discriminante, se replicó el estudio de la versión original, utilizando el Coeficiente de correlación de Pearson como medida de asociación. Se consideró buena consistencia interna y buena

validez discriminante cuando hubo una mayor correlación con los ítems de la misma dimensión que con el resto de los ítems de la escala.

El análisis de la estructura estuvo basado en la propia estructura utilizada por los autores de la escala original, la estructura factorial se evaluó estimando el análisis factorial confirmatorio (Koch, 2013; Edwards, 2008). Así mismo para evaluar el modelo se estimaron varios indicadores de bondad de ajuste: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSA). Finalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para buscar las relaciones entre las dimensiones del Satipsy-22-E y edad, tiempo de hospitalización y readmisión; así mismo se estimó la prueba de Krustal-Wallis para buscar las relaciones entre las puntuaciones de dimensión del Satispsy-22-E y las variables socio-clínicas: género, nivel educativo, estado civil, estado laboral, unidades, tipo de ingreso, contención, diagnóstico psiquiátrico, abuso de drogas, cantidad de sustancias, alcohol, cannabis, cocaína.

El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico R.

4.2. Estudio 2

4.2.1. Participantes

La muestra del estudio fue reclutada en las diferentes unidades de agudos psiquiatría del INAD-PSMAR de Barcelona (n=311). La muestra final estuvo constituida por 311 pacientes dados de alta (n = 311). Las características de la muestra se muestran en la Tabla 1. Los pacientes fueron invitados a ingresar al estudio por los profesionales asistenciales, se obtuvo el consentimiento informado firmado de todos los participantes. Las escalas fueron administradas por profesionales de enfermería.

4.2.2. Instrumentos

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron en una revisión de las historias clínicas.

La autoestima se evaluó mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Este instrumento es una escala ampliamente utilizada, fue desarrollada originalmente por Rosenberg en 1956 y traducida al castellano por Echeburua en 1995 (<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=206>). Es un instrumento con un único factor que consta de 10 ítems y que se responde utilizando un formato Likert de 4 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. De ellos 5 de los ítems están enunciados positivamente y los otros 5 negativamente. La puntuación final tiene un rango entre 10 y 40. Para el presente estudio se utilizó la versión española validada de la RSES (Morejón et al., 2013).

El estigma internalizado y la resistencia al estigma se midieron mediante la Escala Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), que es una escala de 29 ítems que evalúa el autoestigma en 5 subescalas: alienación, asignación de estereotipos, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma. Todos los ítems se responden utilizando un formato de escala Likert de 4 puntos que va desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. La ISMI produce una puntuación resultante para cada subescala, así como una puntuación total. Diversas investigaciones han sugerido que la subescala de “resistencia al estigma” es conceptualmente diferente a las otras subescalas. Por esta razón, la resistencia al estigma (RS) se considera un constructo separado del autoestigma (Boyd et al., 2014).

La experiencia del paciente se evaluó mediante el cuestionario Satispsy-22-E. Es una escala específica y auto-administrada basada en la perspectiva del paciente psiquiátrico y proporciona un perfil multidimensional en relación a la satisfacción durante la hospitalización. Contiene 22 ítems que describen 6 dimensiones relacionadas con la hospitalización: Equipo terapéutico, calidad de los cuidados, Sentimientos durante la hospitalización, información, actividad y restauración.

Satispsy-22-E también incluye una puntuación de índice total. Tanto las diferentes dimensiones como las puntuaciones totales del índice oscilan entre 0 y 100 [16]. La versión en español utilizada en este estudio fue validada por Frías et al. (Frías et al., 2018).

4.2.3. Análisis estadístico

La estadística descriptiva incluye frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como media y desviaciones estándar para las variables continuas. Adicionalmente, la autoestima se transformó en una variable dicotómica, igual o menor a 25 (nivel bajo) y por encima de 25 (nivel medio-alto). Se realizó también, un análisis de regresión logística para describir las relaciones entre la autoestima y características socio-clínicas. Así mismo, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para describir las correlaciones entre la autoestima y el estigma internalizado (y sus subescalas), así como la resistencia al estigma y la satisfacción del paciente hospitalizado (y sus subescalas). Para comparar medias y detectar diferencias entre el estigma internalizado, la resistencia al estigma y la satisfacción del paciente hospitalizado, y los dos niveles de autoestima: alto-medio y bajo se realizó el análisis de la varianza (ANOVA). Con el objetivo de establecer variables asociadas a la autoestima, nuestra variable dependiente, se aplicaron modelos de regresión logística a las siguientes variables independientes: (1) ISMI y (2) sus cuatro subescalas; (3) Resistencia al estigma; (4) Satispsy-22-E y (5) las seis subescalas de Satispsy-22-E. Para todos los análisis, el nivel de significación estadística se definió como inferior a 0,05.

Los análisis de datos se realizaron utilizando el software estadístico R.

5. Resultados

5.1. Resultados estudio 1

5.1.1. Estudio de las propiedades métricas de Satispsy-22-E

5.1.1.1. Características Sociodemográficas y clínicas

Las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes mostraron que el 46% fueron mujeres y la media de edad de 46 años. En relación al estado civil el 56% eran solteros(as) y solo el 19% estaban casados(as). A su vez, en el nivel de educación el 60% solo había realizado estudios primarios y el 21% declararon tener empleo. Igualmente, los datos clínicos mostraron que los principales diagnósticos presentes fueron esquizofrenia 30% y trastorno bipolar 22% además el 38% presentaba consumos de tóxicos. Por último, en relación a los ingresos hospitalarios el 58% fueron involuntarios, con una media de 28 días de ingreso, el 12% se les administró contención mecánica y el 40% presentaban ingresos previos. Las principales características se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los pacientes (n=268)

	n (%)
Características sociodemográficas	
Género	
Femenino	124(46,3)
Edad (M,DS)	
	46(14,82)
Estado civil	
Soltero	151(56,34)
Separado, divorciado	54(20,4)
Casado	52(19,4)
Viudo	11(4,1)
Nivel educativo	
Estudios primarios	162(60,4)
Estudios secundarios	75(28)
Estudios universitarios	31(11,6)
Situación laboral	
Empleado	58(21,6)
Desempleado	80(29,9)
Pensionista	123(45,9)
Estudiante	7(2,6)
Unidades	
Agudos	203(75,74)
Patología dual	47(17,53)
Subagudos	18(6,71)
Diagnóstico psiquiátrico	
Trastorno Esquizofrénico	81(30,22)
Trastorno Depresivo	38(14,17)
Trastorno Bipolar	60(22,38)
Otras psicosis no orgánicas	33(12,31)
Otros diagnósticos	56(20,89)
Abuso drogas	
Si	101(37,7)
Tipo de ingreso	
Involuntario	155(57,83)
Contención mecánica	33(12,3)
Días de hospitalización M (min-max)	28 (2-390)
Nº de Reingresos	
Ninguno	106(39,6)

^a Diagnóstico psiquiátrico definido por la clasificación internacional de enfermedades (ICD-9)

^b Trastorno de personalidad, ansiedad, drogodependencia, abuso no dependiente, reacción de adaptación, alteración de la conducta

5.1.1.2. Fiabilidad

El análisis de fiabilidad estudió la consistencia interna (alfa de Crombach's) y la estabilidad (test-retest),

La consistencia interna de la escala Satispsy-22-E mostro 0,886 en su índice total, este resultado puede interpretarse como de una buena fiabilidad interna para toda la escala, Asimismo, todas las dimensiones de la escala mostraron una buena consistencia interna en un rango de puntuaciones que va desde 0,722 a 0,919, Todos los coeficientes alfa de Crombach tanto para cada dimensión como para el índice total se muestran en la Tabla 2, Asimismo, y para contextualizar mejor los resultados del Satispsy-22-E, en la Tabla 2 también se incluyen los resultados de fiabilidad de la versión original en francés,

Tabla 2 Análisis de fiabilidad alfa Cronbach's

Dimensión (ítem)	Satispsy-22 (Zendjidjian et al,)	Satispsy-22-E (Frias et al,)
Equipo terapéutico (7)	0,95	0,919
Calidad de los cuidados (5)	0,92	0,833
Sentimientos hospitalización (4)	0,81	0,735
Información (2)	0,85	0,865
Actividades (2)	0,88	0,892
Restauración (2)	0,7	0,722
Índice Total (22)	ND	0,886

NR: No apporto resultados

El análisis de estabilidad mostró que el resultado test-retest también ofrece puntuaciones en un rango de 0,752 a 0,951 para cada una de sus dimensiones y para el índice total, mostrando de esta manera buena estabilidad en la medición en todas las dimensiones de Satispsy-22-E, Los resultados de esta prueba se ofrecen en la tabla 3,

Tabla 3, Características dimensiones del SATISPSY-22-E

Dimensión /índice (ítems)	M (DS) ^a	consistencia interna (min-max)	validez discriminante (min-max)	Inferior (%)	Superior (%)	Test-Retest
Equipo terapéutico (7)	87(15,6)	0,51-0,73	0,12-0,52	1,55	59,17	0,864
Calidad de los cuidados (5)	81,9(17,1)	0,40-0,59	0,09-0,52	2,54	47,16	0,861
Sentimientos hospitalización (4)	49,9(26,9)	0,30-0,66	0,04-0,37	24,91	19,68	0,865
Información (2)	68,9(27,7)	0,73-0,73	0,04-0,35	8,96	27,43	0,752
Actividades (2)	58,7(30,7)	0,81-0,81	0,17-0,41	10,07	23,69	0,778
Restauración(2)	73,3(25,3)	0,59-0,59	0,04-0,36	5,04	36,94	0,951
Índice Total (2)	69,9(15,6)	ND	ND	7,78	41,13	0,934

ND: no disponible,

^aM (DS): media (desviación estándar),

5.1.1.3. Consistencia Interna

En relación con la consistencia interna de los ítems, las correlaciones de los ítems de las 4 dimensiones: "equipo asistencial", "información", "actividades" y "comida" se sitúan por encima del estándar de 0,4 (Carey y Seibert, 1993). En 2 dimensiones: "calidad de cuidados" y "sentimientos durante la hospitalización" - algunas correlaciones fueron menores. En "calidad de cuidados", el ítem 7 "mi enfermedad ha sido tratada correctamente" puntuó más alto con los ítems de la dimensión "equipo

terapéutico” que con el ítem 18 “considero que mi actual estado de salud es mejor que cuando ingresé” de su misma dimensión, aunque el resto de las correlaciones fueron mayores con el resto de ítem de la misma dimensión. En la dimensión "sentimientos durante la hospitalización", los ítems 2 “me he sentido estresado/a, angustiado/a en la unidad” y 4 “me he sentido solo/a, aislado/a” puntuaron menos de 0,4 en la correlación con los ítems de la misma dimensión, aunque en el ítem 2 estas correlaciones fueron superiores que con el resto de elementos de la escala. En general se puede considerar que Satispsy-22-E tiene una consistencia interna satisfactoria. La correlación de cada ítem con los ítems de su correspondiente dimensión fue en general superior a la correlación con otros ítems de la escala mostrando, de esta manera, un poder de discriminación aceptable (Tabla 3),

5.1.2. Análisis Factorial

5.1.2.1. Análisis Factorial Confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio se realizó siguiendo el modelo original francés de 22 ítems y 6 dimensiones, este mostró que todos los elementos se cargan en las dimensiones estimadas de la escala original siendo estas significativas ($p < 0,001$) (Tabla 4),

Tabla 4 Satispsy-22-E, Análisis factorial confirmatorio

Dimensión / Ítem	Nº Ítem	Estimación	p-valor	IC,inferior	IC, Superior
Equipo Asistencial					
Me ha parecido que el personal asistencial estaba disponible cuando lo necesite	5	0,654	<0,001	0,547	0,761
He confiado en el equipo asistencial	8	0,747	<0,001	0,647	0,848
Considero que el equipo asistencial ha sido respetuoso	10	0,789	<0,001	0,69	0,888
Me ha parecido que el equipo asistencial estaba a mi disposición	12	0,81	<0,001	0,711	0,909
Considero que el equipo asistencial estaba atento a mis necesidades	17	0,804	<0,001	0,706	0,902
Considero que el equipo asistencial me ha ayudado	20	0,692	<0,001	0,589	0,794
Me ha parecido que el equipo asistencial era competente	22	0,709	<0,001	0,606	0,812
Calidad de Cuidados					
Mi enfermedad ha sido tratado correctamente	7	0,745	<0,001	0,637	0,852
He recibido un buen tratamiento	21	0,691	<0,001	0,585	0,798
Mi tratamiento ha sido el adecuado	9	0,786	<0,001	0,682	0,889
Considero que mi estado de salud actual es mejor que cuando ingresé	18	0,54	<0,001	0,425	0,655
Mi estancia ha sido positiva y beneficiosa	14	0,581	<0,001	0,472	0,69
Sentimientos durante la hospitalización					
Me he sentido estresado/a angustiado/a en la unidad	2	0,431	<0,001	0,309	0,552
Me he sentido solo/a, aislado/a	4	0,346	<0,001	0,231	0,462
Me he sentido encerrado/a	15	0,897	<0,001	0,776	1,018
Me he sentido con falta de libertad	19	0,693	<0,001	0,575	0,81
Información					
He sido informado de cómo iba a desarrollarse mi estancia en la unidad	1	0,883	<0,001	0,756	1,011
He sido informado sobre el funcionamiento de la unidad	11	0,698	<0,001	0,577	0,819
Actividades					
Me ha parecido que había suficientes actividades y entretenimiento en la unidad	3	0,859	<0,001	0,749	0,97
Me ha parecido que las actividades propuestas eran suficientemente variadas	13	0,736	<0,001	0,622	0,851
Restauración					
Considero que la cantidad de alimentos en las comidas era suficiente	16	0,744	<0,001	0,606	0,882
Considero que la alimentación era de buena calidad	6	0,748	<0,001	0,61	0,886

5.1.2.2. Bondad de Ajuste

Las medidas de ajuste mostraron, en general, un ajuste bastante bueno. En particular, el error cuadrático medio (RMSE) mostró que el error entre los datos observados y los reales son pequeños y aceptables, a la vez se observa el valor p ($p = 0,141$) muestra que el modelo no debe ser rechazado (Tabla 5). Se puede concluir que el modelo elegido acomoda los datos de manera aceptable.

Tabla 5 Indicadores de bondad de ajuste

	Valor	IC	p-valor
Comparative Fit Index (CFI)	0,727		
Tucker-Lewis Index (TLI)	0,675		
Root Mean Square Error (RMSEA)	0,056	0,047-0,065	0,141

5.1.3. Asociación de la experiencia del ingreso con las variables socio-clínicas

En el estudio sobre la asociación entre la experiencia y las variables socio-clínicas (tabla 6), se observó que las mujeres puntuaban más alto que los hombre en relación a la “información” ($p = 0,034$), también los pacientes con un nivel de educación básico puntuaba más altos tanto en la dimensión “sentimientos durante la hospitalización” ($p = 0,05$) como en “actividades” ($p = 0,036$). Los pacientes ingresados en patología dual puntuaban más alto en “calidad de los cuidados” ($p = 0,006$) en cambio los pacientes ingresados en subagudos puntuaban mejor en “información” ($p = 0,011$), “actividades” ($p = 0,000$) así como en el “índice total” ($p = 0,007$). En relación a los diagnósticos psiquiátricos también se observó que los pacientes diagnosticados como trastorno bipolar y depresión puntuaban más altos en “sentimientos durante la hospitalización” y solo las depresiones lo hacían en “información” ($p = 0,01$).

