

**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**
Facultad de Ciencias de la Salud



MÁSTER OFICIAL
EN INVESTIAGACIÓN EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERÍA

Curso Académico 2016/2017

Trabajo Fin de Máster

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.
ACTITUD DE UNA MUESTRA DE
UNIVERSITARIOS

Autor: Fernando Martínez Martínez

Tutor: Gabriel Aguilera Manrique

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer la dedicación de mi tutor, Gabriel Aguilera Manrique que me ha brindado todo el apoyo para la realización de este trabajo, adaptándose a todas las circunstancias con una gran comprensión.

Quiero agradecer también a los profesores Genoveva Granados Gámez y Miguel Sánchez Bujaldón que me ayudaron a recabar toda información importante para este trabajo, además quiero agradecer a la profesora Josefa Márquez Membrive que me cedió amablemente parte de su hora de clase para la realización de este estudio.

Finalmente, gracias a toda mi familia y amigos y en especial a María, sin ti todo esto no habría sido posible.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.

RESUMEN

Introducción: Las dificultades a las que se enfrentan las personas con una enfermedad mental son las derivadas de su trastorno, y las derivadas del estigma social. La percepción del paciente respecto a las actitudes de los profesionales de salud condiciona el acceso a los servicios, ya que pueden ser difusores de conductas estigmatizadoras y ser afectados por el estigma de cortesía. La OMS señala como objetivo importante incluir al profesional sanitario dentro de programas para combatir el estigma, ya que puede actuar como transmisores de actitudes positivas. Es necesario que los profesionales colaboren en la reducción del estigma, reforzando la implicación de los usuarios en los programas de salud y en programas anti-estigma.

Objetivos: Conocer las actitudes de los estudiantes de enfermería sobre la enfermedad mental. Analizar diferencias en función de variables demográficas.

Metodología: Estudio realizado a través de un diseño observacional descriptivo transversal, la población objeto de estudio estuvo conformada por alumnos del Grado de Enfermería de la Universidad de Almería (n=208). La muestra fue seleccionada mediante muestreo por conveniencia. A los participantes se les pregunta sobre diferentes variables como: edad, profesión, sexo y si tienen conocimiento sobre la enfermedad mental. Para la evaluación del estigma social se utilizó la adaptación española de la escala Community Attitudes towards Mental Illness. Es una escala compuesta por 40 ítems, valorados con escala Likert de 5 puntos. La escala consta de 4 factores: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar a las personas con una enfermedad mental grave.

Resultados: Existe en general, actitudes neutras hacia las enfermedades mentales, donde se encuentran situaciones en las que existen resultados positivos hacia la enfermedad. En este estudio no se encuentran diferencias significativas respecto al contacto previo con personas con enfermedad mental al contrario que en la evidencia disponible.

Conclusiones: Los estudiantes de enfermería de la universidad de Almería muestran en general actitudes neutras hacia la enfermedad mental.

Palabras Clave: Actitud, Enfermedad mental, Enfermería, Estigma, Estudiantes.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	6
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1. ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA	7
2.1.1. EDAD ANTIGUA.....	9
2.1.2. ERA MEDIEVAL	9
2.1.3. LOS ASILOS.....	10
2.1.4. LA REFORMA	10
2.1.5. SIGLO XX.....	10
2.1.6. SIGLO XXI	11
2.2. MODELO CONCEPTUAL EN EL ESTIGMA.....	11
2.3. ENFERMEDAD MENTAL ASOCIADA CON VIOLENCIA.....	12
2.3.1. INCIDENCIA.....	13
2.4. FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA.....	13
2.4.1. GENERO.....	13
2.4.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO	14
2.4.3. DIAGNOSTICO.....	14
2.4.4. SUSTANCIAS DE ABUSO.....	14
2.4.5. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	14
2.5. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD	15
2.5.1. ESTIGMA DIRECTO	15
2.5.2. ESTIGMA ESTRUCTURAL.....	17
2.5.3. AUTO-ESTIGMA	18
2.6. VARIABLES EN RELACIÓN AL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.....	19
2.6.1. CULTURA	20
2.6.2. DIAGNÓSTICO	20
2.6.3. GÉNERO	20
2.6.4. FAMILIARIDAD	21
2.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL	21
2.7.1. MEDIDAS DE CONOCIMIENTO.....	21
2.7.2. MEDIDAS DE NIVEL DE CONTACTO PREVIO	22
2.7.3. MEDIDAS DE ACTITUDES Y OPINIÓN	22
2.7.4. MEDIDAS DE COMPORTAMIENTO Y DISTANCIA SOCIAL.....	23

2.7.5.	MEDIDAS DE ESTIGMA PERCIBIDO.....	23
2.7.6.	MEDIDAS DE AUTO-ESTIGMA	24
2.8.	GRUPOS DE POBLACIÓN RELEVANTES EN LA GESTIÓN DEL ESTIGMA.....	24
2.8.1.	PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	24
2.8.2.	CUIDADORES Y FAMILIA.....	25
2.8.3.	MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....	26
2.9.	INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL ESTIGMA.....	27
2.9.1.	PROTESTA.....	28
2.9.2.	EDUCACIÓN.....	28
2.9.3.	CONTACTO DIRECTO.....	29
2.9.4.	EMPODERAMIENTO.....	29
3.	OBJETIVOS.....	30
4.	METODOLOGÍA	30
4.1.	DISEÑO.....	30
4.2.	MUESTRA	30
4.3.	INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS. VARIABLES.....	31
4.3.1.	VARIABLES DEMOGRÁFICAS	31
4.3.2.	ESTIGMA SOCIAL.....	31
4.4.	PROCEDIMIENTO.....	32
4.5.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
4.6.	ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
4.7.	CONFLICTO DE INTERESES.....	33
5.	RESULTADOS.....	34
5.1.	VARIABLES DEMOGRÁFICAS	34
5.2.	VARIABLES DE ESTUDIO.....	37
6.	DISCUSIÓN.....	47
6.1.	HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS	47
6.2.	LIMITACIONES	49
6.3.	PROPUESTAS FUTURAS	50
7.	CONCLUSIONES	51
8.	REFERENCIAS.....	52
9.	ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO	34
GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD.....	35
GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONES.....	35
GRÁFICA 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	36
TABLA 1. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA ÍTEM CORRESPONDIENTES A AUTORITARISMO.	37
TABLA 2. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA ÍTEM CORRESPONDIENTE A BENEVOLENCIA.	38
TABLA 3. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA ÍTEM CORRESPONDIENTE A RESTRICCIÓN SOCIAL.	39
TABLA 4. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA ÍTEM CORRESPONDIENTE A IDEOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD.	41
TABLA 5. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA SUBESCALA	42
TABLA 6. MEDIA DE PUNTUACIONES Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA SUBESCALA POR GÉNERO.	42
TABLA 7. DETERMINACIÓN ANOVA DE CADA SUBESCALA POR GÉNERO.	43
TABLA 8. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA SUBESCALA POR PROFESIÓN.....	44
TABLA 9. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CADA SUBESCALA EN FUNCIÓN DEL CONOCIMIENTO PREVIO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.	45
TABLA 10. DETERMINACIÓN ANOVA DE CADA SUBESCALA EN FUNCIÓN DEL CONOCIMIENTO PREVIO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	46

1. JUSTIFICACIÓN

La OMS estima que unos 700 millones de personas en el mundo padecen desórdenes mentales. Un 38,2% de la población de la Unión Europea padece alguna forma de enfermedad mental cada año (Whittchen et al 2011). De acuerdo con los datos del proyecto epidemiológico ESEMeD, coordinado por la Organización Mundial de la Salud, un 19,5% de las personas encuestadas en España presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% en los últimos 12 meses. El trastorno más frecuente fue el episodio depresivo mayor con una prevalencia anual del 3,9% (Haro et al 2006).

Las dificultades a las que se enfrentan las personas con una enfermedad mental son las derivadas de su trastorno, y las derivadas del estigma social (Rüsch,, Angermeyer y Corrigan, 2005). Los problemas derivados de su trastorno se suelen abordar mediante intervención farmacológica y psicosociales, pero los derivados del estigma social limitan la inclusión en la sociedad de las personas con enfermedad mental, provocando limitaciones en la incorporación al mundo laboral, adquirir una vivienda, establecer relaciones personales, etc. Provocando que pueda ser uno de los mayores obstáculos en la recuperación de las personas con enfermedad mental (Chan y Mak, 2016).

Una de las consecuencias del estigma hacia los trastornos mentales es la aceptación por parte de las personas que lo sufren. Este fenómeno se denomina estigma internalizado o auto-estigma (Chan y Mak, 2016). El estigma internalizado, es el resultado final del estigma padecido y percibido, por tanto, se produce como consecuencia de las experiencias de discriminación, o anticipación del estigma hacia su trastorno mental (Gerlinger, Hauser, De Hert, Lacluyse, Wampers y Correl, 2013). Perez-Garín, Molero y Bos (2017) lo definen como la aceptación subjetiva de los estereotipos sobre trastornos mentales, sentimientos negativos y comportamientos de desadaptación y discriminación. Esta aceptación provoca la transformación de la identidad personal, que consiste en la pérdida de roles sociales de forma independiente y la adopción de roles dependientes de otros, incompetencia o imprevisibilidad.

El estigma hacia la enfermedad mental constituye una de las mayores barreras para el tratamiento y la recuperación de la patología mental (Link, Stueve, y Phelan, 1997). Por tanto, la reducción del estigma se convierte en un objetivo fundamental para la recuperación del paciente.

2. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, realizaremos una revisión histórica en la que pondremos el foco en la forma que era vista la enfermedad mental por parte de las distintas civilizaciones que han existido, continuaremos con una descripción de los modelos que explican el estigma hacia la enfermedad mental, el porqué de la asociación de la enfermedad con la violencia y los factores asociados con la violencia.

Seguiremos con las consecuencias del estigma en la sociedad, el llamado “estigma estructural” y auto-estigma. Las variables y los grupos relevantes en la gestión del estigma y finalizaremos con las principales intervenciones destinadas a reducir el estigma y los instrumentos de medición del estigma.

2.1. ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA

La comprensión del estigma hacia la enfermedad mental está conectada a la evolución histórica al concepto que desde las diferentes culturas a lo largo del tiempo ha tenido el concepto de “locura”. Vamos a abordar la forma en la que la enfermedad era vista por la Edad antigua, Era medieval, cómo se constituyeron y que características poseían los asilos durante el siglo XVII, después comentaremos los avances que se produjeron tras la Reforma y el siglo XX y como está la situación en la actualidad.

El término de estigma proviene del griego “stizein” que designa a una marca o señal en el cuerpo, además, también se consideraba estigma a las marcas impuestas con hierro candente como signo de esclavitud. En diferentes momentos históricos se ha tratado de marcar a las personas por diferentes motivos, identificación (la estrella de David a los judíos durante el Holocausto Nazi y los tatuajes realizados a los prisioneros en campos de concentración), como castigo (cortar la mano del ladrón), como símbolo de identidad de grupo (la cruz cristiana, la kipá judía y la hiyab islámica). La evolución del concepto de enfermedad mental se ha ido alternando en la historia en etapas de mayor aceptación, con otras de acoso y persecución. Relacionado con factores de contexto histórico, desarrollo del conocimiento, religión, etc. (Hinshaw, 2009).

Hinshaw (2009) expone los factores clave para entender cómo ha evolucionado el concepto de locura y el enfoque social:

- **Dualismo mente-cuerpo**

La enfermedad se interpreta como una dolencia, semejante a las físicas, provocado por el fallo de las capacidades superiores o fallo moral. Esta visión cobra importancia gracias al desarrollo de la neuropsiquiatría y el conocimiento del funcionamiento cerebral.