En el estudio sobre la asociación de la experiencia y el consumo de tóxicos se observó que los pacientes que presentaron a abuso a diferentes sustancias valoraron mejor al “equipo terapéutico” ($p = 0,038$), “calidad de los cuidados” ($p = 0,028$) y “actividades” ($p = 0,015$) en relación a los que no presentaban este consumo, También se vio que aquellos que consumían una única sustancia valoraban mejor la “información” ($p = 0,023$) y “actividades” ($p = 0,047$). En relación a las sustancias consumidas aquellos que consumían alcohol valoraban mejor su experiencia en relación al “equipo terapéutico” ($p = 0,045$), “calidad de los cuidados” ($p = 0,020$), “actividades” ($p = 0,013$) “restauración” ($p = 0,018$) y el índice total ($p = 0,018$); los pacientes consumidores de cannabis puntuaron mejor en “actividades” ($p = 0,025$) y los que consumían cocaína puntuaron mejor en “sentimientos durante la hospitalización” ($p = 0,056$), “información” ($p = 0,01$) y “restauración” ($p = 0,005$) (Tabla7),

Tabla 6 Asociación entre las dimensiones/índice total de puntuación de Satispsy-22-E y las variables socio-demográficas y clínicas

		Equipo terapéutico	Calidad cuidados	Sentimientos hospitalización	Información	Actividad	Restauración	Índice total
	N	M(DS)						
Genero								
Masculino	144	87,13(14,61)	81,88(18,21)	52(26,22)	66,15(28,81)	59,2(29,97)	74,74(24,62)	70,18(15,51)
Femenino	124	87,36(16,34)	82,38(15,68)	47,13(27,45)	72,58(26,18)	58,67(31,69)	72,28(25,33)	70,07(15,45)
P		0,597	0,972	0,128	0,034	0,967	0,409	0,719
Estado civil								
Soltero	151	86,9(16,08)	81,52(18,06)	50,5(25,31)	68,13(27,94)	60,84(30,4)	76,9(22,63)	70,8(15,67)
Separado, divorciado	54	90,48(11,48)	85,09(14,81)	48,03(28,75)	70,37(30,65)	56,48(30,69)	69,44(28,39)	69,98(14,52)
Casado	52	84,48(17,37)	79,81(17,29)	48,68(27,49)	70,91(25,45)	53,85(32,23)	66,11(27,15)	67,3(15,57)
Viudo	11	88,96	86,36(8,97)	52,84(37,12)	68,18(23,29)	69,32(26,44)	84,09(14,89)	74,96(16,26)
P		0,222	0,316	0,098	0,674	0,333	0,028	0,569
Nivel educativo								
Estudios primarios	162	87,57(15,9)	82,56(18,15)	52,85(27,12)	68,36(29,26)	62,27(31,11)	72,61(27,25)	71,04(16,45)
Estudios secundarios	75	85,38(15,77)	82,2(10,37)	43,17(24,81)	70,33(23,77)	56,17(29,02)	74,33(19,91)	68,68(13,13)
Estudios universitarios	31	89,98(11,2)	79,52(23,39)	49,4(28,15)	70,16(29,35)	48,39(30,57)	77,02(23,52)	69,08(15,39)
P		0,225	0,363	0,05	0,922	0,036	0,655	0,239
Situación laboral								
Empleado	58	84,61(20,36)	80,09(20,03)	48,38(29,14)	63,15(30,02)	51,72(29,93)	76,29(23,5)	67,37(16,99)
Desempleado	80	87,1(14,54)	82,75(16,67)	47,19(25,31)	72,03(27)	57,34(28,87)	73,44(25,5)	69,97(15,56)
Pensionista	123	88,41(13,28)	82,36(15,85)	51,63(26,96)	69,72(27,49)	63,31(32,08)	72,36(25,67)	71,3(14,73)
Estudiante	7	89,8(12,45)	87,14(16,8)	57,14(24,05)	75(16,14)	60,71(25,44)	75(19,09)	74,13(12,88)
P		0,842	0,7165	0,586	0,281	0,088	0,788	0,608
Unidades								
Agudos	203	86,33(15,9)	80,52(13,45)	48,28(26,84)	69,21(30,56)	55,11(30,56)	73,09(29,75)	68,76(14,87)
Patología dual	47	89,33(14,5)	87,72(17,56)	52,93(24,24)	61,97(31,49)	64,1(27,9)	77,13(24,31)	72,28(17,1)
Subagudos	18	90,67(10,69)	85,28(14,01)	57,99(25,84)	86,89(20,51)	88,89(20,51)	70,14(25,84)	79,96(14,01)
P		0,101	0,006	0,347	0,004	0,000	0,254	0,007

Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima, Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia del paciente

Tipo de ingreso								
Involuntario	155	87,72(15,21)	83,06(16,91)	47,86(27,07)	65,4(29,64)	59,35(30,37)	74,76(24,28)	69,69(15,78)
Voluntario	113	86,57(15,72)	80,8(17,24)	52,32(26,47)	74,23(24,16)	58,41(31,31)	72,01(25,84)	70,72(15,05)
P		0,404	0,218	0,172	0,011	0,811	0,41	0,797
Contención								
Si	33	84,63(17,53)	80(18,29)	50,38(27,25)	65,53(32,03)	56,44(33,24)	77,65(24,56)	69,11(18,8)
No	235	87,6(15,09)	82,4(16,89)	49,65(24,25)	69,63(27,15)	59,31(30,41)	73,03(24,99)	70,27(14,97)
P		0,469	0,596	0,886	0,405	0,677	0,262	0,864
Diagnostico psiquiátrico								
Trastorno								
Esquizofrénico	81	85,32(15,11)	82,41(14,12)	46,99(24,49)	70,22(26,26)	62,5(30,04)	74,85(21,96)	70,38(14,13)
Trastorno Depresivo	38	89,85(10,81)	82,89(14,12)	54,77(26,13)	77,63(21,97)	56,91(33,1)	74,01(23,5)	72,68(12,72)
Trastorno Bipolar	60	88,81(17,39)	82,67(21,24)	55,62(26,91)	59,38(32,52)	55,62(29,96)	73,75(27,2)	69,31(17,01)
Otras psicosis no orgánicas	33	86,15(14,53)	81,67(12,85)	39,58(28,2)	62,88(31,01)	54,92(27,23)	70,45(28,44)	65,94(16,21)
Otros diagnósticos	56	87,18(16,76)	80,8(17,24)	50(28,33)	75,89(22,22)	61,16(33)	73,21(25,94)	71,38(16,72)
P		0,1497	0,5615	0,0335	0,0105	0,5071	0,9835	0,5921
Edad: r		0,063	0,059	0,072	0,053	0,123	-0,01	0,099
Días								
Hospitalización: r		0,036	0,012	0,058	0,125	0,157	-0,007	0,113
Nº de Reingresos: r		-0,028	-0,102	0,1	0,042	0,087	-0,138	0,01

M(DS): Media (desviación estándar);

Valores en negrita: P valor<0,05

Tabla 7, Asociación entre las dimensiones / puntuación del índice total de Satispsy-22-E y el abuso de drogas

		Equipo terapéutico	Calidad de cuidados	Sentimientos hospitalización	Información	Actividades	Restauración	Índice Total
	N	M(DS)						
Abuso de drogas								
Si	101	88,58(15,98)	85,98(15,53)	50,37(27,51)	65,35(31,62)	65,22(27,53)	75,12(26,95)	71,44(16,79)
No	167	86,42(15,04)	81,08(17,32)	49,36(26,53)	71,41(24,97)	55,16(31,98)	72,68(23,67)	69,33(14,58)
P		0,038	0,028	0,964	0,292	0,015	0,11	0,136
Número de sustancias								
0	167	86,42(15,04)	80,96(16,43)	49,36(26,53)	71,41(24,97)	55,16(31,98)	72,68(23,67)	69,33(14,58)
1	54	88,56(13,76)	85,93(13)	47,22(26,54)	73,15(25,74)	66,67(27,36)	75(23,16)	72,75(15,51)
>1	47	88,6(18,36)	81,81(22,3)	53,99(28,45)	56,38(35,44)	63,56(27,93)	75,27(31)	69,94(18,21)
P		0,104	0,084	0,487	0,0237	0,047	0,194	0,276
Alcohol								
Si	56	90,56(12,51)	85,98(15,53)	55,13(28,06)	68,3(29,09)	68,3(26,65)	78,35(24,83)	74,44(13,83)
No	212	86,35(16)	81,08(17,52)	48,32(26,42)	69,34(27,46)	56,49(31,3)	72,35(24,87)	68,99(15,69)
P		0,045	0,028	0,145	0,884	0,013	0,044	0,018
Cannabis								
Si	54	88,49(17,52)	82,69(19,37)	52,43(28,69)	64,12(34,09)	67,36(29,08)	74,07(29,43)	71,53(18,35)
No	214	86,92(14,86)	81,96(16,46)	49,07(26,4)	70,39(25,86)	56,83(30,82)	73,48(23,75)	69,77(14,66)
P		0,085	0,362	0,538	0,579	0,025	0,262	0,292

Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima, Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia del paciente

Cocaína

Si	39	88,74(18,96)	82,05(21,88)	58,01(27,24)	54,49(36,55)	63,78(28,93)	78,85(30,91)	70,99(19,53)
No	229	86,98(14,75)	82,12(16,15)	48,34(26,6)	71,62(25,23)	58,13(31)	72,71(23,74)	69,98(14,7)
P		0,11	0,35	0,056	0,01	0,322	0,005	0,292

Opioides

Si	11	86,69(26,78)	75,45(27,15)	43,18(20,44)	53,41(40,73)	64,77(28,4)	77,27(33,46)	66,8(19,3)
No	257	87,26(14,82)	82,39(16,51)	50,02(27,09)	69,8(26,98)	58,71(30,84)	73,44(24,58)	70,27(15,3)
P		0,251	0,428	0,3961	0,25	0,555	0,21	0,663

Otras sustancias

Si	19	85,53(22,19)	79,47(25,98)	42,11(25,59)	44,74(34,69)	59,87(26,54)	73,03(33,4)	64,12(17,82)
No	249	87,36(14,82)	82,31(16,23)	50,33(26,91)	70,98(26,33)	58,89(31,06)	73,64(24,26)	70,59(15,2)
P		0,892	0,757	0,193	0,01	0,991	0,518	0,237

M(DS): Media (desviación estándar);
Valores en negrita: p valor < 0,05

5.2. Resultados estudio 2

5.2.1. Características sociodemográficas y clínicas

Las características socio-clínicas de los pacientes mostraron que los participantes tenían una edad media de 45 años y el 45% eran mujeres. En relación a los datos clínicos los principales diagnósticos presentes fueron esquizofrenia 31% y trastorno bipolar 23%. También, en relación a los ingresos hospitalarios el 43% fueron involuntarios, el 28% permanecieron más de 30 días y el 61% presentaban ingresos previos. Marginalmente, analizamos los reingresos que se produjeron según el nivel de autoestima, este mostró que de los que puntuaron como baja autoestima (n=76) el 71% presentaran algún reingreso previo mientras que de los que mostraron una autoestima media/alta (n=235) fue el 58%. Por último, la prevalencia de la baja autoestima fue del 24,4%. Todas las características sociodemográficas y clínicas de la muestra del estudio se informan en la tabla 1.

Tabla 1, Características sociodemográficas y clínicas por nivel de autoestima

Variable	n	%	Autoestima n (%)	
			Alta-media	Baja
Total de la muestra	311		235 (75,56)	76 (24,44)
Género				
Masculino	171	55	137 (80,12%)	34 (19,88%)
Femenino	140	45	98 (70%)	42 (30%)
Edad Media (DS)	311		45,47 (14,78)	44,63 (14,31)
Estado				
Casado	59	19	41 (69,49%)	18 (30,51%)
No Casado	252	81	194 (76,98%)	58 (23,02%)
Nivel de Educación				
Básico	199	64	152 (76,38%)	47 (23,62%)
Secundaria/Universitario	112	36	83 (74,11%)	29 (25,89%)
Ingresos Económicos				
Si (Activo/Pensionista)	203	65	156 (76,85%)	47 (23,15%)
No (Desempleado)	108	35	79 (73,15%)	29 (26,85%)

Diagnóstico

Trastorno Bipolar	73	23	64 (87,67%)	9 (12,33%)
Depresión	40	13	21 (52,5%)	19 (47,5%)
Esquizofrenia	96	31	76 (79,17%)	20 (20,83%)
Otras Psicosis no org,	38	12	30 (78,95%)	8 (21,05%)
Otros Diagnóstico	64	21	44 (68,75%)	20 (31,25%)

Abuso Drogas

Si	143	46	112 (78,32%)	31 (21,68%)
No	168	54	123 (73,21%)	45 (26,79%)

Reingreso

Si	191	61	137 (71,73%)	54 (28,27%)
No	120	39	98 (81,67%)	22 (18,33%)

Tipo de Ingreso

Voluntario	133	43	81 (60,9%)	52 (39,1%)
Involuntario	178	57	154 (86,52%)	24 (13,48%)

Tiempo de ingreso

<=30	223	72	180 (80,72%)	43 (19,28%)
>30	88	28	55 (62,5%)	33 (37,5%)

^a Los diagnósticos están definidos por la ICD-9;

^b Trastorno de Personalidad, Ansiedad, Abuso de drogas sin dependencia, trastorno de conducta,

5.2.2. Análisis de regresión de la autoestima y las características sociodemográficas y clínicas

El análisis de regresión logística de las características sociodemográficas y clínicas reveló que el género (mujer), la edad, la duración de la estancia (≥ 30 días), el diagnóstico (trastorno bipolar y esquizofrenia) y el tipo de ingreso (voluntario) se asociaron significativamente con la autoestima (Tabla 2).