- **Etiología natural contra sobrenatural**

Es la dicotomía existente entre la asociación de la enfermedad mental con demonios, espíritus malignos u otras fuerzas malévolas contra la atribución con causas naturales. Diferentes épocas en la historia se han caracterizado con la adherencia hacia una u otra división. Además, varias opiniones a través de la historia sobre los trastornos mentales contienen mezclas sobre etiología natural contra la sobrenatural. Por ejemplo, en Europa en los siglos XVI, XVII y XVIII, la enfermedad mental era el resultado de los desequilibrios de los fluidos básicos orgánicos o humores, una visión propuesta por Hipócrates unos 2000 años antes, en lo que también influían causas sobrenaturales. Incluso en la actualidad, pese a tener perspectivas biomédicas más avanzadas, siguen cargadas de juicios de valor y estereotipos sobre la naturaleza del comportamiento en la enfermedad mental.

- **Dualismo determinismo-Libre voluntad**

El enfermo puede ser tomado como sujeto pasivo o como el responsable de su situación. Si los síntomas de la enfermedad están determinados completamente por fuerzas externas o naturales puede aparecer pesimismo o resignación ya que considera que le queda poco margen de acción para mejorar su situación. Mientras que pueden aparecer sentimientos de culpa o vergüenza si resulta que el individuo es responsable de su destino.

- **Tratamiento punitivo contra el humanitario**

De forma imperante, el tratamiento y cuidado de la enfermedad mental ha sido mediante castigo, negligencia y el destierro de los enfermos. Sin embargo, han existido cortos periodos de terapias basadas en la integración y cuidado del enfermo.

2.1.1. EDAD ANTIGUA

En la Grecia antigua surgen los primeros sanadores “científicos” en los que administraban sus cuidados en los templos, uno de los tratamientos más utilizados fue el de “sueño de incubación”, en los templos dedicados a Asklepios (el dios griego de la medicina), admitían a las personas donde se las sometía a diversas ceremonias preparatorias y purificadoras. El sueño terapéutico era inducido administrando un brebaje con efectos somníferos y alucinógenos, al despertar se les prescribían tratamientos basados en baños, ejercicio y diversión. Pitágoras (580 a.C. – 500 a.C.) consideraba el cerebro como el asiento del intelecto, por tanto, era el lugar donde radicaban las enfermedades mentales. Hipócrates (460 a.C. – 375 a.C.) considerado el padre de la Medicina, y en parte precursor de la Psiquiatría, coloca el origen de las enfermedades mentales en el cerebro, mediante su teoría de fluidos en los que el origen de las enfermedades mentales está provocado por el desajuste de los fluidos corporales, dando lugar a diferentes formas de trastorno mental según sea la flema, la bilis amarilla o la negra y el humor predominante en contra de las atribuciones sobrenaturales (Zilboorg y Henry, 1941).

En el imperio Romano se produce un retroceso respecto a los griegos en los que se recurren a los tratamientos punitivos y la reclusión. Las privaciones de los sentidos se consideraban medidas distractoras de los pensamientos disruptivos del individuo (Hinshaw, 2009).

En Europa, los sanadores en los hospitales para el tratamiento de los trastornos mentales carecían de la vocación y contribuyeron a perpetuar el estigma hacia la enfermedad mental atribuyendo una visión negativa de la misma (Aldana, San Miguel y Moreno, 2010).

2.1.2. ERA MEDIEVAL

Con el fin del Imperio Romano, la enfermedad mental se relaciona con maldad, como una debilidad de carácter y en el que es incapaz de discernir lo correcto de lo falso. Esta idea se puede seguir encontrando en la actualidad en distintas manifestaciones como que los enfermos mentales son las responsables de su situación. Mientras que la posición de la iglesia católica toma importancia en Europa, el estigma hacia la enfermedad mental se ve aumentada, asociándola en algunos casos con brujería. Durante mucho tiempo personas eran acusadas y sometidas a linchamientos públicos y quema en hogueras (Zilboorg y Henry, 1941).

2.1.3. LOS ASILOS

El aumento de la migración hacia las ciudades durante el siglo XVII pone de manifiesto las condiciones deplorables en las que muchas personas vivían, se abren las antiguas leproserías donde se instalaban indigentes, enajenados y dementes (Huertas, 1992). Se entiende que el enfermo mental pierde su identidad como persona, justificando así su exclusión. Durante el Siglo de las Luces se escriben las primeras clasificaciones de la enfermedad mental, los asilos, principalmente los que Londres, París y Filadelfia abren sus puertas. Donde se realizaban visitas guiadas como si de un zoológico se tratase. Se estima que en el asilo de Londres se recibían hasta 19.000 visitantes al año para conocer a los huéspedes del centro (Hinshaw, 2009). Por tanto, durante esta época se despoja al enfermo de su condición de humano y se convierte en un objeto de entretenimiento.

2.1.4. LA REFORMA

Durante la Revolución Francesa en el Siglo XVIII se exige la liberación de los reclusos para devolverles su condición humana. Pinel (1745-1826) desvincula la enfermedad con el pecado. Propone un tratamiento basado en ofrecer ayuda al enfermo, mediante el cuidado y eliminando el castigo. Pese a esto, la falta de planificación y el ambiente económico hicieron que todos estos avances resultaran más teóricos que reales. Pese a que se trata de implementar el tratamiento del enfermo en su entorno, esto crea la necesidad de aumentar el número de centros, lo que incrementa el coste, por lo que se mantiene la centralización de los cuidados en asilos donde los enfermos son internados lejos de su ambiente (Huertas, 2012)

2.1.5. SIGLO XX

Los puntos clave del siglo XX fueron: el proceso de secularización, alternativas a la institucionalización, los movimientos eugenésicos y el desarrollo de la Neurología y Genética.

La enfermedad mental se aborda desde concepciones biológicas y psicopatológicas, lejos del enfoque religioso. Se encuentra el vínculo existente entre la genética con la enfermedad mental, lo que contribuye a liberar de la culpa y vergüenza al enfermo que se veía con un enfoque demoníaco (Hinshaw, 2009).

El descubrimiento de fármacos capaces de tratar la enfermedad mental contribuyó a poder realizar el tratamiento ambulatorio de las personas con enfermedad mental integrados en la comunidad (Zilboorg y Henry, 1941).

El movimiento eugenésico determinaba que, si los trastornos mentales son heredados, los enfermos mentales constituyen un vehículo de propagación de un material genético degradado. Entre el grupo de desechos de la sociedad se incluyeron: minorías étnicas, criminales, enfermos mentales, personas con retraso mental y otros desviados. El movimiento, promovió la eugenesia positiva, que consiste en permitir sólo la reproducción de sanos y prohibir la de los afectados, deshaciendo matrimonios y esterilizaciones forzosas (Hinshaw, 2009).

2.1.6. SIGLO XXI

La enfermedad mental cobra importancia en la sociedad actual mediante la contribución de diferentes factores: el impacto de la enfermedad mental, que aumenta en incidencia, provocando un coste, tanto individual como comunitario y una demanda de mejora de la asistencia (Muijen, 2012). Pese a que la incidencia de trastornos neuro-psiquiátricos sólo es superada por patologías cardíacas, muchos de estos individuos no reciben tratamiento alguno (Wittchen et al., 2011).

Se ha insistido en la necesidad de desarrollar campañas de prevención y promoción de la salud dirigidas a erradicar actitudes pesimistas, permitiendo que las personas con trastornos mentales se beneficien de los cuidados necesarios para su recuperación (Hinshaw, 2009). En el año 2006, la organización mundial de la salud otorgó especial relevancia a la necesidad de la educación de la sociedad y en la importancia de erradicar el estigma (Muijen, 2006).

2.2.MODELO CONCEPTUAL EN EL ESTIGMA

El estigma hacia la enfermedad mental acontece a partir de la identificación de un atributo en una persona, y cómo decide el grupo relacionarse con él de manera que se encuentran implicadas en el proceso variables de la persona (Cognitivos, emocional y del comportamiento) y factores culturales y sociales.

El concepto de estigma ha sido estudiado desde diferentes corrientes de conocimiento aplicado a determinados grupos minoritarios. Sus aportaciones han contribuido a elaborar el modelo aplicado a la enfermedad mental. La sociología estudia los grupos sociales y su relación con el medio que los rodea, ahondando en la organización interna, en las relaciones entre miembros y su cohesión. La psicología social estudia los procesos psicológicos del ser humano que condicionan el comportamiento y la interacción social.

La psicología del desarrollo, muestra la forma que afrontar las dificultades, como la enfermedad, a partir de experiencias y características personales.

En los últimos tiempos se ha profundizado en el concepto del estigma asociado a la enfermedad mental. Patrick Corrigan (2003) aplica la Teoría de la atribución causal al proceso de estigmatización. Por otro lado, Bruce Linck y Jo Phelan (2001) lo estudian desde una perspectiva más sociológica, relacionándolo con factores epidemiológicos, socioeconómicos y de salud e introducen un nuevo elemento, el de poder como pieza clave para la estigmatización.

2.3.ENFERMEDAD MENTAL ASOCIADA CON VIOLENCIA

En este punto trataremos la incidencia de la violencia en la enfermedad mental.

La idea de que una persona con enfermedad mental es peligrosa se ha mantenido de forma constantes en todos los ámbitos: en las actitudes individuales de la persona, a nivel social y en medios de comunicación. La violencia constituye una herramienta que fomenta la distancia social, con un gran peso en el proceso de estigmatización (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999).

Stuart (2003) analiza tres dimensiones. En primer lugar, es necesario determinar si realmente los enfermos mentales son más violentos, en segundo lugar, necesitamos conocer los factores que predisponen a una persona a ser violenta y el papel que ello desempeña en una enfermedad mental. Y finalmente, hay que contextualizar el miedo que existe dentro del público con el riesgo real de una enfermedad mental.

En la población se tiende a sobreestimar las tasas de violencia asociada con la enfermedad mental, percibiendo un riesgo mayor al real. En un estudio de Pescosolido, Monahan, Link, Stueve y Kikuzawa (1999) un 17% de los participantes asociaban violencia con personas con problemas de índole emocional. Los medios de comunicación constituyen una vía potente de transmisión de actitudes estigmatizadoras, asociados a la violencia, de los trastornos mentales, identificado además como un elemento principal en el proceso de estigmatización (Wahl y Harman, 1989). Este miedo es difícil de eliminar debido a que se asocia a un factor emocional, lo que puede explicar que conocer las causas y tratamiento de la esquizofrenia no evitan asociarla con la peligrosidad (Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner y Dickson, 2002). Cuando aparecen noticias de actos

violentos perpetrados por una persona con enfermedad mental, aumenta la distancia social hacia ellos, reforzando estereotipos de imprevisibilidad y peligrosidad (Angermeyer y Matschinger, 1995).

2.3.1. INCIDENCIA

La enfermedad mental no es necesariamente sinónimo de violencia a pesar de la generalización del estereotipo. Tampoco todo acto violento realizado por una persona diagnosticada de enfermedad mental se debe a su enfermedad mental. En los estudios que se ha tratado de dilucidar el vínculo entre violencia y enfermedad existen limitaciones, ya que es difícil medir la violencia, normalmente se recurre a testimonios de personas, que sesga la información. Además, estas muestras normalmente no son representativas de la población enferma, sólo de aquellas personas con mayor riesgo de agresividad (Stuart, 2003).

Es un error afirmar que no existe una relación entre la enfermedad mental y violencia (Stuart, 2003). Padecer una enfermedad mental puede conllevar a un aumento de una propensión a la violencia, teniendo en cuenta factores sociodemográficos asociados a una mayor incidencia a la violencia.