Tabla 2, Correlaciones Socio-demográficas y clínicas del Autoestima

	Odds Ratio	Intervalo de Confianza (IC) 95%		P-valor
		Bajo IC	Alto IC	
Mujer	0,523	0,279	0,981	0,043*
Edad	1,029	1,004	1,055	0,021*
Tiempo de ingreso (>=30)	0,422	0,226	0,788	0,007*
Nivel de educación (Secundaria/Universitario)	0,890	0,479	1,654	0,713
Ingresos Económicos (No, Desempleado)	0,710	0,369	1,365	0,305
No Casado	1,350	0,624	2,921	0,446
Reingreso (Si)	0,514	0,263	1,001	0,050
Trastorno Bipolar	3,926	1,494	10,315	0,006*
Depresión	0,804	0,311	2,076	0,652
Esquizofrenia	2,333	1,022	5,326	0,044*
Otras Psicosis no orgánicas	1,519	0,539	4,282	0,430
Abuso de Drogas	1,000	0,521	1,920	1,000
Ingreso Voluntario	0,295	0,154	0,564	0,000**
Constante	2,451	0,494	12,151	0,273

* <0,05

**<0,001

5.2.3. Correlación de la autoestima con el estigma internalizado, la resistencia al estigma y la satisfacción de los pacientes hospitalizados

El análisis de correlaciones de las escalas mostró que la autoestima se correlacionó negativamente con el estigma internalizado y las cuatro subescalas del ISMI. Además, la autoestima se correlacionó positivamente con la resistencia al estigma. No hubo correlación entre la escala satispsy-22-E con la autoestima. Los resultados del análisis de correlación se muestran en la tabla 3.

Tabla 3, Correlaciones entre la autoestima, estigma interiorizado, resistencia al estigma y satisfacción

Escalas/dimensiones	RSES	Alienación	Asignación de Estereotipos	Experiencia de Discriminación	Distanciamiento Social	ISMI Total	Resistencia al estigma
ISMI							
Alienación	-0,69 **						
Asignación de Estereotipos	-0,568 **	0,653 **					
Experiencia de Discriminación	-0,423 **	0,602 **	0,563 **				
Distanciamiento Social	-0,556 **	0,734 **	0,682 **	0,633 **			
ISMI Total	-0,663 **	0,888 **	0,846 **	0,795 **	0,894 **		
Resistencia al Estigma	0,438 **	-0,328 **	-0,46 **	-0,153 *	-0,315 **	-0,373 **	
Satispsy-22-E Total	-0,036	0,048	0,008	-0,142 *	0,057	0,002	0,017

* <0,05

**<0,001

RSES: Escala de autoestima de Rosenberg

5.2.4. Anova de estigma internalizado, resistencia al estigma y satisfacción de hospitalización por autoestima

Las puntuaciones medias del estigma internalizado y todas las subescalas fueron significativamente diferentes entre los participantes con baja y alta autoestima. Los resultados mostraron que aquellos con alta autoestima reportaron un menor estigma internalizado, mientras que los pacientes con baja autoestima reportaron puntajes más altos. Así mismo, el análisis de las medias de Satispsy-22-E ofreció diferencias significativas en todos los grupos a la vez, mostró que aquellos que presentaban una autoestima más alta puntuaban más alto en la valoración de la experiencia del ingreso excepto en la dimensión de actividades. Los resultados del ANOVA se muestran en la tabla 4.

5.2.5. Estigma internalizado, resistencia al estigma y satisfacción con la hospitalización como predictores de la autoestima

La distribución de las escalas con resultados significativos mostró que el 57% de la muestra presentó una autoestima medio y baja, el 42% mostró algún nivel de estigma interiorizado, el 44% también presentó sentimientos de alienación y el 61% mostró alguna dificultad de resistencia al estigma. La distribución de frecuencias se muestra en la tabla 5.

La regresión logística reveló que mientras que la puntuación total de ISMI, la “alienación” y la “asignación de estereotipos” se asociaron negativamente con la autoestima, la “resistencia al estigma” se asoció positivamente. Los resultados del análisis de regresión se muestran en la tabla 6.

Tabla 4, Anova de estigma internacionalizado, resistencia al estigma y media de satisfacción con la hospitalización media por nivel de autoestima

Variable	Autoestima		F	P
	Alta-media*	Baja**		
ISMI				
Alienación	1,797(0,545)	2,682(0,627)	2038,64	<0,01
Asignación de Estereotipos	1,611(0,427)	2,056(0,564)	2164,44	<0,01
Experiencia de Discriminación	1,997(0,557)	2,418(0,587)	2168,57	<0,01
Aislamiento Social	1,842(0,554)	2,401(0,579)	1965,7	<0,01
Puntuación total sin resistencia al estigma	1,796(0,435)	2,374(0,473)	2999,56	<0,01
Resistencia al Estigma	2,99(0,569)	2,658(0,594)	3999,34	<0,01
SATISPSY-22-E				
Equipo Terapéutico	87,28(13,973)	86,264(20,067)	4140,56	<0,01
Calidad de Cuidados	82,635(16,322)	80(19,685)	30,48,96	<0,01
Sentimientos durante la Hospitalización	50,216(26,759)	48,942(27,898)	456,62	<0,01
Información	69,951(27,177)	65,769(29,338)	829,74	<0,01
Actividad	57,574(35,001)	62,308(30,014)	488,73	<0,01
Restauración	73,768(24,969)	72,115(26,587)	1120,92	<0,01
Puntuación Total	70,237(14,867)	69,233(18,09)	2662,39	<0,01

*Autoestima alta-media >25 RSES

**Autoestima baja <=25 RSES

Tabla 5, Distribución de la autoestima, estigma interiorizado, alienación y resistencia al estigma

Escala/dimensión n (%)	Alta/severa	Moderada	Media	Mínima/baja
RSES	135 (43,3)	/	100 (32,3)	76 (24,4)
ISMI Total	8 (2,6)	30 (9,6)	92 (29,6)	181 (58,2)
Alienación	23 (7,4)	34 (10,9)	79 (25,4)	175 (56,3)
Asignación Estereotipos	2 (0,6)	14 (4,5)	63 (20,3)	232 (74,6)
Resistencia al Estigma	121 (38,9)	119 (38,3)	42 (13,5)	29 (9,3)

Tabla 6, Regresión entre la autoestima y el estigma interiorizado, resistencia al estigma

	Coeficiente	Intervalo de Confianza IC (95%)		P- Valor	AIC
		Bajo IC	Alto IC		
RSES con ISMI					
Constante	42,062	40,308	43,816	0	1747,28
ISMI Resultado Total	-6,924	-7,8	-6,048	0	
RSES con subescalas ISMI					
Constante	40,848	39,116	42,579	0	1716,19
Alienación	-4,375	-5,355	-3,396	0	
Asignación de Estereotipos	-2,192	-3,419	-0,965	0,001	
Experiencia de Discriminación	0,503	-0,465	1,471	0,307	
Distanciamiento Social	-0,341	-1,496	0,813	0,561	
RSES con Resistencia al estigma					
Constante	17,201	14,514	19,887	0	1861
Resistencia al Estigma	3,936	3,031	4,841	0	

RSES: Escala de autoestima de Rosenberg,

ISMI: Estigma interiorizado

6. Discusión General

6.1. Adaptación cultural/traducción de la escala Satsipsy-22

La valoración que realiza el paciente sobre su experiencia en el ingreso hospitalario adquiere cada vez más relevancia ya que se propone que esta contribuye, de forma importante, a la mejora de la calidad de la atención sanitaria (Hendriks et al., 2001)(Gonzalez et al., 2005)(Paludetto et al., 2015). Para ello, se recomienda que esta valoración sea emitida desde la propia visión del paciente. Es decir, se recomienda a los servicios que deben conocer y preguntar sobre aquellos aspectos que son relevantes para el paciente con el objetivo de que finalmente, se conozca dónde se sitúa el nivel de calidad, que el usuario considera que se le ha ofrecido con respecto a lo que esperaba conseguir.

Igualmente, existen aspectos emocionales relacionados con la autoestima y el estigma interiorizado, relevantes en el proceso del trastorno psiquiátrico, que son infravalorados y que pueden influir en la valoración que hace el paciente sobre su experiencia en el ingreso. Del mismo modo, si bien las razones que se tienen en cuenta para el alta del paciente son, principalmente, la estabilidad clínica y un cierto soporte social, los diferentes niveles de autoestima y de estigma interiorizado así como resistencia al estigma, pueden tener influencia al tener en consideración un significado amplio del concepto de recuperación.

En consecuencia, la presente tesis pretende avanzar en el conocimiento sobre la valoración del paciente respecto a la experiencia de su ingreso en unidades hospitalarias de psiquiatría de agudos, así como de los niveles de autoestima, estigma interiorizado y resistencia al estigma que presenta al alta.

Además, en relación a los instrumentos que se utilizan, las medidas de satisfacción del paciente se emplean con el objetivo de obtener información valiosa para diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad. Pero en general, los instrumentos seleccionados para la evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado en unidades de psiquiatría son demasiado genéricos y por lo tanto, incapaces de captar

la especificidad del paciente psiquiátrico. Entendimos que el cuestionario seleccionado debía estar orientado a lo que algunos estudios han sugerido como "expectativas diferentes en el ingreso de pacientes con trastorno mental" (Bjørngaard et al., 2007). Por lo tanto, era importante obtener un cuestionario de satisfacción como Satispsy-22 que, como se refleja en su versión original, está diseñado prestando atención a la perspectiva del paciente psiquiátrico (Zendjidjian et al., 2015). En este sentido, se realizó una adaptación transcultural francés-español de la escala siguiendo las directrices de la International Test Commission. La escala fue traducida y retro-traducida en los dos idiomas, contando con el consenso de los profesionales que intervinieron. Para lograr la versión definitiva se contó con la revisión y la aprobación del profesional que lideró la versión original. A este respecto, podemos considerar que Satispsy-22-E fue adaptada de forma correcta y satisfactoria al idioma español.

6.2. Fiabilidad de la escala Satispsy-22-E

En relación al análisis de las propiedades métricas de Satispsy-22-E, el análisis de la fiabilidad interna de la Satispsy-22-E apoyó la fiabilidad de la escala. Por su parte, el análisis de consistencia interna de las subescalas de Satispsy-22-E mostró un alto alfa de Crombach, mayor que 0,70 en todas ellas, reflejando que los puntajes fueron similares a los de la versión original en francés. Del mismo modo, el intervalo de fiabilidad test-retest mostró una buena reproducción, siendo relativamente estable en el tiempo. Los buenos resultados de fiabilidad tanto de estabilidad en el tiempo como de consistencia interna de Satispsy-22-E también son equivalentes a los resultados de otra escala multidimensional para pacientes de salud mental como la escala de Verona (Ruggeri et al., 2000).

6.3. Validez de la escala Satispsy-22-E

El estudio de validez mostró, en relación a la consistencia interna y la validez discriminante que, 4 subescalas presentaron correlaciones más altas con los ítems de

la propia subescala que con el resto, mostrando, de esta manera, una buena consistencia interna y poder discriminante. Sin embargo, en 2 subescalas, algunos elementos mostraron una mayor correlación con otros elementos de la escala que con los de la propia subescala. Los ítems de la subescala de "Calidad de Cuidados", en concreto el ítem 7, el ítem 9, el ítem 14 y el ítem 21 están bien correlacionados con los ítems 8 y 10 de la subescala del "Equipo Asistencial", esto puede deberse a que se puede entender que la confianza y el respeto de los profesionales también se pueden considerar como un indicador de la calidad de los cuidados. Además, la subescala "Sentimientos durante la Hospitalización" muestra una buena correlación entre los ítems 15 y 16 relacionados con la falta de libertad, mientras que el ítem 2 y el ítem 4 muestran bajas correlaciones, aunque en el caso del ítem 2, estos son más altos que con el resto de ítems de escala. Esto, puede deberse a diferencias en la interpretación de las experiencias y sentimientos que los usuarios pueden tener, ya que parece que el concepto de "falta de libertad" y "sentirse encerrado" se interpreta de una manera bastante unitaria, no siendo así el sentimiento de "aislamiento" o "estrés". Por todo ello y teniendo en cuenta la excepcionalidad en las subescalas "Calidad de Cuidados" y "Sentimientos durante la Hospitalización" (Zendjidjian et al., 2015), consideramos que estos resultados son similares a los resultados de la escala original.

6.4. Estructura factorial de la escala Satispsy-22-E

También, realizamos un análisis factorial confirmatorio con el objetivo de estudiar si los 22 ítems se ajustaban en los seis factores propuestos en la versión original. De este análisis se observó que los 22 ítems que tenía el modelo, se cargaron en los seis factores que se proponían en la versión original y que estos tenían buena correlación en Satisfapy-22-E. A la vez, este resultado muestra que los ítems cargados en el mismo número de dimensiones de la escala original son significativos. Además, la bondad de ajuste muestra un ajuste adecuado que indica que el modelo no debe ser

rechazado (Suhr, 2006)(Prudon, 2011). Por lo tanto, podemos considerar en este caso que el modelo de Satspsy-22-E se ajusta al modelo original (Zendjidjian et al., 2015). Finalmente, y teniendo en cuenta la valoración global de las propiedades métricas del instrumento, podemos considerar la escala Satispsy-22-E como un instrumento adecuado en el idioma español para la valoración de la experiencia del paciente ingresado en unidades de agudos psiquiátricas hospitalarias.

6.5. Asociación de la experiencia del ingreso con las variables socio-demográficas y clínicas

En relación con la satisfacción y las características sociales, nuestros datos mostraron una mayor satisfacción de las mujeres en relación con la “información”, así como una mayor satisfacción en las “actividades” según el nivel de estudios. Esto último podría deberse a una menor adaptación de las actividades de acuerdo con un mayor nivel educacional. Con respecto a la relación con las variables clínicas, existe una mayor satisfacción en los “sentimientos durante la hospitalización” en pacientes con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo en comparación con los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Estos datos están en línea con las métricas de la versión original. Existe también, una correlación clara entre la mujer, el ingreso voluntario y la duración de la hospitalización con la mayor satisfacción de la información. Este hallazgo está en línea con estudios previos (Johnsen et al., 2007)(Klingaman et al., 2015). Además, el conocimiento del paciente sobre cuestiones legales específicas relacionadas con su hospitalización es un aspecto importante de los derechos de los pacientes. La Satispsy-22-E muestra peores puntajes en aquellos pacientes que recibieron más medidas coercitivas, aunque esta fue solo una tendencia no significativa.

Encontramos que los pacientes afectados por trastornos del estado de ánimo informaron una mejor experiencia en el ingreso. Sin embargo, este hallazgo está en desacuerdo otros estudios(Bo et al., 2016) que, sin embargo, describieron el impacto

de la reclusión en la experiencia del paciente. Además, la restricción mecánica, el aislamiento y la administración forzada de medicamentos están fuertemente vinculados a la insatisfacción del paciente en una revisión sistemática reciente con más de 1800 casos (Aguilera-Serrano et al., 2018).

Casualmente, encontramos que los pacientes que presentaron abuso de drogas puntuaron más alto en las dimensiones y en el índice total menos en “sentimientos durante la hospitalización” y “actividades” aunque solo tres dimensiones: “equipo terapéutico”, “calidad de los cuidados” y “actividades” fueron significativas. En relación al tipo de tóxico consumido aquellos que habían consumido alcohol puntuaron más alto respecto a los que no lo habían consumido en “equipo terapéutico”, “calidad de cuidados”, “actividades”, “comida” y “puntuación total” siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Además, la valoración de la experiencia muestra datos relevantes para la mejora de la atención. Mientras que la valoración de las dimensiones “Equipo Asistencial” y “Calidad de los Cuidados” se sitúa por encima de lo que esperaba el paciente, en las dimensiones “Sentimientos durante la Hospitalización” y “Actividades” se sitúa claramente por debajo. Estos resultados pueden estar relacionados tanto con las dinámicas altamente restrictivas de las unidades de psiquiatría como por el alto número de ingresos involuntarios. Estas dos variables producen como resultado que los sentimientos de falta de libertad o de aislamiento no sean extraños. Por consiguiente, los resultados indican que las acciones de mejora deben tratar estas dimensiones y creemos que se debe preguntar más concretamente a pacientes y familias. Es necesario profundizar en su conocimiento para poder diseñar e implementar elementos de mejora que se adapten mejor a las demandas del paciente (Fernandes et al, 2019)..

6.6. Análisis de la relación entre la satisfacción y la autoestima

En el segundo estudio también mostró diferencias significativas en las puntuaciones de la satisfacción según el nivel de autoestima. En general la baja autoestima puntuó más bajo en la satisfacción, tanto en sus dimensiones como en el resultado total, excepto en “Actividades”. Aunque se aprecian diferencias mínimas, dada también la uniformidad en las dimensiones y en el resultado total creemos que esto podría ser indicativo de que la baja autoestima influye negativamente en la valoración del ingreso hospitalario.

6.7. Asociación entre la autoestima y las variables socio-demográficas y clínicas

Las características sociodemográficas del segundo estudio mostraron que el 24,4% de los pacientes que fueron dados de alta presentaban baja autoestima, aunque se debería estudiar más sobre grupos diagnósticos entendemos que esta es una cifra relevante, teniendo en cuenta, por un lado, la relación que parece existir entre la baja autoestima y una menor satisfacción en el ingreso hospitalario y por otro, entre autoestima y el sentido más amplio de recuperación.

También el estudio reflejó algunos datos que se deben aclarar. En relación al género se observó que las mujeres tienen menos probabilidades de tener niveles de autoestima altos o medios. Los patrones de género a menudo se informan en estudios de autoestima. Sin embargo, la evidencia de una relación interna entre el género femenino y la baja autoestima en la población general es débil, y la mayoría de los artículos existentes apuntan a diferencias de género en algunos dominios de autoestima, en lugar de asociación directa entre baja autoestima y género femenino. Curiosamente, la autoestima relacionado con dominios vinculados con la moral y la ética son más altos entre las mujeres (Gentile et al., 2009). Es más probable que esos dominios cambien con la evaluación de una condición mental y/o con la aparición de un ingreso psiquiátrico. Curiosamente, las mujeres que padecen trastornos psicóticos informaron una alta prevalencia de trauma sexual (Goodman et al., 1997), conocido

como un factor de riesgo de baja autoestima. En realidad, el sentido de esta asociación ha llevado a varias especulaciones, con algunos grupos defendiendo que las mujeres (pre) psicóticas pueden constituir una especie de víctima propiciatoria (Haahr et al., 2018) a la vez que el trauma sexual conduce o empeora la psicosis (Rossler et al., 2016)(Comacchio et al., 2019).

También, descubrimos que los pacientes bipolares y esquizofrénicos tenían más probabilidades de preservar la autoestima. Este resultado en una población con trastorno bipolar es consistente con otros estudios que informan una mayor autoestima en pacientes bipolares en comparación con otras afecciones (Pardoen et al., 1993). Varios estudios señalaron características distintivas de la autoestima durante el curso de la remisión en el trastorno bipolar: el cambio continuo en el estado de ánimo y la percepción incluyen fluctuaciones en la autoestima (Knowles et al., 2007)(Nowakowska et al., 2005). Sin embargo, otros estudios sugieren que, a pesar de que la autoestima fluctúa en pacientes con trastorno bipolar o trastorno bipolar remitente que parecen tener una autoestima más alta, en general esta tiende a ser baja (Nilsson et al., 2010).

Asimismo, se han publicado diferentes estudios sobre la relación entre los síntomas psicóticos y la autoestima que muestran una asociación relativamente fuerte entre la autoestima y el estigma interiorizado en personas con esquizofrenia. Además, se ha sugerido que el funcionamiento premórbido es un aspecto importante en el desarrollo de la autoestima. Algunos autores han informado de una asociación de baja autoestima en sujetos esquizofrénicos con signos de evolución deficientes que incluyen síntomas negativos y problemas de atención (Lysaker et al., 2009)(Sönmez et al., 2020), Curiosamente, esto encajaría con nuestro hallazgo de una autoestima más alta asociada a signos de recuperación en la esquizofrenia. Los estudios futuros deberían considerar examinar sus fluctuaciones en el curso de la enfermedad.

6.8. Asociación de la autoestima con el estigma interiorizado y la resistencia al estigma

El análisis de la relación entre la autoestima y el estigma interiorizado mostró diferencias significativas entre la baja autoestima, el estigma interiorizado y todas sus dimensiones. La diferencia, en este caso, sitúa el nivel alto y medio de autoestima con un bajo estigma interiorizado y al contrario, el nivel bajo de autoestima en el nivel medio del estigma interiorizado. Estos resultados son congruentes con otros estudios que indican esta asociación entre la autoestima y el estigma interiorizado (Corrigan & Rao, 2012)(Lysaker et al., 2010)(Consequences et al., 2001)(PH, Lysaker, 2008). A su vez, la autoestima también mostró diferencias significativas con la resistencia al estigma; la autoestima alta/media puntuó más alta con la resistencia al estigma y al contrario la autoestima baja puntuó más bajo en la resistencia. Estos datos muestran que aquellos con una autoestima baja tienen menos elementos para resistir el estigma que conlleva la enfermedad mental.

6.9. Correlaciones de la autoestima con el estigma interiorizado y la resistencia al estigma

El estudio, también mostró una correlación negativa de la autoestima con el estigma internalizado y todas sus subescalas. Esto estaría en línea con estudios recientes que informan que, de hecho, la autoestima se asocia de manera negativamente significativa con el estigma interiorizado entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios (Picco et al., 2016). A su vez, Yanos y col, (2008) describieron cómo el estigma internalizado redujo el sentido de esperanza y la autoestima, lo que a su vez concluyó en resultados negativos relacionados con la recuperación, incluyendo la evitación social, los síntomas depresivos y la preferencia por usar un estilo de afrontamiento evitativo. Estos resultados también pueden estar vinculados a la toma de decisiones futuras por parte de los pacientes ya que a partir de ahí, las personas con enfermedades mentales pueden decidir no participar en oportunidades que favorezcan

el trabajo, la vivienda y otras aspiraciones personales (Corrigan et al., 2009) y si el estigma interiorizado persevera, los efectos negativos en la persona con enfermedad mental puede ser una de las mayores barreras para su recuperación (Yanos et al., 2011).

Así mismo, los datos muestran que la autoestima se correlaciona positivamente con la resistencia al estigma y que esta es mayor en individuos con autoestima media alta que en aquellos con baja autoestima, observamos que el 61 % de la muestra presentaron algún problema de resistencia al estigma. Algunas personas con enfermedades mentales que internalizan los estereotipos, creencias negativas de peligrosidad, prejuicio y discriminación sufren de significativa baja autoestima y autoeficacia, lo que puede socavar la búsqueda de objetivos relacionados con aspectos de la vida independiente, como puede ser el empleo (Corrigan et al., 2013). Así mismo, parece que las personas que desarrollaron habilidades para luchar contra el estigma interiorizado y aumentar la autoestima pueden, de alguna manera, ser resistentes al estigma (Van Zels et al., 2014).

6.10. Autoestima, el estigma interiorizado, la resistencia al estigma y proceso de recuperación

El estudio muestra que las personas con baja autoestima experimentan mayores sentimientos de alienación a la vez que incorporan estereotipos sociales, estos resultados serían congruentes con otros estudios que muestran como el estigma interiorizado en personas con enfermedad mental se caracteriza por una subjetiva percepción de devaluación, marginación, aislamiento, secretismo y vergüenza (Boyd et al., 2014).

Asimismo, los participantes con un alto estigma internalizado y/o alienación tenían menos probabilidades de desarrollar una autoestima media/alta, respectivamente. La fuerte asociación entre la subescala de alienación y la autoestima no es sorprendente y confirma que este aspecto del estigma interiorizado es el predictor más fuerte de la

propia autoestima como se sugiere en estudios anteriores (Ritsher & Phelan, 2004)(Werner et al., 2008). Esta asociación significativamente negativa de la autoestima con la alienación y la auto-incorporación de los estereotipos sociales en particular y con el estigma interiorizado en general, induciría a pensar en dificultades que tienen estas personas para encontrar apoyo social fuera del ámbito de la enfermedad desde el mismo momento del alta hospitalaria (Jahn et al., 2020). De manera que, estos resultados podrían apoyar teorías sobre la autoestima que apuntan a la importancia de las evaluaciones interpersonales en el valor de uno mismo (Mark R Leary et al., 2003).

En este sentido, también encontramos que el 71% de los que presentaron baja autoestima informaron de algún reingreso, mientras que esto solo sucedió en el 58% de los que puntuaban como media/alta autoestima. El estigma interiorizado y la baja autoestima pueden estar relacionados con la falta de autoconciencia, falta de conocimiento de la enfermedad y baja adherencia al tratamiento (Adewuya et al., 2009). Por ello, creemos que el estigma y la autoestima debería convertirse en objetivos terapéuticos en cada intervención profiláctica integradora (Picco et al., 2016)(Yanos et al., 2008).

Los trastornos mentales graves han sido históricamente vistos como enfermedades crónicas degenerativas con pocas perspectivas de mejora o recuperación. El cambio del concepto y la necesidad de definir la recuperación en salud mental mostró su complejidad, tal como muestran diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas en los que se observa un heterogeneidad significativa en las definiciones (Hegarty et al., 1994)(Menezes et al., 2006). Así mismo, se constatan diferentes puntos de vista sobre la interpretación que realizan los agentes implicados sobre el concepto de recuperación (Jacob et al., 2017). En este sentido, los usuarios describen que el estigmatizado concepto sobre la enfermedad mental hace disminuir su autoestima además de conducirlos al desempoderamiento. Nuestros resultados sobre la prevalencia de la baja autoestima, su relación con el estigma interiorizado y más específicamente con la asunción de estereotipos sociales estarían de acuerdo con el

punto de vista de los usuarios y que estos niveles, si se mantienen en el tiempo, dificultaría los procesos de recuperación.

Igualmente, la recuperación es vista como un proceso en los que intervienen diferentes elementos como la conectividad, la esperanza y el optimismo sobre el futuro, la identidad, el significado en la vida y el empoderamiento (Leamy et al., 2011)(Bird et al., 2014). Desde este punto de vista, la valoración única de la recuperación clínica infravalorando factores emocionales relacionados con la autoestima (24,4% baja autoestima, 57% en total con la autoestima media) y su asociación negativa con el estigma interiorizado (42% con algún nivel de estigma, 44% con algún nivel de alienación y el 25% con algún nivel de estereotipo auto asignado) al alta hospitalaria podría obviar dificultades importantes en el proceso de recuperación.

Creemos que se debería estudiar más profundamente la evolución y contrastar con algunos estudios sobre la recuperación que indicaban que la depresión está asociada con niveles más altos de apoyo social percibido y aumento en la pertinencia a grupos a la vez que estos también actuaban como factor protector (Steinert et al., 2014)(Richardson & Barkham, 2017)(Ju-Hye Kim et al., 2020). Igualmente, en concreto con la esquizofrenia también se ha visto relación entre la gravedad de los síntomas, la esperanza y el empoderamiento, (Van Eck et al., 2018) dos categorías que se contemplan como importantes en los procesos de recuperación personal.

7. Limitaciones

Los resultados del primer estudio ofrecen una adecuada y específica escala que valora la experiencia del paciente ingresado en unidades de agudos de psiquiatría en el idioma español. No obstante, creemos que existen algunas limitaciones en el estudio que debemos reflejar. Por un lado, no pudimos contar con una escala en español con la que pudiésemos comparar y que pudiésemos utilizar como “gold estándar”. Esto se debió a la falta de instrumentos en este campo disponibles en español. Así mismo, y a causa de la creciente relevancia que tiene la opinión del usuario y su impacto en el sistema sanitario creemos que es importante poder evaluar su experiencia de forma rutinaria. Por otro lado, no contemplamos aspectos relacionados con la seguridad del paciente, creemos que futuros estudios de satisfacción deberían introducir elementos de evaluación relacionados con la seguridad, así como las dificultades que se producen para el alta del paciente (Everall et al., 2019), profundizando de esta manera en el conocimiento específico de los resultados esperados de los pacientes. Esto ayudaría a alinear las necesidades del paciente con la atención ofrecida, aumentando así la calidad de los servicios.

El segundo estudio se centra en un tema de gran interés, preocupándose por los sentimientos subjetivos finales del paciente en la preparación del alta recogiendo una muestra bastante significativa. Sin embargo, el estudio muestra una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, todos los participantes eran pacientes hospitalizados y es probable que su nivel de autoestima difiera del de los pacientes externos debido a la diferente gravedad de la enfermedad mental. Además, es importante reconocer la heterogeneidad de la muestra actual que incluía participantes con diferentes diagnósticos. Por otro lado, la baja autoestima podría ser producto de los síntomas, por lo que es necesario aclarar su variación o estabilidad a lo largo de la evolución de la enfermedad. El método de muestreo sobre la experiencia podría ser una forma de investigar si la autoestima precede a los síntomas o si los

síntomas están precedidos por la autoestima, especialmente porque muchos estudios sugieren que la autoestima fluctúa diariamente en respuesta a eventos negativos y positivos (Greenier et al., 1999).

No recolectamos autolesiones no suicidas. Los procedimientos de seguridad de las salas psiquiátricas, por supuesto, están diseñados para evitar que los usuarios se dañen a sí mismos o a otros, por lo que tiene poco sentido intentar recopilar un evento tan poco común. Sin embargo, las autolesiones no suicidas están relacionadas con una baja autoestima tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Forrester et al., 2017), por lo que constituyen una excelente pista predictiva que no pudimos validar en nuestro estudio. Finalmente, dado que nuestro estudio se realizó en un entorno clínico, todos los participantes ya estaban buscando tratamiento para su enfermedad mental cuando se realizó el reclutamiento, por lo que es posible que los niveles de autoestima informados no hayan reflejado los niveles generales de personas con afecciones mentales.

8. Conclusiones Generales

La versión española de Satispsy-22 puede describirse como una herramienta válida, con buenas propiedades psicométricas, para evaluar la satisfacción del paciente en salas de hospitalización de psiquiatría aguda.

Satispsy-22-E es una escala específica y fácil de usar en español que evalúa la satisfacción de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Aunque, se deberá tener en cuenta las características del lenguaje en cada país.

Los resultados de la escala mostraron que la preocupación de los pacientes en relación a la experiencia del ingreso hospitalario se centra en las dimensiones “Sentimientos durante la Hospitalización” y “Actividades”. Por ello, el plan de mejora debe analizar estas dimensiones para poder mejorar la calidad de los servicios.