2.4.FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA

En este apartado trataremos los factores asociados a la violencia como son: Género, Nivel Socioeconómico, Diagnóstico, Sustancias de Abuso y la sintomatología de la enfermedad mental.

Es necesario determinar al peso que tiene una enfermedad mental en la prevalencia de la violencia en la sociedad. También es importante analizar los factores determinantes de la violencia en la población en general, así como antecedentes previos de violencia y el uso de sustancias en relación con un episodio de agresividad.

2.4.1. GENERO

Dentro de la población con enfermedad mental no existe diferencia por género. Sin embargo, el comportamiento violento varía de uno a otro. Las mujeres muestran mayor agresividad verbal, mientras que los varones recurren más a la física (Krakowski y Czobor, 2004). Las mujeres además tienden a focalizar la violencia en personas de su

entorno, mientras que los varones tienen mayor disposición a agredir a extraños (Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz y Bolduc, 1998).

2.4.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO

La precariedad y desigualdad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de una actitud violenta (Aebi et al. 2014). El hecho de que la enfermedad mental y el estigma asociado a ella suponen una pérdida de un estatus socioeconómico palpable (Link y Phelan, 2001). La enfermedad puede suponer un descenso del sujeto en la escala social, que puede conllevar a aumentar situaciones marginales y la violencia. Es por tanto la correspondencia con estos factores lo que conlleva el riesgo y no la enfermedad por sí misma.

2.4.3. DIAGNOSTICO

Si partimos de la base que la enfermedad mental puede suponer un incremento de la violencia, es necesario conocer las diferencias existentes según el diagnóstico. En contra de lo que pueda parecer la esquizofrenia no parece ser la patología más agresiva, la tasa de violencia por trastorno bipolar es similar a la de la esquizofrenia (Volavka, 2013). En ambas enfermedades también aumenta el riesgo si existe abuso de sustancias.

2.4.4. SUSTANCIAS DE ABUSO

El alcohol y cocaína son las sustancias más relacionadas con crímenes violentos (Vicens-Pons, 2009). Parece que la opinión en la población es consciente del papel que juega el abuso de sustancias con el incremento de las tasas de violencia. Dada la alta prevalencia por el abuso de sustancias, es necesario una identificación precoz, y un abordaje correcto como un factor de protección importante en conductas violentas (Torrey, 2011).

2.4.5. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La descompensación clínica es un factor de riesgo en la aparición de episodios violentos. En la esquizofrenia, se produce una conducta antisocial y los síntomas propios de una fase aguda (Volavka, 2013). Los síntomas psicóticos, se pueden asociar con un incremento de la conducta violenta (Link, Stueve y Phelan, 1998). Ante las alucinaciones, sólo constituyen un riesgo aquellas que explícitamente ordenan la comisión de algún acto violento. Cuando aparece la violencia en el caso del trastorno bipolar, se asocia normalmente a la fase maníaca (Volavka, 2013). Son algunos de los síntomas de la enfermedad mental y no esta en sí misma lo que condiciona la violencia. Si este mensaje se transmite a la sociedad puede disminuir el estigma asociado a ella (Torrey, 2011).

2.5. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD

El estigma genera un gran sufrimiento a aquel que lo sufre, repercute en la autonomía personal y de sus derechos personales, en su calidad de vida y relaciones personales (Corrigan y Watson, 2002). Todo ello condiciona el acceso a los servicios sanitarios y la búsqueda de ayuda (Henderson, Evans-Lackoy Thornicroft, 2013). El ser humano, al constituir un trozo de la sociedad en la que vive, interioriza también sus valores. Al adquirir una etiqueta como es la enfermedad mental, surgen los mismos estereotipos y prejuicios que el resto. Si no se pone freno y dirige estos comportamientos sobre sí mismo se comienza con el proceso de auto-estigmatización pudiendo llegar a ser muy perjudicial (Corrigan y Rao, 2012).

Existen tres niveles de discriminación: directa, estructural y auto-estigma, si se interrelacionan actúa como un cuarto factor, haciendo crecer de forma exponencial el efecto por separado (Corrigan y Watson, 2002).

2.5.1. ESTIGMA DIRECTO

En la mayoría de la sociedad se encuentran manifestaciones discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental (Link et al. 1999). Ocurriendo además prácticamente en toda cultura (Fabrega, 1991). La discriminación directa se aprecia en las interacciones personales establecidas por el individuo con los demás. A nivel social, en el acceso a servicios en condición de desigualdad respecto a los demás.

La sociedad normalmente evita establecer contacto con el enfermo, lo que se denomina distancia social. Una amplia porción de la sociedad reconoce que tiene poca predisposición en socializar, trabajar o a integrar a una persona con enfermedad mental (Martin, Pescosolido y Tuch, 2000). Los afectados perciben estas actitudes discriminatorias, en las que de forma frecuente escuchan comentarios ofensivos sobre las personas con enfermedad mental, donde refieren que los medios de comunicación juegan un papel fundamental, de forma que son tratados como personas incompetentes y rechazados en las relaciones interpersonales (Wahl, 1999).

2.5.1.1. ESTIGMA Y EMPLEO

Actualmente no existe literatura suficiente que relacione el padecimiento de una enfermedad mental con una repercusión en el desarrollo profesional, sin embargo, los investigadores parecen coincidir en relacionarlo con peores condiciones laborales (Corrigan, Powel y Rusch, 2012). El trabajo constituye un pilar muy importante en la recuperación del trastorno mental, en el ámbito del control de síntomas y como integración en la vida social. Por tanto, el trabajo debe ser un objetivo prioritario por su papel terapéutico (Drake y Whitley, 2014). Sin embargo, las personas con enfermedad mental tienen menos posibilidades de conseguir un empleo (Wahl, 1999). Así como de perderlo al conocer la enfermedad (Henderson, Williams, Little y Thornicroft, 2013) por lo que aumenta el número de personas que tratan de mantenerlo en secreto (Corrigan y Ludin, 2012).

2.5.1.2. ESTIGMA Y SALUD

El estigma asociado a la enfermedad mental repercute de forma multidimensional en el tratamiento de quien la padece. La evaluación del tratamiento se realiza mediante 3 dominios (Mitchell, Malone y Doebbeling, 2009): Evolución del estado de salud a causa de los cuidados; facilidad de acceso al tratamiento en el momento adecuado; percepción del usuario en la participación en el tratamiento.

2.5.1.2.1. Evolución del estado de salud a causa de los cuidados

La población con enfermedad mental tiene una tasa de mortalidad superior a la población general. El incremento viene de unos factores de riesgo inherentes al padecimiento de una enfermedad mental: incidencia mayor de enfermedades crónicas, efectos secundarios de fármacos psiquiátricos, suicidio y muerte accidental o violenta (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler y Laursen, 2011) y el abuso de drogas como cocaína (Ochoa, 2000). Una gran parte de la población con enfermedad mental sufre, además, comorbilidad patológica, especialmente entre la población de mayor edad. A ello contribuye la incidencia en esta población en hábitos poco saludables (tabaco, sedentarismo, malos hábitos nutricionales), lo que se traduce en un incremento de la discapacidad funcional, un empeoramiento de la calidad de vida, menor eficacia del tratamiento y mayor mortalidad (Thornicroft, 2011).

2.5.1.2.2. Facilidad de acceso al tratamiento en el momento adecuado

Pese a la alta prevalencia de trastornos mentales, el inicio del tratamiento suele sufrir un retraso importante. El poco acceso a los tratamientos se debe en parte a la poca información sobre la enfermedad, las vías de entrada y el tratamiento. Conocer la enfermedad se relaciona con una predisposición mayor para solicitar ayuda (Henderson et al. 2013). El silencio hacia la enfermedad y los prejuicios que existen sobre ella favorece que exista un inicio tardío del tratamiento (Rush et al 2005). Las personas que debutan en un trastorno mental sufren miedo a las consecuencias de ser etiquetado como enfermo mental, lo que interfiere en la búsqueda de ayuda, agravando los síntomas (Wang et al. 2007). La mayoría acceden a los servicios cuando ya han sufrido un tiempo considerable los síntomas (Kessler et al. 2007) lo que supone un mayor tiempo en una fase de descompensación facilitando situaciones estigmatizadoras (Struening, Perlick, Link, Hellman, Herman y Sirey, 2001).

2.5.1.2.3. Percepción del usuario en la participación en el tratamiento

Una actitud positiva frente al tratamiento mejora la adherencia (Sirey et al. 2001). Sin embargo, aquellos que perciben estigma suelen retrasar el inicio del tratamiento y suelen abandonarlo (Franz, Carter, Leiner, Bergner, Thompson y Compton, 2010).

Los trastornos psicóticos se asocian con niveles más altos de estigmatización por su vínculo con violencia e imprevisibilidad (Pescosolido et al. 1999). En pacientes con enfermedad mental grave, el auto-estigma constituye una barrera importante en la búsqueda de cuidados, independientemente de la patología (Rüsch et al. 2009).

El profesional toma un papel muy importante e las actitudes del paciente, así, actitudes de tolerancia supone una mayor implicación en el tratamiento (Henderson et al. 2013).

2.5.2. ESTIGMA ESTRUCTURAL

El estigma estructural es la estratificación social produciendo un trato desigual a grupos minoritarios. Esta discriminación se observa en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Según Corrigan, Markowitz y Watson (2004) existen dos tipos de estigma que interactúan entre sí: la discriminación intencionada y la no intencionada.

2.5.2.1. DISCRIMINACIÓN INTENCIONADA

Se comprende de normas específicamente dictadas para privar de derechos a una determinada minoría (por ejemplo, las leyes que restringían el acceso a servicios públicos por personas de color). Las personas con enfermedad mental habitualmente han sido discriminadas en derechos como el voto, la paternidad, trabajo, etc. Esta discriminación se ha ido realizando debido a la etiqueta atribuida a la enfermedad.

2.5.2.2. DISCRIMINACIÓN NO INTENCIONADA

Es consecuencia de normas que en principio no tenían como objetivo limitar derechos. Donde las instituciones no dan una respuesta adecuada a la pérdida de una vivienda o de relaciones sociales derivadas de una enfermedad mental (Muñoz, Pérez y Panadero, 2004). Los centros sanitarios destinados a la salud mental están normalmente separados del resto de especialidades (Corrigan, 2004), además de la presencia de personal de seguridad, espacios cerrados con llave, se justifican normalmente, además de por las manifestaciones de la enfermedad, por el estigma asociado, donde se atribuye violencia y peligrosidad a las enfermedades mentales (Pescosolido et al. 1999). Existe además una diferencia a la partida económica destinada a las enfermedades mentales comparado con las físicas (World Health Organization, 2001) agravado durante los periodos de crisis, donde se reducen las partidas a la salud mental y a sistemas de protección, a pesar de que es en esos periodos donde se incrementa la atención a trastornos de adaptación y puede observarse en algunos casos un aumento de las tasas de suicidio (Bravo Ortiz, 2011).

2.5.3. AUTO-ESTIGMA

Es el proceso por el que la persona con enfermedad mental dirige hacia sí mismo los estereotipos y rompe su identidad como miembro de la sociedad en pleno derecho. Es necesario diferenciar los diferentes de conceptos de estigma: estigma experimentado, estigma percibido y auto-estigma. El estigma experimentado es la discriminación a casusa de haber recibido un determinado diagnóstico (Wahl, 1999). El estigma percibido es el conjunto de actitudes que las personas achacan al grupo de enfermos mentales, anticipando conductas de discriminación (Link, Struening, Neese-Todd, Asmunssen y Phelan, 2001). El estigma percibido puede describirse también como la consciencia de la presencia de estereotipos en la sociedad, siendo aquellos individuos que los dirigen hacia sí mismo los que sufrirán el auto-estigma (Watson, Corrigan y Larson, 2007).

2.5.3.1. CONCEPTO DE AUTO-ESTIGMA

Corrigan y Rao (2012) explican el proceso del auto-estigma, para poder comprenderlo se han de observar tres pasos que se llevan a cabo:

- Interiorización de estereotipos: El individuo interioriza los estereotipos del grupo al que pertenece antes de que sea etiquetado por el diagnóstico.
- Conformidad con los estereotipos: Tras el diagnóstico, puede asumírselos y aceptar la idea de que la enfermedad mental lo hace diferente y lo degrada.
- Aplicación de los estereotipos: El afectado puede reaccionar contra la injusticia, facilitando la implicación en el tratamiento.

2.5.3.2. CONSECUENCIAS DEL AUTO-ESTIGMA

El auto-estigma tiene consecuencias en la forma que el afectado se relaciona con la enfermedad. Si acepta la imagen social negativa, conllevará una disminución de la autoestima pudiendo surgir reacciones de desesperanza (Link et al. 2001). El auto-estigma facilita llevar a cabo actitudes poco adaptativas, como llevar en secreto la enfermedad, evitación o aislamiento (Wahl, 1999). Pudiendo agravar los síntomas y sumar un estrés añadido a la enfermedad mental (Corrigan, 2006). Se ha encontrado que un menor nivel de estigma percibido mejora la adherencia a la medicación y al tratamiento en la enfermedad mental (Sirey et al. 2001). Por tanto, el auto-estigma se muestra como una importante barrera para la recuperación (Sirey et al. 2001) mientras que el empoderamiento de los individuos constituye una estrategia para hacer frente a ello (Corrigan, 2006).

2.6. VARIABLES EN RELACIÓN AL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

El proceso de estigmatización no es uniforme en todos los casos, cada cultura tendrá un modo particular de relacionarse con la enfermedad mental, el diagnóstico de enfermedad mental también condiciona la forma de ser tomado por la comunidad y la familiaridad con la enfermedad mental constituye un factor importante.

2.6.1. CULTURA

Cada cultura se relaciona con la enfermedad mental conforme dicte sus creencias, ya que son las tradiciones incluidas en cada cultura lo que determinan las actitudes. El desarrollo histórico de la locura pesa en el trato de esta sobre la enfermedad mental. En la cultura occidental se muestra principalmente una visión médica de la enfermedad (Zilboorg y Henry, 1941). También la cultura islámica adoptó la visión médica influenciado por el médico Ibn Sina (Avicena).

Durante los últimos tiempos, en el mundo occidental se ha ido incrementando la tendencia a la estigmatización de los enfermos mentales (Torrey, 2011). En un análisis comparativo de resultados entre 1996 con los de 1950 los estereotipos de peligrosidad e imprevisibilidad se habían incrementado en 2,5 veces (Link et al. 1999).

2.6.2. DIAGNÓSTICO

Normalmente se asume la idea de la enfermedad mental sin asociarse a una patología en concreto, se les atribuyen características con conductas antisociales, drogodependencia o prostitución (Corrigan y Watson, 2002). Sin embargo, los problemas que se engloban en el concepto de la enfermedad mental son muy diferentes entre sí.

Se encuentran diferencias entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos (Crisp, Gelder, Goddard y Meltzer, 2005). En general, los trastornos psicóticos son el grupo de pacientes más estigmatizado (Corrigan, 2004). El estereotipo que existe en cada diagnóstico desempeña un importante papel en la percepción, así, a pesar de que los trastornos psicóticos son los más estigmatizados, a este grupo se le culpabiliza menos a quienes sufren esta enfermedad que a los afectados de alteraciones en la conducta alimentaria, a atribuir a estos últimos, más responsabilidad sobre su situación (Rush et al. 2005).

2.6.3. GÉNERO

En una revisión sistemática realizada por Holzinguer, Floris, Schomerus, Carta y Angermeyer (2012) concluyó que el género parece influir en las actitudes públicas respecto a la enfermedad mental, tradicionalmente se tiende a asociar mayor conducta estigmatizadora en hombres (Crisp et al. 2005), las mujeres no parecen, salvo excepciones tomar actitudes más positivas respecto a la enfermedad que los hombres, pero cuando una mujer enferma, recibe menos rechazo que los hombres.

2.6.4. FAMILIARIDAD

La familiaridad es el conocimiento de la enfermedad mental a través de experiencias directas con personas con enfermedad mental. Existen dos teorías sobre el papel del contacto en la disminución del estigma: Teoría de la atribución causal (Corrigan, 2002) y la teoría de la Re-categorización. La Re-categorización postula que, al entrar en contacto con un miembro externo, por medio de interacción social, se producen cambios en la clasificación de las personas mostrando actitudes inclusivas. Por tanto, el contacto puede ayudar a reducir prejuicios (Watson y Corrigan, 2005).

El contacto contribuye a mejorar el conocimiento de la enfermedad mental, lo que lleva a reducir actitudes negativas (Crisp et al. 2005), minimizando la distancia social.

2.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Link, Yang, Phelan y Collins (2004) realizaron una revisión de los instrumentos empleados para la medición del estigma hacia la enfermedad mental. Dividió los 109 estudios analizados en no experimentales, experimentales, cualitativos y revisiones de literatura. Los primeros son los más frecuentes (60%), seguidos de estudios cualitativos (13,8%) y trabajos experimentales (7,3%). En relación a los instrumentos utilizados para medir el estigma se dividen en: Medidas de conocimiento, Nivel de contacto previo, medidas de actitudes y opinión, medidas de comportamiento y distancia social, medidas de estigma percibido y las medidas de auto-estigma.

2.7.1. MEDIDAS DE CONOCIMIENTO

Se utilizan para medir el conocimiento de la enfermedad mental, basado en el principio de que la información que se posea de la enfermedad repercute en la actitud hacia ella (Corrigan y Penn, 1999). A continuación se describen las siguientes escalas: Knowledge Test About Mental Illness, In Our Own Voice Knowledge Measure, The Mental Health Knowledge Scale.

- Knowledge Test About Mental Illness (Sriram y Greenwald, 2009)
Escala compuesta de catorce ítems sobre la enfermedad mental grave y a la rehabilitación, que se responden dicotómicamente: verdadero/falso.
- In Our Own Voice Knowledge Measure (Corrigan, 2008)

Instrumento creado y empleado en la campaña que le da nombre. Consta de doce ítems sobre aspectos importantes del conocimiento sobre la enfermedad mental. Se puntúa en una escala Likert 1-7, correspondiendo la mayor puntuación a un mayor grado de conocimiento.

- The Mental Health Knowledge Scale (Wood y Wahl, 2006)
Instrumento que analiza seis áreas de conocimiento: búsqueda de ayuda, reconocimiento de la enfermedad, soporte, empleo, tratamiento y recuperación.

2.7.2. MEDIDAS DE NIVEL DE CONTACTO PREVIO

Son escalas que miden el grado en el que los individuos han contactado con personas con enfermedad mental, como ya se ha dicho, la familiaridad se asocia con cambios en actitudes estigmatizadoras (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak y Penn, 2001). A continuación se describe la escala: Level of Contact Report.

- Level of Contact Report (Holmes, Corrigan, Williams, Canar y Kubiak, 1999)
Representan situaciones en gradiente en el nivel de contacto previo con personas diagnosticadas de enfermedad mental, desde ninguno a convivencia íntima. Se responde de forma dicotómica (Si/No) y la puntuación final representa el grado de intimidad.

2.7.3. MEDIDAS DE ACTITUDES Y OPINIÓN

Son escalas para cuantificar los componentes del proceso de estigmatización. Se describen a continuación las escalas: Opinion About Mental Illness Questionnaire y Community Attitudes Towards The Mentally Ill.

- Opinion About Mental Illness Questionnaire (OMI)
Desarrollada por Cohen y Struening (1962) analizando las respuestas de trabajadores de dos hospitales psiquiátricos. Consta de cincuenta y un ítems, agrupadas en cinco dimensiones representativas: autoritarismo, benevolencia, restricción de derechos civiles, cuestiones etiológicas y similitud con otras enfermedades. Resulta útil por la amplitud de cuestiones que explora. Su principal desventaja es que no recoge cuestiones que han surgido posteriormente a su aparición, como las consecuencias de la desinstitucionalización y el peso de factores genéticos (Link et al. 2004).
- Community Attitudes Towards The Mentally Ill (CAMI)

Desarrollado por Taylor y Dear (1981) con el objetivo de dar respuesta a las limitaciones de la OMI. Mantiene tres factores de esta (autoritarismo, benevolencia y restricción social) añadiéndole un cuarto: la ideología sobre la enfermedad mental. Ha sido criticada en que algunos enunciados pueden ser de por sí estigmatizadores (Mehta, Kassam, Leese, Butler y Thornicroft, 2009). El punto fuerte respecto a la OMI es que explora las actitudes hacia los tratamientos comunitarios.

2.7.4. MEDIDAS DE COMPORTAMIENTO Y DISTANCIA SOCIAL

Evalúan el comportamiento de manera indirecta, es decir, en la intención de actuar de una determinada manera con una persona con enfermedad mental. Se describen a continuación las escalas: Social Distance Scale y The Reported & Intended Behaviour Scale.

- Social Distance Scale (SDS) (Link, 1987)
Desarrollado por Borgardus en 1925, determina el nivel de confianza tolerable de un grupo de personas para otras. Se solicita que los participantes que puntúen a aceptación en diferentes supuestos: permitir trabajar a una persona con enfermedad mental, cuidar se niños, etc. Compuesta de siete ítems en escala puntuable de 0 a 3. A mayor puntuación, mayor deseo de distancia social respecto a las personas con enfermedad mental.
- The Reported & Intended Behaviour Scale (RIBS) (Evans-Lacko et al. 2011)
Instrumento informatizado y rápido. Mide el comportamiento a partir de una predisposición a mantener el contacto con personas con enfermedad mental. Ej. ¿Vive usted o ha vivido con una persona con enfermedad mental?

2.7.5. MEDIDAS DE ESTIGMA PERCIBIDO

Son instrumentos que miden lo que una persona con enfermedad mental cree sobre lo que opinan el resto acerca de ellos. Se describe a continuación la escala: Mental Health Consumers Experience Of Stigma.

- Mental Health Consumers Experience Of Stigma (Wahl, 1999)
Cuestionario autoadministrado que incluye nueve estamentos sobre experiencias de discriminación en las relaciones personales y otros doce ítems que miden experiencias de discriminación a otros niveles (Empleo, oportunidades, vivienda, etc.)

2.7.6. MEDIDAS DE AUTO-ESTIGMA

Evalúa el grado de internalización del estigma por parte del paciente. Se describe a continuación la escala: Self-Stigma of mental Illness Scale.

- Self-Stigma of mental Illness Scale (SSMIS) (Corrigan, 2008).
Compuesta de 29 ítems en escala Likert de cuatro puntos. Consta de cinco sub-escalas: alineación, acuerdo con los estereotipos, experiencia discriminatoria, evitación social y resistencia al estigma.

2.8.GRUPOS DE POBLACIÓN RELEVANTES EN LA GESTIÓN DEL ESTIGMA

Existen diferentes grupos que resultan de una gran importancia en relación al proceso de estigmatización, debido a que pueden tener una relación directa con las personas con enfermedad mental o por ser transmisores del estigma. Entre ellos, se encuentran los profesionales de la salud, especialmente de salud mental ya que constituyen la puerta de entrada del paciente al tratamiento y los medios de comunicación, ya que se identifican como potentes difusores de estereotipos negativos sobre la enfermedad mental.