Aquellos pacientes que presentaron baja autoestima también mostraron puntuaciones más bajas en satisfacción. Adicionalmente, los resultados también mostraron que la satisfacción no actúa como una variable predictora de la autoestima.

Comprobamos que los pacientes con baja autoestima al alta presentaban niveles más altos de estigma interiorizado y más bajos de resistencia al estigma. Igualmente, el estigma interiorizado, la alienación, la auto-asignación de estereotipos y la resistencia al estigma mostraron capacidad predictiva de la autoestima.

Finalmente, la combinación de baja autoestima y estigma interiorizado generalmente conduce a una falta de conocimiento de la enfermedad y en consecuencia, a una peor adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico. Por lo tanto, estos factores pueden conducir a peores resultados en la recuperación. Por ello, el estigma y la

autoestima deben ser objetivos tempranos cuando se desarrolla el plan de tratamiento, independientemente del diagnóstico del paciente.

9. Bibliografía

- Adewuya, A. O., Owoeye, O. A., Erinfolami, A. R., Coker, A. O., Ogun, O. C., Okewole, A. O., Dada, M. U., Eze, C. N., Bello-Mojeed, M. A., Akindipe, T. O., Olagunju, A. T., & Etim, E. (2009), Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria, *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 167–174, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.12.005>
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Kustner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018), Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review, *Canadian Journal of Psychiatry, Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(2), 129–144, <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Alderson-day, B., Mccarthy-jones, S., Bedford, S., Collins, H., Dunne, H., Rooke, C., & Fernyhough, C. (2014), Shot through with voices : Dissociation mediates the relationship between varieties of inner speech and auditory hallucination proneness, *Consciousness and Cognition*, 27, 288–296, <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.05.010>
- Becker, E. (1973), *The Denial of Death*, The Free Press,
- Bellack, A. S. (2006), Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications, *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432–442, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Biglu, M.-H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017), Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction, *Materia Socio-Medica*, 29(3), 192–195, <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014), Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644–653, <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Bjertnaes, O., Iversen, H. H., & Kjollesdal, J. (2015), PIPEQ-OS--an instrument for on-site measurements of the experiences of inpatients at psychiatric institutions, *BMC Psychiatry*, 15, 234, <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0621-8>
- Bjorngaard, J. H., Ruud, T., & Friis, S. (2007), The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship: a multilevel analysis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 803–809, <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0229-5>
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., & Friis, S. (2007), The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship: a multilevel analysis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 803–809, <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0229-5>

- Bo, B., Ottesen, O, H., Gjestad, R., Jorgensen, H, A., Kroken, R, A., Loberg, E,-M., & Johnsen, E, (2016), Patient satisfaction after acute admission for psychosis, *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 321–328, <https://doi.org/10,3109/08039488,2015,1112831>
- Bowersox, N, W., Bohnert, A, S, B., Ganoczy, D., & Pfeiffer, P, N, (2013), Inpatient psychiatric care experience and its relationship to posthospitalization treatment participation, *Psychiatric Services (Washington, D,C.)*, 64(6), 554–562, <https://doi.org/10,1176/appi,ps,002342012>
- Boyd, J, E., Adler, E, P., Otilingam, P, G., & Peters, T, (2014), Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review, *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231, <https://doi.org/10,1016/j,comppsy,2013,06,005>
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., Magalon, D., Samuelian, J, C., Lancon, C., & Auquier, P, (2009), Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments, In *European Psychiatry* (Vol, 24, Issue 8, pp, 540–549), <https://doi.org/10,1016/j,eurpsy,2009,05,011>
- Boyer, Laurent, Lancon, C., Baumstarck, K., Parola, N., Berbis, J., & Auquier, P, (2013), Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 202, 447–453, <https://doi.org/10,1192/bjp,bp,112,123463>
- Burke, B, L., Martens, A., & Faucher, E, H, (2010), Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research, *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155–195, <https://doi.org/10,1177/1088868309352321>
- Caqueo-Urizar, A., Urzua, A., & Boyer, L, (2016), Caregivers' perception of patients' cognitive deficit in schizophrenia and its influence on their quality of life, *Psicothema*, 28(2), 150–155, <https://doi.org/10,7334/psicothema2015,120>
- Carrara, B, S., & Ventura, C, A, A, (2018), Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature, *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 317–324, <https://doi.org/10,1016/j,apnu,2017,11,001>
- Comacchio, C., Howard, L, M., Bonetto, C., Lo Parrino, R., Furlato, K., Semrov, E., Preti, A., Mesiano, L., Neri, G., De Girolamo, G., de Santi, K., Miglietta, E., Tosato, S., Cristofalo, D., Lasalvia, A., & Ruggeri, M, (2019), The impact of gender and childhood abuse on age of psychosis onset, psychopathology and needs for care in psychosis patients, *Schizophrenia Research*, <https://doi.org/10,1016/j,schres,2018,12,046>
- Consequences, T., With, P., & Illnesses, M, (2001), The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses, *Psychiatric Services*, 52(12), 1–6,
- Corrigan, P, W., Kosyluk, K, A., & Rüsck, N, (2013), Reducing self-stigma by coming out proud, *American Journal of Public Health*, 103(5), 794–800, <https://doi.org/10,2105/AJPH,2012,301037>

- Corrigan, P, W,, Larson, J, E,, & Rusch, N, (2009), Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices, *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81,
- Corrigan, P, W,, Markowitz, F, E,, & Watson, A, C, (2004), Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491,
- Corrigan, P, W,, Rafacz, J,, & Rüsck, N, (2012), *Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness*, 189(3), 339–343,
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>,Examining
- Corrigan, P, W,, & Rao, D, (2012), On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change, *Canadian Journal of Psychiatry, Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–469, <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P, W,, & Shapiro, J, R, (2010), Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness, *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922,
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P, W,, & Watson, A, C, (2004), At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease, *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477–479,
- Crocker, J,, & Wolfe, C, T, (2001), Contingencies of self-worth, *Psychological Review*, 108(3), 593–623,
- Drake, R, E, (2017), Mental health shared decision making in the US, *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 161–162,
<https://doi.org/10.1002/wps.20419>
- Drake, R, E,, & Whitley, R, (2014), Recovery and severe mental illness: description and analysis, *Canadian Journal of Psychiatry, Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(5), 236–242,
<https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Ellison, N,, Mason, O,, & Scior, K, (2013), Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature, *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805–820,
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Epstein, K, R,, Laine, C,, Farber, N, J,, Nelson, E, C,, & Davidoff, F, (1996), Patients’ perceptions of office medical practice: judging quality through the patients’ eyes, *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 11(2), 73–80, <https://doi.org/10.1177/0885713X9601100204>
- Everall, A, C,, Guilcher, S, J, T,, Cadel, L,, Asif, M,, Li, J,, & Kuluski, K, (2019), Patient and caregiver experience with delayed discharge from a hospital setting: A scoping review, *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(5), 863–873, <https://doi.org/10.1111/hex.12916>
- Fernandes, S,, Fond, G,, Zendjidjian, X,, Michel, P,, Baumstarck, K,, Lancon, C,, Berna, F,,

- Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Coldefy, M., Auquier, P., & Boyer, L. (2019), The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy, *Patient Preference and Adherence*, 13, 165–177, <https://doi.org/10.2147/PPA.S172100>
- Fisher, C. E., Spaeth-Rublee, B., & Alan Pincus, H. (2013), Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework, *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(1), 75–80, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs074>
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor, P. J. (2017), Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 221(December 2016), 172–183, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.027>
- Frías, V. M., Colom, F., Bulbena, A., Aceña, R., Pratdesava, A., Zendjidjian, X. Y., & Perez-Sola, V. (2018), Spanish translation and analysis of the metric properties of inpatient satisfaction scale in psychiatry: The Satispsy-22-E, *Psychiatry Research*, 268, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.054>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Chan, F. (2010), Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 561–568, <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0098-1>
- Gaebel, W., Janssen, B., & Zielasek, J. (2009), Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany, *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 636–642, <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283317c00>
- Gentile, B., Grabe, S., J. Dolan-Pascoe, B., Twenge, J., & Wells, B. (2009), Gender Differences in Domain-Specific Self-Esteem: A Meta-Analysis, In *Review of General Psychology* (Vol. 13), <https://doi.org/10.1037/a0013689>
- Gonzalez, N., Quintana, J. M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson, A., Esteban, C., Sebastian, J. A. S., & de la Sierra, E. (2005), Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire, *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 17(6), 465–472, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi067>
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (1997), Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions, *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685–696,
- Graham, J., Denoual, I., & Cairns, D. (2005), Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 173–178, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x>
- Greenier, K. D., Kernis, M. H., McNamara, C. W., Waschull, S. B., Berry, A. J., Herlocker, C. E., &

- Abend, T, A, (1999), Individual differences in reactivity to daily events: examining the roles of stability and level of self-esteem, *Journal of Personality*, 67(1), 185–208,
- Greenwald, A, G,, & Farnham, S, D, (2000), Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept, *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1022–1038,
- Haahr, U, H,, Larsen, T, K,, Simonsen, E,, Rund, B, R,, Joa, I,, Rossberg, J, I,, Johannessen, J, O,, Langeveld, J,, Evensen, J,, Trauelsen, A, M, H,, Vaglum, P,, Opjordsmoen, S,, Hegelstad, W, T, V,, Friis, S,, McGlashan, T,, & Melle, I, (2018), Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis, *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 316–323, <https://doi.org/10.1111/eip.12315>
- Hegarty, J, D,, Baldessarini, R, J,, Tohen, M,, Wateraux, C,, & Oepen, G, (1994), One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature, *The American Journal of Psychiatry*, 151(10), 1409–1416, <https://doi.org/10.1176/ajp.151.10.1409>
- Hendriks, A,, Vrielink, M,, Smets, E,, van Es, S,, & DeHaes, J, (2001), Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care, *Med Care*, 39, 270–283,
- Herbstman, B, J,, & Pincus, H, A, (2009), Measuring mental healthcare quality in the United States: a review of initiatives, *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 623–630, <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318ece>
- HM Government, (2011), *New Horizons: A Shared Vision for Mental Health*, Department of Health,
- Jaaskelainen, E,, Juola, P,, Hirvonen, N,, McGrath, J, J,, Saha, S,, Isohanni, M,, Veijola, J,, & Miettunen, J, (2013), A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jablensky, A,, & Sartorius, N, (2008), What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 253–255, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm151>
- Jacob, S,, Munro, I,, Taylor, B, J,, & Griffiths, D, (2017), Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature, *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 24(1), 53–61,
- Jahn, D, R,, Leith, J,, Muralidharan, A,, Brown, C, H,, Drapalski, A, L,, Hack, S,, & Lucksted, A, (2020), The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 97–105, <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Johnsen, L,, Oysaed, H,, Bornes, K,, Moe, T, J,, & Haavik, J, (2007), A systematic intervention to improve patient information routines and satisfaction in a psychiatric emergency unit, *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 213–218, <https://doi.org/10.1080/08039480701352579>
- Kamaradova, D,, Latalova, K,, Prasko, J,, Kubinek, R,, Vrbova, K,, Mainerova, B,, Cinculova, A,, Ociskova, M,, Holubova, M,, Smoldasova, J,, & Tichackova, A, (2016), Connection between

- self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication, *Patient Preference and Adherence*, *10*, 1289–1298, <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Kernis, M, H., Cornell, D, P., Sun, C, R., Berry, A., & Harlow, T, (1993), There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(6), 1190–1204,
- Kim, Jong-Hoon, Lee, S., Han, A,-Y., Kim, K., & Lee, J, (2015), Relationship between cognitive insight and subjective quality of life in outpatients with schizophrenia, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 2041–2048, <https://doi.org/10.2147/NDT.S90143>
- Kim, Ju-Hye, Choe, K., & Lee, K, (2020), Effects of Food Art Therapy on the Self-Esteem, Self-Expression, and Social Skills of Persons with Mental Illness in Community Rehabilitation Facilities, *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *8*(4), 428, <https://doi.org/10.3390/healthcare8040428>
- Klingaman, E, A., Medoff, D, R., Park, S, G., Brown, C, H., Fang, L., Dixon, L, B., Hack, S, M., Tapscott, S, L., Walsh, M, B., & Kreyenbuhl, J, A, (2015), Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(3), 242–248, <https://doi.org/10.1037/prj0000114>
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S, H., Highfield, J., Morriss, R., & Bentall, R, P, (2007), Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls, *Bipolar Disorders*, *9*(5), 490–495, <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x>
- Laine, C., & Davidoff, F, (1996), Patient-centered medicine, A professional evolution, *JAMA*, *275*(2), 152–156,
- Laine, C., Davidoff, F., Lewis, C, E., Nelson, E, C., Nelson, E., Kessler, R, C., & Delbanco, T, L, (1996), Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions, *Annals of Internal Medicine*, *125*(8), 640–645,
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M, (2011), Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis, *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *199*(6), 445–452, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leary, M R, Terdal, S, K., Tambor, E, S., & Downs, D, L, (1995), Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis, *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(3), 518–530, <https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.3.518>
- Leary, Mark R., Cottrell, C, A., & Phillips, M, (2001), Deconfounding the effects of dominance and social acceptance on self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(5), 898–909, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.5.898>
- Leary, Mark R, Gallagher, B., Fors, E., Buttermore, N., Baldwin, E., Kennedy, K., & Mills, A, (2003),

- The Invalidity of disclaimers about the effects of social feedback on self-esteem, *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(5), 623–636, <https://doi.org/10.1177/0146167203251530>
- Leary, Mark R, Haupt, A, L., Strausser, K, S., & Choket, J, T, (1998), Calibrating the sociometer: The relationship between interpersonal appraisals and state self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1290–1299, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1290>
- Link, B, G., & Cullen, F, T, (1986), Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are, *Journal of Health and Social Behavior*, 27(4), 289–302,
- Link, B, G., Phelan, J, C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B, A, (1999), Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance, *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333,
- Lysaker, P, H., Vohs, J, L., & Tsai, J, (2009), Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma, *Schizophrenia Research*, 110(1–3), 165–172, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
- Lysaker, P, H., Yanos, P, T., Outcalt, J., & Roe, D, (2010), Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia, *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 4(1), 41–48, <https://doi.org/10.3371/CSRP.4.1.3>
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P, T., Lysaker, P, H., & Roe, D, (2013), Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope, *Psychiatry Research*, 208(1), 15–20, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.013>
- Menezes, N, M., Arenovich, T., & Zipursky, R, B, (2006), A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis, *Psychol Med*, 2006;36(10):1349-1362, doi:10.1017/S0033291706007951, e studies of first-episode, *Psychological Medicine*, 36(10), 1349–1362, <https://doi.org/10.1017/S0033291706007951>
- Mishra, D, K., Alreja, S., Sengar, K, S., & Singh, A, R, (2009), Insight and its relationship with stigma in psychiatric patients, *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 39–42, <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57858>
- Morejón, A, J., Vázquez-Morejón, R., & Bellido-Zanin, G, (2013), Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis, *Apuntes de Psicología*, 31, 37–43,
- Nair, K., Dolovich, L., Cassels, A., McCormack, J., Levine, M., Gray, J., Mann, K., & Burns, S, (2002), What patients want to know about their medications, Focus group study of patient and clinician perspectives, *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 48,