2.8.1. PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Las actitudes de enfermeras hacia personas con enfermedad mental crean un gran impacto en la atención, ya que es la enfermera la que está más estrechamente conectada con el cuidado del paciente (Conner, 2015). El distanciamiento del profesional con el paciente genera tensión, interfiriendo en la recuperación del afectado. La percepción del paciente respecto a las actitudes de los profesionales de salud condiciona el acceso a los servicios, ya que pueden ser difusores de conductas estigmatizadoras y ser afectados por el estigma de cortesía (Gray, 2002).

2.8.1.1. ESTIGMA PERCIBIDO POR USUARIOS

Los pacientes, en general, se quejan de conductas estigmatizadoras por parte de profesionales, en donde se les despoja de su identidad, se ven castigados, se les trata con condescendencia, excluyéndolos de la toma de decisiones, lo que conlleva una desmoralización del paciente (Corker et al. 2013). Esta desmoralización, se traduce en una posible negativa a llevar a cabo el tratamiento (Pedersen y Paves, 2014).

2.8.1.2. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES

La OMS (2005) señala como objetivo importante incluir al profesional sanitario dentro de programas para combatir el estigma, ya que puede actuar como transmisores de actitudes positivas. Es necesario que los profesionales colaboren en la reducción del estigma, reforzando la implicación de los usuarios en los programas de salud y en programas anti-estigma, ayudándoles a integrarse en la sociedad y a elevar la voz en situaciones de discriminación (Gray, 2002).

2.8.1.3. ESTIGMA DE CORTESÍA EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental se ven afectados por el estigma de cortesía, siendo menos valorado que los que trabajan en otras especialidades (Sartorius et al. 2010), la razón es principalmente que la imagen que se proyecta de los profesionales de la salud mental suele resultar poco realista, donde se relaciona a los servicios hospitalarios como prisiones y el estigma a la psiquiatría puede afectar a los usuarios y en la búsqueda de estos de ayuda y tratamiento.

Cuando un profesional es quien se ve afectado de una enfermedad mental, se niegan a aceptarlo, siendo el estigma una de las razones (Sriram y Jabbarpour, 2005). El miedo a la discriminación por parte de sus colegas de profesión constituye mayor obstáculo que las implicaciones en la carrera profesional (White, Shiralkar, Hassan, Galbraith y Callaghan, 2006).

2.8.2. CUIDADORES Y FAMILIA

Los pacientes, además de lidiar con sus propios estereotipos acerca de la enfermedad, deben afrontar la preocupación que ello genera en sus allegados, por los cambios que supondrá en la dinámica familiar.

2.8.2.1. ACTITUDES DE LOS CUIDADORES Y LA FAMILIA

Cuando se produce un diagnóstico de enfermedad mental se activan creencias en el afectado y en los familiares que tienen respecto a ellas. Lo más común, es atribuir a la enfermedad imprevisibilidad y peligrosidad. Lo que conlleva a una culpabilización del afectado (Östman y Kjellin, 2002). Los familiares que culpan al paciente de padecer una enfermedad mental reaccionan con rabia, menos actitud de ayuda y apoyan tratamientos coercitivos (Corrigan, 2002).

El estigma afecta a las relaciones de familia y repercute en la autoestima de los cuidadores (Wahl, 1989). En un estudio de Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone y Maj (2004) se

observó que los familiares tienden a no reconocer la competencia del enfermo, tomando posturas más restrictivas que los profesionales de la salud y la población en general, esta actitud puede estar en relación con la sobrecarga que supone llevar a cabo los cuidados (Östman y Kjellin, 2002). La hostilidad de la familia puede interferir en el curso de la enfermedad, pudiendo relacionarse con mayor incidencia de actos violentos (Estroff et al. 1998).

2.8.2.2. ESTIGMA PERCIBIDO

El estigma percibido o anticipado es el que tiene mayor impacto en el cuidador. Struening et al. (2001) mostró que el 70% de los cuidadores se anticipan al rechazo de su familiar, y el 43% esperaba que esa discriminación se extendiese al resto de la familia.

El miedo repercute en las estrategias de afrontamiento de la familia, que recurren fácilmente en una ocultación de la enfermedad mental (Phelan, Bromet y Link, 1998). Lo que sería un proceso de auto-estigmatización que se relacionan con aislamiento por parte de los familiares, empobreciendo las relaciones interpersonales (Östman y Kjellin, 2002).

2.8.2.3. ESTIGMA DE CORTESÍA EN LOS CUIDADORES

Las familias pueden ser consideradas parte de la enfermedad mental que padece su allegado, padeciendo el estigma de cortesía. Corrigan, Watson y Miller (2006) compararon la actitud pública de la población ante familiares de enfermos de esquizofrenia, dependencia a drogas y enfisema pulmonar, encontrando que en las dos condiciones psiquiátricas los familiares eran más responsabilizados de la enfermedad.

Es importante llevar a cabo programas dirigidos a fomentar la autoestima de los cuidadores, ya que repercute también en el proceso de la enfermedad mental y en la rehabilitación (Girma, Moller-Leimkuhler, Dehning, Mueller, Tesfaye y Froeschl, 2014).

2.8.3. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación como los difusores de cultura y tendencias sociales, desempeñan un papel muy importante en la lucha contra el estigma. Clement et al. (2013) postula que las intervenciones anti-estigma tratan de minimizar el papel de los medios de comunicación como vehículos de ideas negativas sobre la enfermedad mental y a la difusión de ideas positivas. Estas intervenciones se han demostrado útiles en la reducción de la discriminación.

2.8.3.1. IMAGEN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación tienden a representar los trastornos mentales de forma negativa y sin fundamento, existe variedad dependiendo del medio, pero los estereotipos más comúnmente encontrados son los de persona peligrosa, asociado a la comisión de delitos, imprevisibilidad, no sujeto a normas, en papeles femeninos se asocia con hiposexualidad (Coverdale, Nairn, Claasen, 2002).

De forma longitudinal no se observa una diferencia en la forma de abordaje de la enfermedad mental en los medios. En 2013, Murthy, Fatoye y Wibberley revisaron la evolución de contenidos de los principales periódicos británicos entre 1998 y 2008, se aprecia un incremento de la tasa de artículos en relación a la enfermedad mental, primando un lenguaje peyorativo, donde los vocablos más utilizados son los de “violencia” y “drogas”, se refuerza la idea de que es necesario protegerse de los enfermos.

El trato que recibe la enfermedad mental por parte de los medios de comunicación puede ser consecuencia de estrategias de comunicación donde se decide apostar por el sensacionalismo (Matas, El-Guebaly, Peterkin, Green y Harper, 1985). Pese a ello, los medios de comunicación pueden convertirse en un aliado en función del mensaje que se transmita. El programa “Time to Change” emplea nuevas tecnologías, difundiendo eslóganes en diferentes medios de comunicación (televisión, radio, cine, on-line). La realización de la campaña se asocia con un incremento del conocimiento sobre salud mental, más actitudes favorables y cambios en el comportamiento (Evans-Lacko et al. 2013). La información transmitida por los medios de comunicación puede determinar actitudes y comportamientos en la población. Angermeyer y Matshinger (1995) estudiaron el efecto de noticias de crímenes cometidas por personas con enfermedad mental, se observó que tras cada noticia aumentaba la distancia social.

2.9. INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL ESTIGMA

Normalmente se han descrito tres tipos de intervenciones para combatir el estigma: Protesta, educativas y de contacto directo (Corrigan et al. 2001). Todo componente del proceso de estigmatización puede ser blanco de alguna intervención. La mayoría se orientan en modificar los estereotipos negativos hacia la enfermedad mental, abortando el comportamiento discriminatorio, sin embargo, para obtener los mejores resultados es

conveniente dirigir estrategias a diferentes aspectos del estigma, en diferentes sectores de la población y mediante validación empírica (Link y Phelan, 2001).

Las principales limitaciones de las estrategias son una deficiencia en la estimación del efecto y dificultades para realizar una inferencia estadística de los resultados, así como ausencia habitual de un grupo control (Griffiths, Carron-Arthur, Parsons y Reid, 2014).

Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz y Rusch (2012) realizaron una revisión sistemática donde concluyó que el contacto directo y la educación resultan eficaces en la disminución del estigma en la población adulta y adolescente. La estrategia con más impacto fue la de contacto directo en adultos y la de educación en adolescentes. Las campañas de protesta no parecen tener una consecuencia importante en la reducción del estigma.

El empoderamiento se perfila como una intervención muy importante en la gestión del auto-estigma en el paciente para mejorar sus condiciones de vida.

2.9.1. PROTESTA

Esta intervención se basa en modificar la representación negativa de la enfermedad, oponiéndose de forma pública al trato discriminatorio a las personas afectadas de una enfermedad mental. Se pretende dar conocimiento al público de un problema existente. Parece tener un efecto a corto plazo, pero le resta eficacia a la hora de intentar alcanzar cambios reales. Esta intervención puede contribuir a mejorar la autopercepción del individuo y sensación de poder en aquellos que participan de forma activa en los movimientos reivindicativos (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

2.9.2. EDUCACIÓN

Se basa en difundir el conocimiento sobre la enfermedad mental. Partiendo del principio de que la información disminuye la incidencia de estigmatización (Corrigan y Penn, 1999). Tiene el objetivo de desmontar mitos y errores conceptuales sobre las características inherentes de la enfermedad mental. Se difunde información a través de diferentes herramientas didácticas (videos, audio, libros, etc.), y debería incluirse siempre la implicación activa de los participantes fomentando la puesta en común de puntos de vista (Schulze, Richter-Werling, Matschinger y Angermeyer, 2003).

Esta estrategia se usa de forma frecuente en combinación con la de contacto directo (Corrigan y Watson, 2004). Ambas se demuestran más eficaces respecto a la protesta

(Corrigan et al. 2001) y en combinación influye de forma positiva en la búsqueda de ayuda (Pinto-Foltz, Logsdon, Myers, 2011).

2.9.3. CONTACTO DIRECTO

Es esta estrategia la que se postula como la más importante para cambiar conductas y actitudes (Corrigan, 2011). Pese a que es más difícil que la difusión de estrategias de educación, el contacto directo, puede tener impactos significativos (Watson y Corrigan, 2005).

Según Corrigan et al. (2014) las claves del programa anti-estigma basado en el contacto directo son:

- Elegir un grupo objetivo específico, adaptándose a las características.
- El contenido se basa en la intervención por parte de personas con enfermedad mental.
- Contacto real de forma que se facilite el dialogo con los participantes.
- Evaluación y seguimiento tras la intervención.

La principal limitación de esta intervención es la dificultad para ser exportada, por lo que se han propuesto intervenciones de contacto mediante contenido audiovisual, pero se muestran menos eficaces que el contacto en vivo (Corrigan, 2011). Diferentes estudios demuestran que, en la población adolescente, la educación en combinación con el contacto se consiguen mejores resultados que simplemente con la intervención educativa (Pinto-Foltz, Cynthia Logsdon, 2009).

2.9.4. EMPODERAMIENTO

El empoderamiento es el incremento de la fortaleza personal con el fin de que mejoren sus condiciones de vida. Trata de facilitar la gestión del paciente con el auto-estigma, dando herramientas útiles para recuperar la identidad perdida, aumentar la autoestima, la calidad de vida y una mejor visión de la población (Corrigan y Rao, 2012). Se han destacado estrategias para facilitar el empoderamiento: la difusión pública y grupos de ayuda mutua.

3. OBJETIVOS

1. Conocer las actitudes hacia las enfermedades mentales en los estudiantes de enfermería.
2. Analizar diferencias en función de género, edad, profesión y contacto previo en las actitudes sobre la enfermedad mental.
3. Destacar la importancia del estigma en los cuidados de enfermería.

4. METODOLOGÍA

4.1.DISEÑO

Se ha realizado el estudio a través de un diseño observacional descriptivo transversal

4.2.MUESTRA

La población objeto de estudio estuvo conformada por alumnos del Grado de Enfermería de la Universidad de Almería. La muestra (208 alumnos, de los cuales 162 chicas y 46 hombres) fue seleccionada mediante muestreo por conveniencia, en los que se incluyeron en el estudio aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión durante los días 6, 9, 13 y 14 de Marzo de 2017. Se tomaron variables sociodemográficas como edad, sexo, profesión y conocimiento previo de la enfermedad mental.

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Estudiante de enfermería de la universidad de Almería.
- Acceder de forma libre y voluntaria a participar en el estudio.

Los criterios de exclusión han sido los siguientes:

- Haber cursado previamente algún estudio relacionado con la enfermería psiquiátrica, como por ejemplo haber realizado algún curso previo sobre salud mental, ya que su opinión sobre las personas con enfermedad mental puede verse condicionada.
- Trabajar o haber trabajado en servicios sanitarios relacionados con las enfermedades mentales.

Con estos criterios se pretendió que en la muestra se plasmase la opinión referente a las enfermedades mentales de los estudiantes que no tenían conocimiento sobre enfermería psiquiátrica.

4.3. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS. VARIABLES.

4.3.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

A los participantes se les pregunta previo a la realización del cuestionario la edad, profesión, sexo y si tienen conocimiento sobre la enfermedad mental y de qué forma se ha realizado ese contacto.

4.3.2. ESTIGMA SOCIAL

Para la evaluación del estigma social se utilizó la adaptación española de la escala Community Attitudes towards Mental Illness (Ochoa et al. 2015) disponible en ANEXO 1.

Desarrollada por Taylor y Dear (1981). Se trata de una escala compuesta por 40 ítems, valorados con escala Likert de 5 puntos, que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y otros 5 en negativo. La puntuación de cada subescala es igual a la suma de los ítems en positivos y la inversa de los ítems negativos. La subescala de autoritarismo evalúa opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos. La subescala benevolencia puntúa las actitudes de acogida hacia los pacientes, pudiendo llegar a una actitud paternalista. La subescala de restricción social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar antes y después de la hospitalización. En último lugar, la subescala de ideología de la salud mental en la comunidad evalúa actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general.

4.4.PROCEDIMIENTO

El estudio fue planificado durante el mes de Febrero de 2017, ya que el objetivo del estudio fue conocer las actitudes hacia la enfermedad mental antes de recibir formación sobre enfermería psiquiátrica. Se observó que en el plan de estudios del Grado de Enfermería los primeros contenidos sobre el tema se imparten durante el tercer curso del grado durante la asignatura de Salud Mental. Por ello se determinó que la muestra estaría compuesta por alumnos de primer y segundo curso del Grado en Enfermería. Se contactó con el profesorado que imparte en estos cursos para poder acceder a la muestra al inicio de una clase, concertando día y hora, se explicó el objeto y contenido del estudio.

Tras esto, se repartió a cada participante el cuestionario para su cumplimentación. Se solicitó, además, permiso a la comisión de investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina para la realización del estudio a los estudiantes de Enfermería.

4.5.ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información procedente del cuestionario administrado, junto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, profesión y conocimiento previo de la enfermedad mental), fueron recogidas, verificadas e introducidas en el programa estadístico SPSS para Windows versión 24.0. El Análisis de datos consistió:

- Cálculo de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, de los ítems del cuestionario y subescalas del mismo.
- Comparación de medias de las variables estudiadas.
- Se utilizó un intervalo de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

4.6.ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se han seguido los principios de la declaración de Helsinki. Se informó previamente a los participantes del objeto y contenidos de la investigación. Se utilizó un formato de consentimiento informado en el que de forma voluntaria daban su consentimiento para formar parte del estudio (ANEXO 2), después se les informó que en caso de necesidad podían abandonar el estudio sin explicación ni recibir sanción alguna. La participación en el estudio no supone ningún riesgo para su salud física o mental. Este

estudio ayudará a conocer las creencias de los estudiantes de enfermería hacia personas con enfermedad mental

El cuestionario fue administrado de forma grupal durante una hora lectiva, los participantes realizaron el estudio de forma individual. Todos los cuestionarios son rellenados por los participantes de forma anónima, la información fué analizada de manera que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de forma personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable, y será utilizada sólo para este estudio.

4.7.CONFLICTO DE INTERESES

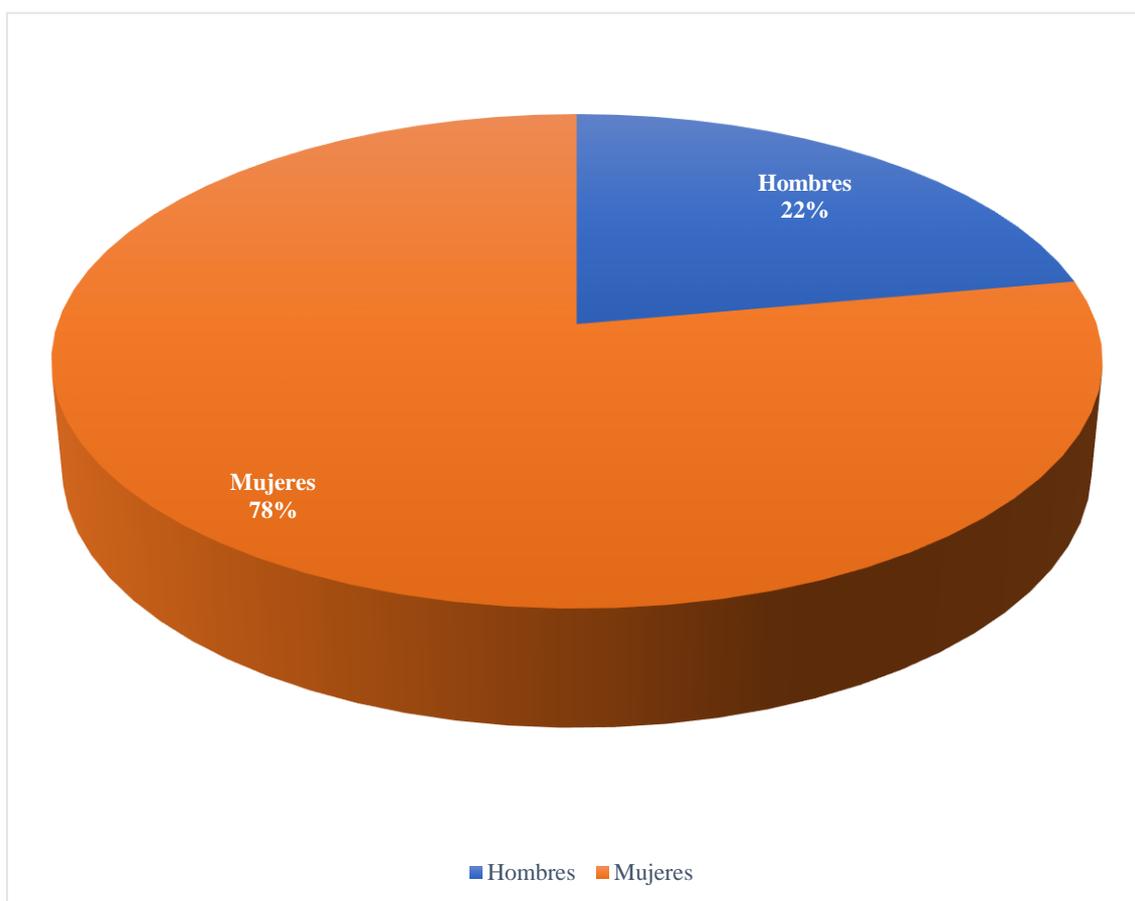
Los investigadores de este estudio declaran no tener conflicto de intereses.

5. RESULTADOS

A continuación, se expondrán los resultados, en primer lugar, se mostraran los resultados sobre variables demográficas y después las demás variables del estudio.

5.1.VARIABLES DEMOGRÁFICAS

El estudio se llevó a cabo en 208 alumnos de Enfermería de la Universidad de Almería de 1º y 2º curso. En cuanto al género (Gráfica 1), existe un predominio femenino en la muestra, 162 mujeres (77,9%), frente a 46 hombres (22,1%).



Gráfica 1. Distribución por sexo

La gráfica 2 muestra la distribución por edad de la muestra en la que se observa una media de edad de 21 años, donde la mayor población se sitúa en 19 años (33%), el 83,7% de los participantes tiene una edad inferior a 22 años.

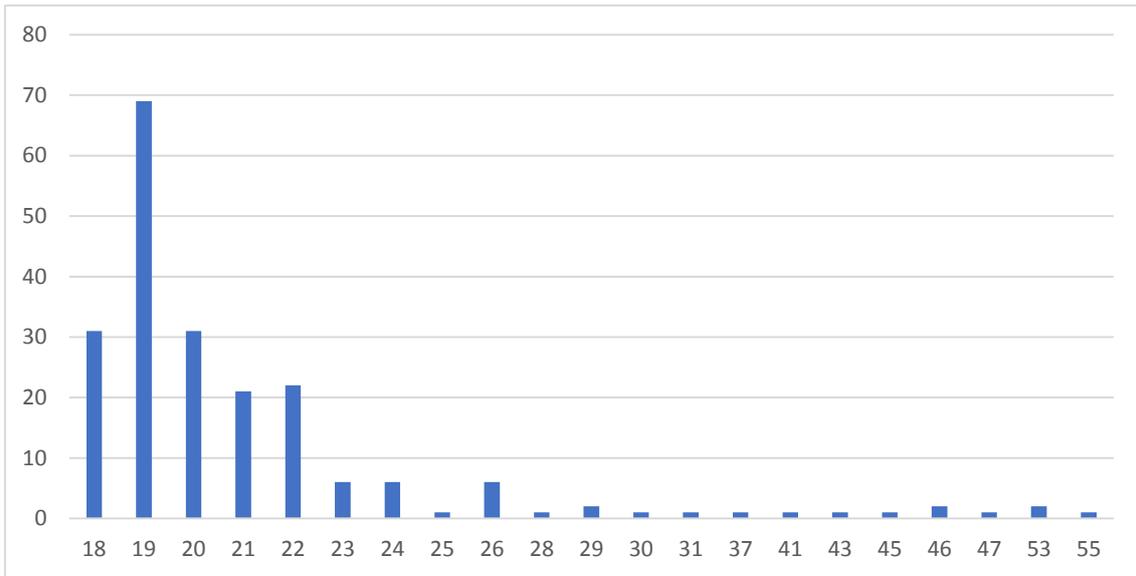


Gráfico 2. Distribución por edad

Con respecto a la profesión (Gráfico 3), 195 personas (93,8%) de los que respondieron a la pregunta se dedican solamente a estudiar, y 13 participantes se dedican además a diferentes profesiones relacionadas con la sanidad: 2 técnicos en emergencias sanitarias (1%), 7 Auxiliares de enfermería (3,4%), 1 Celador (0,5%), 1 Higienista Bucodental (0,5%) y 2 Técnicos de imagen para el diagnóstico (1%).