104–110,

Nilsson, K, K., Jorgensen, C, R., Craig, T, K, J., Straarup, K, N., & Licht, R, W, (2010), Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis, *Bipolar Disorders*, 12(6), 585–592, <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00856.x>

Nowakowska, C., Strong, C, M., Santosa, C, M., Wang, P, W., & Ketter, T, A, (2005), Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls, *Journal of Affective Disorders*, 85(1–2), 207–215, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.11.012>

Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Rusch, N, (2018), Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 169–175, <https://doi.org/10.1017/S2045796016000949>

Paludetto, M., Camuccio, C, A., Cutrone, F., Cocchio, S., & Baldo, V, (2015), Can We Have Routine Measurement of Patient Satisfaction in Acute Psychiatric Settings? A Cross Sectional Study, *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 447–453, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.006>

Pardoen, D., Bauwens, F., Tracy, A., Martin, F., & Mendlewicz, J, (1993), Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients, *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 163, 755–762,

Petkari, E., & Pietschnig, J, (2015), Associations of Quality of Life with Service Satisfaction in Psychotic Patients: A Meta-Analysis, *PLoS One*, 10(8), e0135267, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135267>

PH, Lysaker, (2008), Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia, *Schizophr Res*, 76(October 2009), 211–220, <https://doi.org/10.1007/s11103-011-9767-z>,Plastid

Picco, L., Pang, S., Lau, Y, W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J, A., Lim, S., Poh, C, L., Chong, S, A., & Subramaniam, M, (2016), Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem, *Psychiatry Research*, 246, 500–506, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>

Prudon, P, (2011), *Confirmatory Factor Analysis : A Brief Introduction and Critique*,

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J, (2004), Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review, *Psychol Bull*, 130(3), 435–468, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>

Ramon, S, (2018), The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), <https://doi.org/10.3390/ijerph15061052>

- Reininghaus, U., & Priebe, S, (2012), Measuring patient-reported outcomes in psychosis: Conceptual and methodological review, *British Journal of Psychiatry*, 201(4), 262–267, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107615>
- Richardson, K., & Barkham, M, (2017), Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors, *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1–13, <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370629>
- Ritsher, J, B., Otilingam, P, G., & Grajales, M, (2003), Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure, *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49,
- Ritsher, J, B., & Phelan, J, C, (2004), Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients, *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Rosenbert, M, (1965), *Society and the Adolescent Self-Image: M Rosenberg*, <https://doi.org/10.2307/2575639>
- Rossler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H., & Muller, M, (2016), Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study, *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 46–53, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall’Agnola, R., van Wijngaarden, B., Knudsen, H, C., Leese, M., Gaite, L., & Tansella, M, (2000), Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale--European Version, EPSILON Study 7, European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs, *The British Journal of Psychiatry, Supplement*, 39, s41-8,
- Schlesinger, M., Grob, R., & Shaller, D, (2015), Using Patient-Reported Information to Improve Clinical Practice, *Health Services Research*, 50 Suppl 2, 2116–2154, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12420>
- Shin, Y,-J., Joo, Y,-H., & Kim, J,-H, (2016), Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1411–1417, <https://doi.org/10.2147/NDT.S108537>
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M, (2011), Stigma resistance in patients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316–323, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048>
- Siu, B, W, M., Tsang, M, M, Y., Lee, V, C, K., Liu, A, C, Y., Tse, S., Luk, H, S, M., Lo, N, K, Y., Lo, P, H., & Leung, Y, L, (2016), Pathway to mental health recovery: a qualitative and quantitative study on the needs of Chinese psychiatric inpatients, *BMC Psychiatry*, 16, 236, <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0959-6>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L, (2008), Recovery: an international perspective, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128–137,

- Sönmez, N., Romm, K, L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L, H., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., & Røssberg, J, I, (2020), Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial, *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157, [https://doi.org/10.1016/j.comppsy,2019,152157](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152157)
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F, (2014), The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community, A systematic literature review, *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 65–75, [https://doi.org/10.1016/j.jad,2013,10,017](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.017)
- Suhr, D, (2006), *Exploratory or confirmatory factor analysis?* Stat, Data Anal,
- Swann, W, B, J., Griffin, J, J, J., Predmore, S, C., & Gaines, B, (1987), The cognitive-affective crossfire: when self-consistency confronts self-enhancement, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 881–889,
- Swann, W, B, J., Hixon, J, G., Stein-Seroussi, A., & Gilbert, D, T, (1990), The fleeting gleam of praise: cognitive processes underlying behavioral reactions to self-relevant feedback, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 17–26,
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E, (2008), Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions, *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1), 3, <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C, (2016), Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination, *Lancet (London, England)*, 387(10023), 1123–1132, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- van Campen, C., Sixma, H., Friele, R, D., Kerssens, J, J., & Peters, L, (1995), Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments, *Medical Care Research and Review : MCRR*, 52(1), 109–133, <https://doi.org/10.1177/107755879505200107>
- Van Eck, R, M., Burger, T, J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L, (2018), The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631–642, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Van Zels, C., Van Nierop, M., Oorschot, M., Myin-Germeys, I., Van Os, J., & Delespaul, P, (2014), Stereotype awareness, self-esteem and psychopathology in people with psychosis, *PLoS ONE*, 9(2), 1–6, [https://doi.org/10.1371/journal.pone,0088586](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088586)
- Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Kamaradova, D., Ociskova, M., Marackova, M., Latalova, K., Grambal, A., Slepecky, M., & Zatkova, M, (2016), Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3011–3020, [https://doi.org/10.2147/NDT,S120298](https://doi.org/10.2147/NDT.S120298)
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y, (2008), Self-stigma, self-esteem and age in persons with

schizophrenia, *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174–187,
<https://doi.org/10.1017/S1041610207005340>

Yanos, P, T,, Roe, D,, & Lysaker, P, H, (2011), The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness, *Am J Psychiatr Rehabil*,, 13(2), 1–14,
<https://doi.org/10.1080/15487761003756860>,The

Yanos, P, T,, Roe, D,, Markus, K,, & Lysaker, P, H, (2008), Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders, *Psychiatric Services (Washington, D,C.)*, 59(12), 1437–1442, <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>

Zendjidjian, X, Y,, Auquier, P,, Lançon, C,, Loundou, A,, Parola, N,, Faugère, M,, & Boyer, L, (2015), The SATISPSY-22: Development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry, *European Psychiatry*, 30(1), 172–178,
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.002>

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Artículo: Spanish translation and analysis of the metric properties of inpatient satisfaction scale in psychiatry: The Satispsy-22-E

Record 1 of 1

Title: Spanish translation and analysis of the metric properties of inpatient satisfaction scale in psychiatry: The Satispsy-22-E

Author(s): Frias, VM (Frias, V. M.); Colom, F (Colom, F.); Bulbena, A (Bulbena, A.); Acena, R (Acena, R.); Pratdesava, A (Pratdesava, A.); Zendjidjian, XY (Zendjidjian, X. Y.); Perez-Sola, V (Perez-Sola, V)

Source: PSYCHIATRY RESEARCH Volume: 268 Pages: 8-14 DOI: 10.1016/j.psychres.2018.06.054 Published: OCT 2018

Times Cited in Web of Science Core Collection: 1

Total Times Cited: 1

Usage Count (Last 180 days): 2

Usage Count (Since 2013): 12

Cited Reference Count: 35

Abstract: The Satispsy-22 scale is an instrument created for the specific evaluation of psychiatric inpatient satisfaction. Therefore, the study aims to carry out the Satispsy-22 scientific translation to Spanish and to learn its psychometric properties. The Satispsy-22-E was administered to discharged patients from four units of acute psychiatric admission, a unit of dual pathology and two units of subacute psychiatric admission (N = 268). Cronbach's alpha was 0.886, which can be interpreted as good internal reliability. All the dimensions showed a good internal consistency with scores from 0.722 to 0.919. Test-retest offered scores of 0.752-0.951 showing good stability. Confirmatory factor analysis showed that all elements load in the estimated dimensions of the original scale and these were significant and the adjustment measures showed, in general, a rather good adjustment, Root Mean Square Error (RMSE) showed that the error between observations and actual data is small and acceptable. Satispsy-22-E is a specific scale in Spanish language for the assessment of psychiatric inpatient satisfaction. It is an easy to use tool that offers good psychometric properties. The availability of a validated survey in Spanish may help to improve the care provided by psychiatric wards in Spanish-speaking countries.

Accession Number: WOS:000445990300002

PubMed ID: 29986179

Language: English

Document Type: Article

Author Keywords: Psychiatric services; Psychiatric disorders; Inpatient psychiatry; Inpatient experience; Satisfaction survey; Quality care; Quality measures; Quality of life

KeyWords Plus: QUALITY-OF-LIFE; PATIENT SATISFACTION; THERAPEUTIC RELATIONSHIP; CARE; QUESTIONNAIRE; SCHIZOPHRENIA; INFORMATION; EXPERIENCE; PSYCHOSIS; IMPACT

Addresses: [Frias, V. M.; Colom, F.; Bulbena, A.; Acena, R.; Pratdesava, A.; Perez-Sola, V] Parc Salut Mar, Inst Neuropsiquiatria & Addicc, Barcelona, Spain. [Frias, V. M.; Colom, F.; Bulbena, A.; Acena, R.; Pratdesava, A.; Perez-Sola, V] Hosp del Mar, IMIM, Med Res Inst, Mental Hlth Res Grp, CIBERSAM, Barcelona, Spain.

[Frias, V. M.; Colom, F.; Bulbena, A.; Perez-Sola, V] Univ Autonoma Barcelona, Dept Psychiat, Barcelona, Spain.

[Zendjidjian, X. Y.] Aix Marseille Univ, EA Publ Hlth 3279, Chron Dis & Qual Life Res Unit, Marseille, France.

Corresponding Address: Frias, VM (corresponding author), Parc Salut Mar, Inst Neuropsiquiatria & Addicc, Barcelona, Spain.

Frias, VM (corresponding author), Hosp del Mar, IMIM, Med Res Inst, Mental Hlth Res Grp, CIBERSAM, Barcelona, Spain.

Frias, VM (corresponding author), Univ Autonoma Barcelona, Dept Psychiat, Barcelona, Spain.

E-mail Addresses: vfriastrigo@parcdesalutmar.cat

Author Identifiers:

Author	Web of Science ResearcherID	ORCID Number
Bulbena, Antonio	AAG-5411-2019	0000-0003-2404-2478

Publisher: ELSEVIER IRELAND LTD

Publisher Address: ELSEVIER HOUSE, BROOKVALE PLAZA, EAST PARK SHANNON, CO, CLARE, 00000, IRELAND

Web of Science Categories: Psychiatry

Research Areas: Psychiatry

IDS Number: GV3JN

ISSN: 0165-1781

29-char Source Abbrev.: PSYCHIAT RES

ISO Source Abbrev.: Psychiatry Res.

Source Item Page Count: 7

Funding:

Funding Agency	Grant Number
Quality Program of the Parc de Salut Mar	

This research is support the Quality Program of the Parc de Salut Mar.

Output Date: 2020-09-25

Close

Print

In Cites Journal Citation Reports Page 1 of 19

2018 Journal Performance Data for: PSYCHIATRY RESEARCH

ISSN: 0165-1781

ELSEVIER IRELAND LTD

ELSEVIER HOUSE, BROOKVALE PLAZA, EAST PARK SHANNON, CO, CLARE 00000, IRELAND

[NETHERLANDS](#)

TITLES

ISO: Psychiatry Res,

JCR Abbrev: PSYCHIAT RES

LANGUAGES

English

CATEGORIES

PUBLICATION FREQUENCY

12 issues/year

PSYCHIATRY -- SCIE

10.2. Anexo 2. Artículo: Self-Esteem Prevalence Amongst Acute Psychiatric Inpatients; Socio-Demographic Correlates and Association with Internalized Stigma and User Satisfaction

Self-Esteem Prevalence Amongst Acute Psychiatric Inpatients; Socio-Demographic Correlates and Association with Internalized Stigma and User Satisfaction

Frias VM¹, García-Estela A², Colom F^{3*}, Fortuny JR⁴, Bulbena A⁵, Perez-Sola V⁶

¹Victor-Manuel Frías; Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar/ IMIM/ CIBERSAM/ Department of Psychiatry, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

²Aitana García-Estela; IMIM, Barcelona, Spain

³Francesc Colom; Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar/ IMIM/ CIBERSAM/ Department of Health & Clinical Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

⁴Joan-Ramon Fortuny; Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar, Barcelona, Spain

⁵Antoni Bulbena; Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar/ IMIM/ CIBERSAM/ Department of Psychiatry, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

⁶Victor Pérez-Sola; Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar/ IMIM/ CIBERSAM/ Department of Psychiatry, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

Corresponding Author: Francesc Colom, Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Hospital del Mar/ IMIM/ CIBERSAM/ Department of Health & Clinical Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain, [E-mail: fcolum@imim.es](mailto:fcolum@imim.es)

Received: 07 November 2019; **Accepted:** 21 November 2019; **Published:** 27 November 2019

Abstract

Objective: A field research on the prevalence of self-esteem among discharged patients from acute mental health wards was performed, including its socio-demographic correlates and the association with internalized stigma and user satisfaction.

Method: Discharged patients from psychiatric acute units were recruited (N=311). Participants were asked to complete questionnaires including the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale and the Satispsy-22-E.

Results: Length of stay over 30 days (OR=0.422, $p<0.01$), voluntary admission (OR=0.295, $p<0.0001$), diagnosis of bipolar disorder (OR=3.926, $p<0.01$) and diagnosis of schizophrenia (OR=2.333, $p\text{-value}<0.05$) were significantly associated to preserved self-esteem. Subjects with higher self-esteem reported lower internalised stigma.

Conclusion: The combination of stigma and low self-esteem usually leads to a lack of illness insight and, consequently, to a poorer psychological and pharmacological treatment adherence. Therefore, these factors might lead to worse outcomes. Stigma and self-esteem should be targeted as early goals when developing treatment plan regardless the patient's diagnosis.

Keywords: Self-esteem; Inpatients; Mental health; Stigma; User satisfaction

1. Introduction

Over the last few years, self-esteem has been suggested as a variable that may explain some behaviours regarding major public health issues including non-suicidal self-injury [1] and suicidal ideation [2, 3]. Low self-esteem is of considerable interest, not only as a possible consequence of stigmatization and internalized stigma [4] but also, according to some authors, as a potential cause of psychiatric symptoms [5]. Low self-esteem and depression seem to be strongly related, however the causal direction of this relationship –if any- has not been demonstrated yet [6]. Low self-esteem has been also related to eating disorders and substance abuse [7]. In addition, it has been involved in psychotic disorders both in the development of delusions [8] and the maintenance of psychotic symptoms.