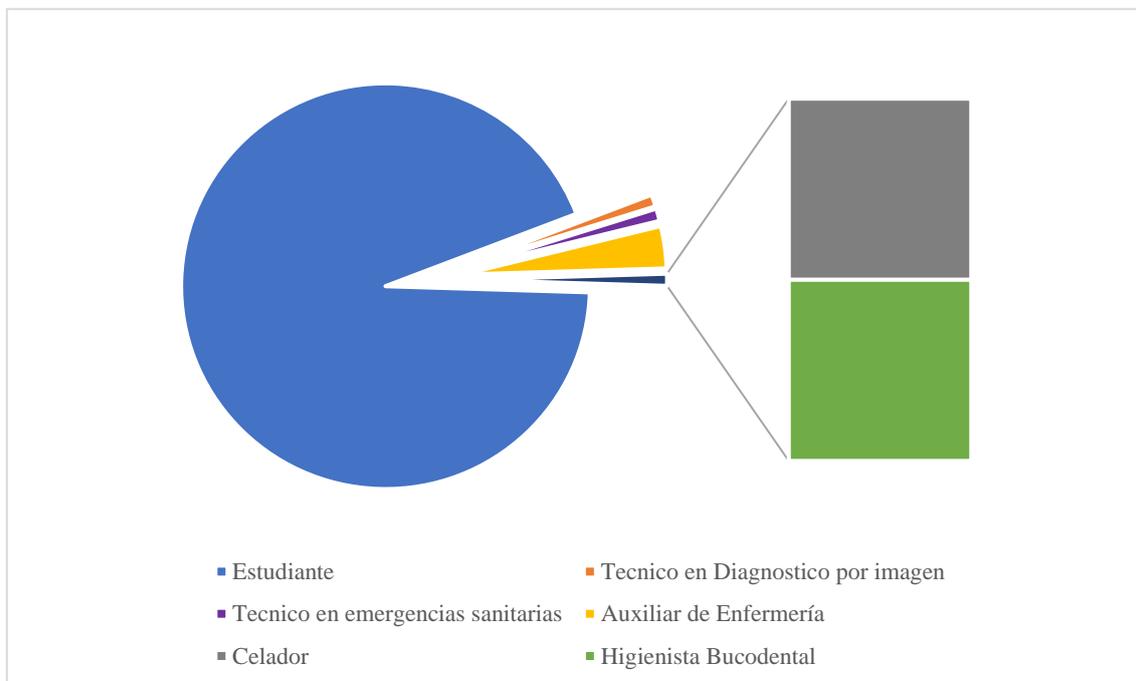
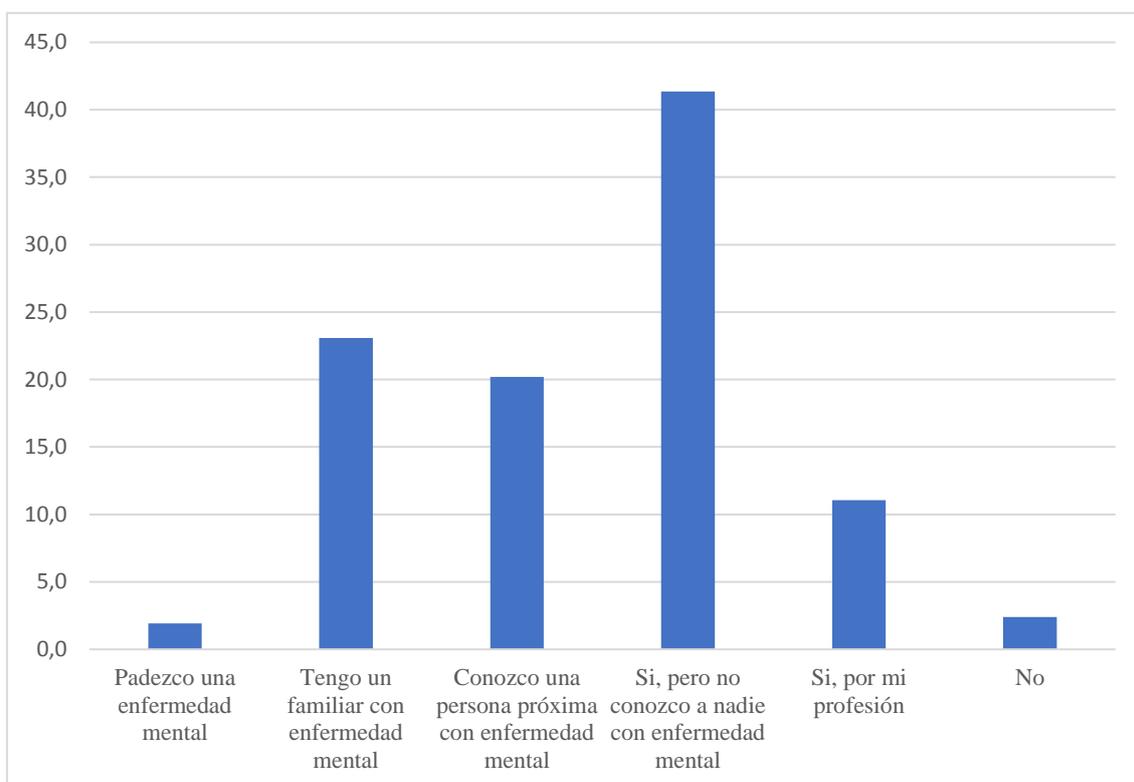


Gráfico 3. Distribución de profesiones

A los participantes se les preguntaba también acerca del conocimiento que poseían de las enfermedades mentales (Gráfica 4). De los encuestados, 4 personas (1,9%) refería conocerlas al padecer una enfermedad mental. 48 de ellos (23,1%) tienen un familiar con enfermedad mental, 42 (20,2%) conoce alguna persona próxima con enfermedad mental. 86 personas (41,3%) respondieron que conocían los que son las enfermedades mentales, pero no conocían a nadie que la padezca, 23 personas (11,1%) referían conocerlas debido a su profesión y 5 personas (2,4%) respondieron no tener conocimiento alguno acerca de las enfermedades mentales.



Gráfica 4. Nivel de Conocimiento de las Enfermedades Mentales

5.2.VARIABLES DE ESTUDIO

Se ven en general actitudes neutras en las respuestas de los ítems, se encuentran opiniones más positivas, especialmente en los ítems: 2, 3 4, 8 y 10 que corresponden con la subescala de Autoritarismo (Tabla 1).

Tabla 1. Media de Puntuaciones y Desviación Estándar de cada Ítem correspondientes a Autoritarismo.

	N	Media	Desviación estándar
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital	208	3,30	1,085
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales	208	1,89	,769
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	208	4,36	,760
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad	208	1,91	,841
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra	208	2,69	1,290
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad	208	3,78	,911
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente	208	2,75	,910
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	208	4,16	,879

9.	Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales	208	3,38	,965
10.	Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	208	1,62	,808

Los ítems 11, 12, 14, 15, 18, 19 y 20 correspondientes a la subescala Benevolencia (Tabla 2).

Tabla 2. Media de Puntuaciones y desviación estándar de cada ítem correspondiente a Benevolencia.

	N	Media	Desviación estándar
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado	208	4,50	,702
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad	208	1,77	,739
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental	208	3,02	1,105
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público	208	4,35	,627
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio	208	1,46	,701

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes	208	3,53	,822
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño	208	3,38	,892
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales	208	1,55	,679
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental	208	4,03	,903
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local	208	1,88	,736

Los ítems: 21, 25, 26, 27 y 30 correspondientes a la subescala de Restricción Social (Tabla 3).

Tabla 3. Media de Puntuaciones y desviación estándar de cada ítem correspondiente a Restricción Social.

	N	Media	Desviación estándar
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales	208	1,43	,692
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales	208	3,69	,703

23.	Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal	208	2,14	,819
24.	Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios	208	3,90	,868
25.	La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave	208	4,68	,562
26.	Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales	208	2,91	1,013
27.	Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público	208	4,24	,792
28.	La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes	208	2,25	,893
29.	Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto	208	3,19	,775
30.	Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión	208	4,70	,629

Y los ítems 31, 32, 34, 37 y 38 que corresponden con la subescala de Ideología de la salud mental en la comunidad (Tabla 4). En función de la edad existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en los ítems: 10 (P=0.00) y 25 (P=0,001).

Tabla 4. Media de Puntuaciones y desviación estándar de cada ítem correspondiente a Ideología de la salud mental en la comunidad.

	N	Media	Desviación estándar
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales	208	1,63	,933
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales	208	4,10	2,879
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad	208	3,73	,931
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	208	1,66	,730
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales	208	3,90	,725
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	208	2,25	,847
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental	208	1,70	,742
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales	208	4,13	,852
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros	208	3,00	,860

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales	208	3,67	,942
---	-----	------	------

A continuación, en la Tabla 5 se muestran las puntuaciones medias y desviación típica de cada una de las subescalas del cuestionario: Autoritarismo 29, 8, Benevolencia 29, 5, Restricción social 33, 1 e Ideología de la salud mental en la comunidad 29, 7.

Tabla 5. Media de puntuaciones y desviación estándar de cada subescala

	N	Media	Desviación estándar
Autoritarismo	208	29,8221	3,08371
Benevolencia	208	29,4663	2,60783
Restricción Social	208	33,1394	2,42666
Ideología de la salud mental en la comunidad	208	29,7740	3,83121

En la tabla 6 se muestran las puntuaciones medias de cada una de las subescalas del cuestionario teniendo en cuenta el sexo del participante: En la subescala Autoritarismo se observa una media en hombres de 29, 9 y una media en mujeres de 29, 7. En Benevolencia, 29, 6 para hombres y 29, 4 en mujeres. Para restricción social un 32, 7 en hombres y un 33, 2 en mujeres y finalmente para la Ideología de la salud mental en la comunidad, un 29, 7 en hombres y 29, 8 en mujeres.

Tabla 6. Media de puntuaciones y desviación estándar de cada subescala por género.

	GENERO	N	Media	Desviación estándar
Autoritarismo	Hombre	46	29,9348	3,22078
	Mujer	162	29,7901	3,05322
Benevolencia	Hombre	46	29,6522	2,84580
	Mujer	162	29,4136	2,54316
Restricción Social	Hombre	46	32,7174	2,89569
	Mujer	162	33,2593	2,27204
Ideología de la salud mental en la comunidad	Hombre	46	29,7391	2,59431
	Mujer	162	29,7840	4,12193

En la tabla 7 se muestra la determinación de la prueba ANOVA en la que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del género en cualquiera de las subescalas.

Tabla 7. Determinación ANOVA de cada subescala por género.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Autoritarismo	Entre grupos	,750	1	,750	,078	,780
	Dentro de grupos	1967,669	206	9,552		
	Total	1968,418	207			
Benevolencia	Entre grupos	2,040	1	2,040	,299	,585
	Dentro de grupos	1405,725	206	6,824		
	Total	1407,764	207			
Restricción Social	Entre grupos	10,520	1	10,520	1,793	,182
	Dentro de grupos	1208,437	206	5,866		
	Total	1218,957	207			
Ideología de la salud mental en la comunidad	Entre grupos	,072	1	,072	,005	,944
	Dentro de grupos	3038,308	206	14,749		
	Total	3038,380	207			

La tabla 8 muestra las medias de puntuaciones de cada subescala teniendo en cuenta la profesión. En la que el resultado más significativo es la media de Autoritarismo (29,8), Benevolencia (29,5), Restricción social (33,2) e Ideología de la salud mental en la comunidad (29,8) en el grupo de estudiantes. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las subescalas por profesión.

Tabla 8. Puntuaciones medias y desviación estándar de cada subescala por profesión.