Low self-esteem has been associated with suicide risk in population with schizophrenia. In particular, low self-esteem was significantly associated with the existence of previous suicide attempts, even after controlling for depression and perceived stigma [9]. On the other hand, significantly higher self-esteem has been positively related to age, educational achievement and income.

Female patients had a significantly lower self-esteem compared to male patients [10]. Interestingly, the literature on non-affected population does not strongly support this finding; women show more or less (or equal) self-esteem than men depending on the self-esteem domain [11]. Finally, self-esteem acts as a protective factor and, at the same time, can be influenced by different factors involved in mental illnesses. Discharge from acute inpatient mental health settings usually constitutes a significant moment in the patient's recovery and little is known about the self-esteem levels of these discharged patients. Hereby, we present a field study on the prevalence of self-esteem among discharged patients from acute mental health wards, its socio-demographic correlates and association with internalized stigma and user satisfaction.

2. Material and Methods

2.1 Study design and participants

The present study was carried out in the inpatient psychiatric unit of the Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD) of Parc de Salut Mar. The INAD provides psychiatric services to a catchment area of almost 600,000 adult people. The sample of the current study was obtained from several wards of INAD's trust between May and October 2016. The final sample consisted of 311 discharged patients (N=311). Sample characteristics are shown in Table 1. Patients were invited to enter the study by the treating staff and signed informed consent was obtained from all participants. Scales were administered by the nursing staff. The study was approved by the Ethics Committee of Clinical Research of the Parc de Salut Mar (2015/6531/1).

2.2 Measures and instruments

Socio-demographic and clinical data were obtained from medical records. Self-esteem was assessed by means of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) [12]. This is a 10-item self-report instrument that is answered using a 4-points Likert scale format ranging from strongly agree to strongly disagree. The validated Spanish version of the RSES was used for this study [13].

Internalized stigma and stigma resistance were measured by means of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), which is a 29-item scale that assesses self-stigma across 5 subscales: alienation, stereotype endorsement, perceived discrimination, social withdrawal and stigma resistance. All items are answered using a 4-points Likert scale format ranging from strongly disagree to strongly agree. The ISMI produces a resulting score for each subscale, as well as a total score. Research has suggested that the Stigma Resistance subscale is conceptually different to the other subscales. For this reason, stigma resistance (SR) is considered as a separate construct to self-stigma [14, 15].

Patient satisfaction was assessed using the Satispsy-22-E questionnaire. It is a specific and self-administered scale based on the psychiatric patients' perspective and provides a multidimensional profile in relation to satisfaction during hospitalization. It contains 22 items describing 6 dimensions related to hospitalization: satisfaction with the staff, quality of care, personal experience, information, activity and food. Satispsy-22 also includes a total index score. Both the different dimensions and the total index scores range from 0 to 100 [16]. The Spanish version used in this study was validated by Frías et al. [17].

2.3 Statistical analysis

Descriptive statistics of the sample included frequencies and percentages of categorical variables, means and standard deviations of continuous variables. In addition, self-esteem was transformed into a dichotomous variable according to its mean scores: 0 for mean scores equal or lower than 25 (low level), and 1 for mean scores higher than 25 (high-mid level). Descriptive analyses were conducted to study the sample characteristics. Pearson's correlation coefficients were used to describe relationships between self-esteem and internalized stigma (and its subscales), as well as stigma resistance and hospitalized patient' satisfaction (and its subscales). This was followed by an analysis of variance (ANOVA) to compare means and detect differences between internalized stigma, stigma resistance and hospitalized patient' satisfaction, and

the two self-esteem levels: high-mid and low. With the aim of establishing variables associated with self-esteem, our dependent variable, logistic regression models were applied to the following independent variables: (1) ISMI and (2) its four subscales; (3) Stigma resistance; (4) Satispsy-22-E and (5) the six subscales of Satispsy-22-E. For all the analyses, the level of statistical significance was defined as a less than 0.05. Data analyses were performed using the R statistical software.

3. Results

3.1. Socio-demographic and clinical characteristics

Socio-demographic and clinical features of the study sample are reported in Table 1. Participants had a mean age of 45 years and 45% were women. All patients were Caucasian. The percentage of voluntary admissions for inpatient treatment was 42.7 and 61.4% were readmissions. According to length of hospitalization, 28.2% of patients stayed longer than 30 days. As for diagnoses, 30.8% presented with schizophrenia spectrum disorders and 23.4% with bipolar disorder. The prevalence of low self-esteem was 24.4%.

Variable	n	%	self-esteem	
			High-mid	Low
Overall	311		235 (75.56)	76 (24.44)
Gender				
Male	171	55	137 (80.12%)	34 (19.88%)
Female	140	45	98 (70%)	42 (30%)
Age Mean (SD)	311		45.47 (14.78)	44.63 (14.31)
Marital Status				
Married	59	19	41 (69.49%)	18 (30.51%)
Not Married	252	81	194 (76.98%)	58 (23.02%)
Education Level				
Basic	199	64	152 (76.38%)	47 (23.62%)
Secondary/University	112	36	83 (74.11%)	29 (25.89%)
Economic Income				
Yes (employed/pensioner)	203	65	156 (76.85%)	47 (23.15%)
No (unemployed)	108	35	79 (73.15%)	29 (26.85%)
Diagnosis^a				
Bipolar Disorder	73	23	64 (87.67%)	9 (12.33%)
Depression	40	13	21 (52.5%)	19 (47.5%)
Schizophrenia	96	31	76 (79.17%)	20 (20.83%)
Other non-organic Psychosis	38	12	30 (78.95%)	8 (21.05%)
Other Diagnosis ^b	64	21	44 (68.75%)	20 (31.25%)

Drug Abuse				
Yes	143	46	112 (78.32%)	31 (21.68%)
No	168	54	123 (73.21%)	45 (26.79%)
Readmission				
Yes	191	61	137 (71.73%)	54 (28.27%)
No	120	39	98 (81.67%)	22 (18.33%)
Type of Admission				
Voluntary	133	43	81 (60.9%)	52 (39.1%)
Involuntary	178	57	154 (86.52%)	24 (13.48%)
Length of Stay				
<30 days	223	72	180 (80.72%)	43 (19.28%)
≥30 days	88	28	55 (62.5%)	33 (37.5%)

^aPsychiatric diagnosis defined by the International Classification of Diseases (ICD-9); ^bPersonality disorder, Anxiety, Drug dependence, Nondependent abuse, Adjustment reaction, Disturbance of conduct.

Table 1: Socio-demographic and clinical characteristics by level of self-esteem.

3.2. Correlates of self esteem

Logistic regression analysis of socio-demographic and clinical features revealed that gender (female), age, length of stay (≥30 days), diagnosis (bipolar disorder and schizophrenia) and type of admission (voluntary), were significantly associated to self-esteem (Table 2).

	Odds Ratio	95% Confidence Interval(CI)		P-value
		Lower CI	Upper CI	
Woman	0,523	0,279	0,981	0,043*
Age	1,029	1,004	1,055	0,021*
Length of Stay (≥ 30)	0,422	0,226	0,788	0,007*
Educational Level (Secondary/University)	0,890	0,479	1,654	0,713
Economic Income (No)	0,710	0,369	1,365	0,305
Not Married	1,350	0,624	2,921	0,446
Readmission (Yes)	0,514	0,263	1,001	0,050
Bipolar Disorder	3,926	1,494	10,315	0,006*
Depressive Disorder	0,804	0,311	2,076	0,652
Schizophrenia	2,333	1,022	5,326	0,044*
Other non-organic psychosis	1,519	0,539	4,282	0,430
Drug Abuse	1,000	0,521	1,920	1,000
Voluntary Admission	0,295	0,154	0,564	0,000**
Constant	2,451	0,494	12,151	0,273

* <0.05; **<0.001

Table 2: Socio-demographic and clinical correlates of self-esteem.

3.3. Correlation of self-esteem with internalised stigma, stigma resistance and inpatients satisfaction

As presented in the results of correlation analysis (Table 3), self-esteem was negatively correlated with internalised stigma and all four subscales of ISMI. Also, self-esteem was positively correlated with stigma resistance. The satispsy-22-E scale does not correlate with self-esteem.

Scales/dimensions	RSES	Alienation	Stereotype Endorsement	Discrimination Experience	Social Withdrawal	ISMI Total score	Stigma_resistance
ISMI							
Alienation	-0.69 **						
Stereotype endorsement	-0.568 **	0.653 **					
Discrimination experience	-0.423 **	0.602 **	0.563 **				
Social withdrawal	-0.556 **	0.734 **	0.682 **	0.633 **			
ISMI Total score	-0.663 **	0.888 **	0.846 **	0.795 **	0.894 **		
Stigma Resistance	0.438 **	-0.328 **	-0.46 **	-0.153 *	-0.315 **	-0.373 **	
Satispsy-22-E Total score	-0.036	0.048	0.008	-0.142 *	0.057	0.002	0.017
* <0.05							
**<0.001							
RSES: Rosemberg self-Esteem Scale.							
Alienation, Stereotype Endorsement, Discrimination Experience, Social Withdrawal and Stigma resistance are subscales of the ISMI.							
ISMI was calculated using the following subscales: Alienation, Stereotype Endorsement, Discrimination Experience and Social Withdrawal.							

Table 3: Correlations between self-esteem, internalized stigma, stigma resistance and satisfaction.

3.4. Anova of internalised stigma, stigma resistance and hospitalisation satisfaction by self-esteem

The mean scores of internalised stigma and all subscales were significantly different between participants with low and high self-esteem. Results showed that those with high self-esteem reported lower internalised stigma, while patients with low self-esteem reported higher scores (Table 4).

Variable	Self-esteem			
	High-Mid*	Low**	F	P
ISMI				
Alienation	1.797(0.545)	2.682(0.627)	2038.64	<0.01
Stereotype Endorsement_	1.611(0.427)	2.056(0.564)	2164.44	<0.01
Discrimination_Experience_	1.997(0.557)	2.418(0.587)	2168.57	<0.01
Social_Withdrawal_	1.842(0.554)	2.401(0.579)	1965.7	<0.01
Total_Score_without_Stigma_Resistance	1.796(0.435)	2.374(0.473)	2999.56	<0.01
Stigma_Resistance	2.99(0.569)	2.658(0.594)	3990.34	<0.01
SATISPSY-22-E				
Staff	87.28(13.973)	86.264(20.067)	4140.56	<0.01
Quality of care	82.635(16.322)	80(19.685)	30.48.96	<0.01
Personal experience	50.216(26.759)	48.942(27.898)	456.62	<0.01
Information	69.951(27.177)	65.769(29.338)	829.74	<0.01
Activity	57.574(35.001)	62.308(30.014)	488.73	<0.01
Food	73.768(24.969)	72.115(26.587)	1120.92	<0.01
Total Score	70.237(14.867)	69.233(18.09)	2662.39	<0.01

* self-esteem high-mid >25 RSES; **self-esteem low <=25 RSES

Table 4: Score of internalised stigma, stigma resistance and hospitalization satisfaction [mean (SD)] by level of self-esteem.

3.5 Internalised stigma, stigma resistance and hospitalization satisfaction as predictors of self-esteem

Separate logistic regression revealed that while ISMI total score and Alienation were negatively associated with self-esteem, stigma resistance was positively associated (Table 5).

	Odds Ratio	Lower CI (95%)	Upper CI(95%)	P-Value	AIC
ISMI					
Alienation	0.084	0.036	0.183	<0.001	249.547
Stereotype Endorsement	0.646	0.256	1.581	0.346	
Discrimination Experience	1.212	0.575	2.636	0.618	
Social Withdrawal	1.165	0.492	2.803	0.73	
Total Score without Stigma Resistance	0.061	0.027	0.123	<0.001	269.086
Stigma Resistance	2.612	1.667	4.177	<0.001	331.84
SATISPSY-22-E					
Staff	0.997	0.974	1.02	0.821	305.39
Quality of care	1.011	0.99	1.032	0.298	
Personal experience	1.003	0.991	1.015	0.648	
Information	1.006	0.995	1.017	0.262	
Activity	0.989	0.978	1	0.059	
Food	1.004	0.991	1.016	0.558	
Total Score	1.004	0.986	1.022	0.653	300.735

Table 5: Associations between self-esteem and internalised stigma, stigma resistance and hospitalization satisfaction.

4. Discussion

The socio-demographic characteristics show women are less likely to have high or mid self-esteem levels. Gender patterns are often reported in self-esteem studies. However, the evidence for an inner-relationship between female gender and low self-esteem in the general population is weak, and most of the existing articles point to gender differences in some self-esteem domains, in all possible directions, rather than a strong and direct association between poor self-esteem and female gender. Interestingly, morale and ethics self-esteem-related domains are higher amongst women [11]. Those domains could be more likely to change with the appraisal of a mental condition and, of course, with the occurrence of a psychiatric admission. Interestingly enough, women suffering from psychotic disorders reported a high prevalence of sexual trauma [18] which is known as a risk factor for low self-esteem. Actually, the sense of this association has led to several speculations, with some groups defending that (pre)psychotic women may constitute a sort of propitiatory victim [19] and others that sexual trauma leads to or worsens psychosis [20, 21].

We found out that bipolar and schizophrenic patients were more likely to have self-esteem completely preserved. This outcome in a population with bipolar disorder is consistent with other studies reporting higher self-esteem in bipolar patients compared to other conditions [22]. Several studies pointed out distinctive features of self-esteem during the course of remission in bipolar disorder: continuous mood and perception shifting include fluctuations in self-esteem [23, 24]. However, other studies suggest that despite self-esteem fluctuates in patients with bipolar disorder or remitting bipolar disorder, who seem to have higher self-esteem, it tends to be low overall [25].

Different studies have been published about the relation between psychotic symptoms and self-esteem, showing a relatively strong association between self-esteem and self-stigma in people with schizophrenia. Moreover, it has been suggested that premorbid functioning is an important aspect in the development of self-esteem.

Some authors have reported an association of lower self-esteem in schizophrenic subjects with poor evolution signs finding of a higher self-esteem associated to recovery signs in schizophrenia. Future studies should consider examining its fluctuations across the course of illness.

In our sample, self-esteem was negatively correlated with internalized stigma and all of its subscales. This is in line with recent studies reporting that, in fact, self-esteem is significantly and negatively associated with internalized stigma amongst psychiatric outpatients [27]. Yanos et al. (2008) described how internalized stigma reduced sense of hope and self-esteem, which in turn resulted in negative outcomes related to recovery including social avoidance, depressive symptoms and a preference for using avoidant coping style. Stigma and low self-esteem might be on the origins of lack of self-awareness and lack of illness insight-. This presentation may enhance treatment adherence problems [28]). Stigma and self-esteem should become therapeutic goals in every integrative prophylactic intervention [27-29].

Our findings from logistic regression analyses revealed that only internalized stigma and alienation were significantly associated with self-esteem; participants with high internalized stigma or alienation were less likely to develop high-mid self-esteem respectively. The strong association between the alienation subscale and self-esteem is not surprising and confirms that this aspect of self-stigma is the strongest predictor of self-esteem as suggested in previous studies [30, 31]. This could support theories about self-esteem pointing at the importance of interpersonal appraisals in the value of self [32]. The feeling of alienation can be increased by other factors like admission to restrictive wards.

Self-esteem was positively correlated with stigma resistance, which is higher in individuals with high-mid self-esteem than in those with low self-esteem. Some people with mental illness who internalize stereotypes, negative beliefs of dangerousness, prejudice and discrimination suffer from significant self-esteem and self-efficacy slumps, which may undermine goal pursuit related to aspects of living independently, such as employment [33]. On the other

hand, it seems that those people who developed skills to fight against self-stigma and increase self-esteem may become, somehow, resilient to stigma [34], which would be in line with results from previous studies.

This is a study focussing a major interest subject, caring for the final client subjective feelings about him /herself and collecting quite a significant sample. However, the present study shows a number of limitations that should be taken into consideration. Firstly, all participants were inpatients and their level of self-esteem is likely to differ from outpatients' due to the different severity of mental illness. Furthermore, it is important to acknowledge the heterogeneity of the current sample which comprised participants with different diagnoses. On the other hand, low self-esteem could be some by-product of symptoms, so it's needed to clarify its variation or stability along the illness evolution. Experience sampling method might be a way of investigating whether self-esteem precedes symptoms or symptoms are preceded by self-esteem, especially since many studies suggest that self-esteem fluctuates on a daily basis in response to negative and positive events [35].

We did not collect non-suicidal self-injuries. Safety procedures of psychiatric wards are, of course, designed to avoid users harming themselves or others so it makes little sense to try collecting such an uncommon event.

However, non-suicidal self-injuries are related to low self-esteem in both clinical and non-clinical populations [1], so they constitute an excellent predictive hint that we could not validate in our study. Finally, since our study was conducted in a clinic setting, all participants were already seeking treatment for their mental illness when the recruitment took place, so it is possible the self-esteem levels reported have not reflected the actual levels of people with mental conditions.

5. Conclusions

The combination of stigma and low self-esteem usually leads to a lack of illness insight and, consequently, to a poorer psychological and pharmacological treatment adherence. Therefore, these factors might lead to worse outcomes. Stigma and self-esteem should be targeted as early goals when developing treatment plan regardless the patient's diagnosis.

More research targeting the subjective feelings, emotions and uncovered needs of the mental health final client should be performed, as this is the only way to build a more human and ethic health provision.

Acknowledgement

Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya GOVERNMENT OF CATALONIA (2017_SGR_134). This research is supported by the Quality Program of Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain

Conflicts of Interest

The authors declare that have no competing interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

References

1. Forrester RL, Slater H, Jomar K, et al. Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *J Affect Disord* 221 (2017): 172-183.
2. Huang L-B, Tsai Y-F, Liu C-Y et al. Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *Int J Ment Health Nurs* 26 (2017): 191-219.
3. Carpiniello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front Psychiatry* 8 (2017): 1-9.
4. Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J, et al. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 4 (2010): 41-48.
5. Karatzias T, Gumley A, Power K, et al. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 48 (2007): 371-375.
6. Sowislo JF, Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychol Bull* 139 (2013): 213-240.
7. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2 (2003):
8. Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, et al. Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol* 112 (2003): 92-99.
9. Yoo T, Kim S, Kim S, et al. Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Front Hum Neurosci* 13 (2015): 296-301.
10. Salsali M, Silverstone PH. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2 (2003): 3.
11. Gentile B, Grabe SJ, Dolan-Pascoe B, et al. Gender Differences in Domain-Specific Self-Esteem: A Meta-Analysis. Vol. 13, *Review of General Psychology* 13 (2009): 34-45.
12. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princenton University Press. New Jersey, USA (1965).
13. Vázquez Morejón AJ, Vázquez-Morejón Jiménez R, Bellido Zanin G. Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apunt Psicol* 31 (2013): 37-43.
14. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord* 129 (2011): 56-63.
15. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, et al. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 55 (2014): 221-231.
16. Zendjidjian XY, Auquier P, Lançon C, et al. The SATISPSY-22: Development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry. *Eur Psychiatry* 30 (2015) (1): 172-178.

17. Frias VM, Colom F, Bulbena A, et al. Spanish translation and analysis of the metric properties of inpatient satisfaction scale in psychiatry: The Satispsy-22-E. *Psychiatry Res* 268 (2018): 8-14.
18. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, et al. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 23 (1997): 685-696.
19. Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, et al. Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 12 (2018): 316323.
20. Rossler W, Ajdacic-Gross V, Rodgers S, et al. Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophr Res* 172 (2016): 46-53.
21. Comacchio C, Howard LM, Bonetto C, et al. The impact of gender and childhood abuse on age of psychosis onset, psychopathology and needs for care in psychosis patients. *Schizophr Res* 210 (2019): 164171.
22. Pardoën D, Bauwens F, Tracy A, et al. Self-esteem in recovered bipolar and unipolar outpatients. *Br J Psychiatry* 163 (1993): 755-762.
24. Knowles R, Tai S, Jones SH, et al. Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disord* 9 (2007): 490-495.
- Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, et al. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord* 85 (2005): 207215.
25. Nilsson KK, Jorgensen CR, Craig TKJ, et al. Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis. *Bipolar Disord* 12 (2010): 585-592.
26. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 110 (2009): 165-172.
27. Picco L, Pang S, Lau YW, et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* 246 (2016): 500-506.
28. Adewuya AO, Owoeye OA, Erinfolami AR, et al. Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 31 (2009): 167-174.
29. Yanos PT, Roe D, Markus K, et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 59 (2008): 1437-1442.
30. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 129 (2004): 257-265.
31. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int psychogeriatrics*. 20 (2008): 174-187.
32. Leary MR, Gallagher B, Fors E, et al. The Invalidity of disclaimers about the effects of social feedback on self-esteem. *Pers Soc Psychol Bull* 29 (2003): 623-636.

33. Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsçh N. Reducing self-stigma by coming out proud. *Am J Public Health* 103 (2013): 794-800.
34. Van Zels C, Van Nierop M, Oorschot M, et al. Stereotype awareness, self-esteem and psychopathology in people with psychosis. *PLoS One* 9 (2014): 1-6.
35. Greenier KD, Kernis MH, McNamara CW, et al. Individual differences in reactivity to daily events: examining the roles of stability and level of self-esteem. *J Pers* 67 (1999): 185-208.

Citation: Frias VM, García-Estela A, Colom F, Fortuny JR, Bulbena A, Perez-Sola V. Self-Esteem Prevalence Amongst Acute Psychiatric Inpatients; Socio-Demographic Correlates and Association with Internalized Stigma and User Satisfaction. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders* 3 (2019): 262-273.



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the [Creative Commons Attribution \(CC-BY\) license 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

10.3. Anexo 3. Escala Satispsy-22



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

Questionnaire de Satisfaction : SATISPSY-22

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre vie de tous les jours et votre santé. Nous souhaitons mieux connaître les conséquences de vos problèmes de santé dans votre vie quotidienne, afin d'améliorer votre prise en charge.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Cependant, si une question ne vous concerne pas, ou si vous ne souhaitez pas répondre à une question, passez à la suivante.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires sur certains aspects de votre vie courante, vous pouvez le faire en fin de questionnaire.

EA 3279 Santé perçue - Evaluation systèmes de soins

Professeur Pascal Auquier, Docteur Laurent Boyer, Professeur Christophe Lançon
Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille

Tel, 04 91 38 47 44

Email : pascal,auquier@univmed.fr; laurent,boyer@ap-hm.fr; christophe,lancon@ap-hm.fr

SCORING

	Extrêmement moins	Beaucoup moins	Un peu moins	Comme	Mieux	
,,, qu'attendu						
1,	J'ai été informé(e) de la façon dont allait se dérouler mon séjour (planification des rendez-vous et des soins, distribution des médicaments...)	1	2	3	4	5
3,	J'ai trouvé qu'il y avait suffisamment d'activités et de possibilités pour se distraire dans le service	1	2	3	4	5
5,	J'ai trouvé que les soignants étaient là quand j'en avais besoin	1	2	3	4	5
6,	J'ai trouvé que la nourriture était de bonne qualité	1	2	3	4	5
7,	Ma maladie a été bien prise en charge	1	2	3	4	5
8,	J'étais en confiance avec l'équipe soignante	1	2	3	4	5
9,	Mon traitement a été bien adapté	1	2	3	4	5
10,	J'ai trouvé que les soignants étaient respectueux	1	2	3	4	5
11,	J'ai été informé(e) de comment fonctionnait le service (horaires des visites, modalités de sorties...)	1	2	3	4	5
12,	J'ai trouvé que les soignants étaient disponibles	1	2	3	4	5
13,	J'ai trouvé que les activités proposées étaient suffisamment variées	1	2	3	4	5
14,	La prise en charge a été positive, bénéfique pour moi	1	2	3	4	5
16,	J'ai trouvé que la nourriture était en quantité suffisante	1	2	3	4	5
17,	J'ai trouvé que les soignants étaient à mon écoute	1	2	3	4	5
18,	Je suis en meilleure santé que quand je suis entré(e)	1	2	3	4	5
20,	J'ai trouvé que les soignants étaient aidants	1	2	3	4	5

21, On m'a donné un bon traitement	1	2	3	4	5
22, J'ai trouvé que les soignants étaient compétents	1	2	3	4	5

	Complètement faux	Faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Vrai
2, Je me suis senti(e) stressé(e), angoissé(e), dans le service	5	4	3	2	1
4, Je me suis senti(e) seule(e), isolé(e)	5	4	3	2	1
15, Je me suis senti(e) enfermé(e)	5	4	3	2	1
19, J'ai eu le sentiment de manquer de liberté	5	4	3	2	1

ALGORITHME

IF (NVALID (Q5, Q8, Q10, Q12, Q17, Q20, Q22) >= 3) DIM1 = 100 * ((7 * MEAN(Q5, Q8, Q10, Q12, Q17, Q20, Q22) - 7) / 28),

VARIABLE LABEL DIM1 "Equipe soignante".

IF (NVALID (Q7, Q21, Q9, Q18, Q14) >= 2) DIM2= 100 * ((5 * MEAN(Q7, Q21, Q9, Q18, Q14) - 5) / 20),

VARIABLE LABEL DIM2 "Qualité des soins".

IF (NVALID (Q15, Q19, Q2, Q4) >= 2) DIM3 = 100 * ((4* MEAN(Q15, Q19, Q2, Q4) - 4) / 16),

VARIABLE LABEL DIM3 "Ressenti".

IF (NVALID (Q1, Q11) >= 1) DIM4 = 100 * ((2 * MEAN(Q1, Q11) - 2) / 8),

VARIABLE LABEL DIM4 "Informations",

IF (NVALID (Q3, Q13) >= 1) DIM5= 100 * ((2 * MEAN(Q3, Q13) - 2) / 8),

VARIABLE LABEL DIM5 "Activités".

IF (NVALID (Q16, Q6) >= 1) DIM6 = 100 * ((2 * MEAN(Q16, Q6) - 2) / 8),

VARIABLE LABEL DIM6 "Restauration".

COMPUTE Score_global=(DIM1 + DIM2 + DIM3 + DIM4 + DIM5 + DIM6) / 6,

VARIABLE LABEL Score_global "Score global".

10.4. Anexo 4. Escala Satispsy-22-E

Encuesta de satisfacción SATISPSY-22-E

Traducción al idioma español de Satispsy-22

Victor M. Frias, Elisenda Carrió, Axelle Scaillet, Cristina Macias, Esperanza Gonzalez, Xavier Zendjidjian, Antonio Bulbena, Victor Perez

Satispsy-22

Original en idioma francés

X,Y. Zendjidjian, P. Auquier, C. Lançon , A, Loundou , ., Parola , M. Fauge, L. Boyer

Le proponemos completar este cuestionario con el fin de entender mejor su opinión sobre algunos aspectos relativos a su ingreso hospitalario. Su opinión nos ayudará a mejorar la calidad de la asistencia que ofrecemos.

La información contenida en este cuestionario es confidencial.

Intente responder a todas las preguntas.

Lea las afirmaciones con calma, se invierte en cumplimentar el cuestionario aproximadamente 15 minutos.

Si desea proporcionar información adicional, usted puede realizarlo al final del cuestionario.

Este cuestionario consta de 22 afirmaciones, marque con una cruz la respuesta con la que esté más de acuerdo

Encuesta de satisfacción SATISPSY-22-E	Mucho menos de lo que me esperaba	Bastante menos de lo que me esperaba	Un poco menos de lo que me esperaba	Como lo que me esperaba	Mejor de lo que me esperaba
1,- He sido informado de cómo iba a desarrollarse mi estancia en la unidad (planificación de visitas, planificación de cuidados, distribución de medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3,- Me ha parecido que había suficientes actividades y posibilidades de entretenimiento en la unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5,- Me ha parecido que el personal asistencial estaba disponible cuando lo necesité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6,- Considero que la alimentación era de buena calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7,- Mi enfermedad ha sido tratada correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8,- He confiado en el equipo asistencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9,- Mi tratamiento ha sido el adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10,- Considero que el equipo asistencial ha sido respetuoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11,- He sido informado sobre el funcionamiento de la unidad (horarios de visita, horarios paseo, permisos, salidas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12,- Me ha parecido que el equipo asistencial estaba a mi disposición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13,- Me ha parecido que las actividades propuestas eran suficientemente variadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14,- Mi estancia ha sido positiva y beneficiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALGORITMO

(NVALID (Q5, Q8, Q10, Q12, Q17, Q20, Q22) >= 3) DIM1 = 100 * ((7 * MEAN(Q5, Q8, Q10, Q12, Q17, Q20, Q22) - 7) / 28),
Dimensión DIM1 "Equipo asistencial".

(NVALID (Q7, Q21, Q9, Q18, Q14) >= 2) DIM2= 100 * ((5 * MEAN(Q7, Q21, Q9, Q18, Q14) - 5) / 20),
Dimensión DIM2 "Calidad de los cuidados".

(NVALID (Q15, Q19, Q2, Q4) >= 2) DIM3 = 100 * ((4* MEAN(Q15, Q19, Q2, Q4) - 4) / 16),
Dimensión DIM3 "Sentimientos durante la hospitalización".

(NVALID (Q1, Q11) >= 1) DIM4 = 100 * ((2 * MEAN(Q1, Q11) - 2) / 8),
Dimensión DIM4 "Información".

(NVALID (Q3, Q13) >= 1) DIM5= 100 * ((2 * MEAN(Q3, Q13) - 2) / 8),
Dimensión DIM5 "Actividades".

(NVALID (Q16, Q6) >= 1) DIM6 = 100 * ((2 * MEAN(Q16, Q6) - 2) / 8),
Dimensión DIM6 "Restauración".

Puntuación global = (DIM1 + DIM2 + DIM3 + DIM4 + DIM5 + DIM6) / 6.