		N	Media	Desviación estándar
Autoritarismo	Estudiante	195	29,8769	3,07722
	Técnico en Diagnóstico por imagen	2	29,0000	4,24264
	Técnico en emergencias sanitarias	2	29,0000	1,41421
	Auxiliar de Enfermería	7	29,5714	3,86683
	Celador	1	28,0000	.
	Higienista Bucodental	1	26,0000	.
Benevolencia	Estudiante	195	29,4769	2,61897
	Técnico en Diagnóstico por imagen	2	31,0000	2,82843
	Técnico en emergencias sanitarias	2	32,0000	1,41421
	Auxiliar de Enfermería	7	28,8571	2,19306
	Celador	1	27,0000	.
	Higienista Bucodental	1	26,0000	.
Restricción Social	Estudiante	195	33,2205	2,38716
Social	Técnico en Diagnóstico por imagen	2	32,5000	3,53553
	Técnico en emergencias sanitarias	2	30,0000	,00000
	Auxiliar de Enfermería	7	32,2857	3,40168
	Celador	1	31,0000	.
	Higienista Bucodental	1	33,0000	.
Ideología de la salud mental en la comunidad	Estudiante	195	29,7641	3,85374
	Técnico en Diagnóstico por imagen	2	30,5000	,70711
	Técnico en emergencias sanitarias	2	32,0000	,00000
	Auxiliar de Enfermería	7	29,8571	4,74091
	Celador	1	28,0000	.
	Higienista Bucodental	1	27,0000	.

En la tabla 9 se encuentran las puntuaciones medias y desviación estándar de cada subescala en función de la respuesta a la pregunta sobre el conocimiento previo de la enfermedad mental que referían los participantes. En el cual existe una ligera diferencia en cuanto a restricción social entre los participantes que declaraban tener un familiar con una enfermedad mental comparado con los demás (Tabla 10).

Tabla 9. Puntuaciones medias y desviación estándar de cada subescala en función del conocimiento previo de la enfermedad mental.

		N	Media	Desviación estándar
Autoritarismo	Padezco una enfermedad mental	4	30,0000	2,44949
	Tengo un familiar con enfermedad mental	48	29,6875	3,27568
	Conozco una persona próxima con enfermedad mental	42	30,1190	2,88142
	Si, pero no conozco a nadie con enfermedad mental	86	29,9535	2,86524
	Si, por mi profesión	23	29,4783	3,24555
	No	5	27,8000	6,05805
Benevolencia	Padezco una enfermedad mental	4	28,2500	2,06155
	Tengo un familiar con enfermedad mental	48	29,3958	2,47317
	Conozco una persona próxima con enfermedad mental	42	29,4048	2,51880
	Si, pero no conozco a nadie con enfermedad mental	86	29,8953	2,67463
	Si, por mi profesión	23	28,4783	2,71142
	No	5	28,8000	2,77489
Restricción Social	Padezco una enfermedad mental	4	30,7500	3,09570
	Tengo un familiar con enfermedad mental	48	33,8750	2,42000
	Conozco una persona próxima con enfermedad mental	42	33,2143	1,88104
	Si, pero no conozco a nadie con enfermedad mental	86	32,7907	2,48343
	Si, por mi profesión	23	33,1739	2,55222
	No	5	33,2000	3,27109
Ideología de la salud mental en la comunidad	Padezco una enfermedad mental	4	27,2500	3,30404
	Tengo un familiar con enfermedad mental	48	30,1458	2,11368
	Conozco una persona próxima con enfermedad mental	42	30,7857	6,70833
	Si, pero no conozco a nadie con enfermedad mental	86	29,4651	2,45763
	Si, por mi profesión	23	28,9130	3,30169
	No	5	29,0000	4,84768

Tabla 10. Determinación ANOVA de cada subescala en función del conocimiento previo de la enfermedad mental.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Autoritarismo	Entre grupos	29,348	5	5,870	,611	,691
	Dentro de grupos	1939,070	202	9,599		
	Total	1968,418	207			
Benevolencia	Entre grupos	46,819	5	9,364	1,390	,230
	Dentro de grupos	1360,945	202	6,737		
	Total	1407,764	207			
Restricción Social	Entre grupos	59,548	5	11,910	2,075	,070
	Dentro de grupos	1159,408	202	5,740		
	Total	1218,957	207			
Ideología de la salud mental en la comunidad	Entre grupos	103,358	5	20,672	1,423	,217
	Dentro de grupos	2935,022	202	14,530		
	Total	3038,380	207			

6. DISCUSIÓN

En la discusión se va a analizar los resultados obtenidos en este estudio y los vamos a comparar con otros estudios similares.

Para ello se va a seguir el siguiente orden:

1. En primer lugar, se presentarán los hallazgos más significativos y se compararán con resultados similares.
2. Se expondrán las limitaciones de este trabajo.
3. Se plantearán propuestas para líneas de investigación.

6.1. HALLAZGOS MÁS SIGNIFICATIVOS

El estudio realizado está en concordancia con estudios previos realizados con estudiantes de enfermería, Granados-Gámez, López Rodríguez, Corral Granados y Marquez-Hernandez (2016) estudiaron una muestra compuesta por 240 estudiantes de enfermería de la universidad de Almería donde examinaban la diferencia entre los estudiantes de primer año antes de la impartición teórica de educación en salud mental y estudiantes de tercer año tras cursar la asignatura de Salud mental. En dicho estudio se encontró que la experiencia previa y el contacto personal con los pacientes con enfermedad mental modifican las respuestas de los estudiantes, dando menor respuesta de peligrosidad, miedo, segregación o coerción, lo que se traduce en una mejor disposición para el cuidado del paciente.

El objetivo de este estudio era conocer las actitudes de los estudiantes de enfermería sobre la enfermedad mental. El principal hallazgo del estudio ha sido actitudes positivas hacia la enfermedad mental, estos resultado están en la línea de investigaciones previas en el que el personal sanitario tiene a mostrar actitudes más positivas sobre la enfermedad mental, pero mantienen reservas a la hora de realizar una integración en la comunidad y en mantener una relación estrecha. (Chen y Chang, 2016; Letovancová, Kovalčíková y Dobříková, 2017; Sercu y Bracke, 2016). Además, en ocasiones se encuentra que las enfermeras psiquiátricas muestran actitudes de pesimismo hacia las personas con enfermedad mental, identificado como un modo de estigmatización. En mayor medida en aquellas donde existe un abuso de sustancias comparado con esquizofrenia y depresión mayor (Hsiao, Lu y Tsai, 2015).

Es importante conocer las actitudes de los profesionales sobre la enfermedad mental, ya que son variables a tener en cuenta cuando quien padece una enfermedad mental es un compañero, en tal caso Joyce, McMillan y Hazelton (2009) realizaron un estudio sobre una muestra de enfermeras centrada en las experiencias de enfermeras con compañeras padecientes de enfermedad mental. Se evidencia la creencia por parte de los profesionales que una enfermera con un diagnóstico de enfermedad mental no puede llevar a cabo una práctica segura y competente. Estas actitudes se ven moduladas en función de las experiencias individuales más que a factores relacionados con características sociodemográficas (Tei-Tominaga, Asakura y Asakura, 2014)

En un estudio sobre enfermeras de 20 países mostró que las enfermeras tienden a mostrar actitudes mixtas debido especialmente a creencias culturales determinadas por la localización, ya que las enfermeras europeas mostraban actitudes más positivas que las de países asiáticos sobre las personas con enfermedad mental, mostrando resultados contradictorios entre enfermeras psiquiátricas y las de otros servicios. Sin embargo, muestra que cuanto mayor conocimiento por parte de la enfermera, se traduce en una tendencia mayor a mostrar actitudes positivas. Sugiriendo que, potenciar una educación sobre la enfermedad mental puede aliviar actitudes negativas en el personal de enfermería. (de Jacq, Norful y Larson, 2016). En estudios donde se valoraba la calidad de una intervención encaminada a mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud en Francia, se encontraron reducciones significantes en actitudes negativas tras la intervención (Villani y Kovess-Masfety, 2017). Se ha demostrado que la educación y el mayor conocimiento de la enfermedad mental ayuda a las enfermeras a mantener actitudes más positivas respecto a la enfermedad mental. Respecto a ello, en un estudio de Moreno-Poyato et al. (2016) sobre enfermeras en la relación entre el paciente psiquiátrico y el profesional. Los pacientes describen como una relación ideal aquella en la que la enfermera es capaz de mostrar una actitud empática, honesta, amistosa y fiable. Se ha demostrado además que, en general, las enfermeras psiquiátricas de mayor edad, suelen poseer mayor empatía debido a su experiencia en la clínica, mostrando actitudes más positivas (Hsiao, Lu y Tsai, 2015). Así, valoran el cuidado humanístico por encima de los demás, ya que quieren ser tratados como los demás pacientes.

Otro de los objetivos de este estudio era conocer las diferencias en las actitudes hacia la enfermedad mental en función de sexo, edad, profesión y contacto previo con la enfermedad mental.

En este estudio no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del género, a diferencia de estudios previos donde se demuestra menor tasa de estigmatización en mujeres respecto a los hombres (Evans-Lacko, Corker, Williams, Henderson, y Thornicroft, 2014).

En nuestro estudio se encuentran diferencias en relación a la enfermedad mental por edad. Estudios de Evans-Lacko et al. (2014) y Girma et al. (2013) confirman un incremento de la estigmatización con la edad. Donde, mediante monitorización de las edades, se encuentran actitudes más estigmatizantes en individuos por encima de 65 años comparado con los más jóvenes. De hecho, investigaciones posteriores sobre población Suiza (Lauber et al., 2004), Estados Unidos (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, y Kikuzawa, 1999) y Canadá (Stuart y Arboleda-Flórez, 2001) confirman la correlación entre la edad y la actitud frente a las personas con enfermedad mental.

En relación a nivel educativo, y la profesión en este estudio, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativa, sin embargo, la bibliografía disponible confirma que existe una diferencia significativa en las actitudes hacia la enfermedad mental en función de la educación adquirida, existiendo menor tasa de estigmatización cuanto mayor nivel educativo exista (Girma et al. 2013).

El contacto previo con personas con enfermedad mental, así como la familiaridad con personas con enfermedad no parece tener diferencias significativas, a diferencia de estudios previos donde el conocimiento de la enfermedad, así como haber tenido contacto directo con una persona con enfermedad mental, ayuda de forma muy significativa en la reducción de actitudes negativas hacia la enfermedad mental, mejorando la visión que se tiene de la enfermedad y pudiendo llegar a realizar cambios en la comunidad. De hecho son estas intervenciones las que se confirman más efectivas en la reducción del estigma (Watson y Corrigan, 2005; Letovancová et al. 2017).

6.2. LIMITACIONES

Para poder llevar a cabo una inferencia de resultados óptima debería haber existido una muestra mayor donde llevar a cabo el estudio, En la conformación de la muestra no hemos podido demostrar que realmente que aquellas personas que referían padecer una enfermedad la padecieran. Es posible que la discapacidad social en la muestra haya influido en las respuestas dadas por los participantes.

6.3. PROPUESTAS FUTURAS

Este estudio demuestra una uniformidad en las actitudes hacia la enfermedad mental. Como se ha visto, las actitudes tienden a cambiar cuando existe un contacto directo con pacientes con enfermedad mental, mejorando la disposición al cuidado de los pacientes. Por tanto, la educación teórica que se imparte en clase debe ser complementada con una educación en la clínica donde se relacionen con los pacientes para ser conscientes de sus necesidades personales. Esto ayudará al profesional a desarrollar actitudes adecuadas en relación a la salud mental de forma que se pueda integrar en la sociedad y así que las creencias positivas repercutan en la sociedad en general.

En futuros estudios se debería contar con una muestra que de forma representativa, exponga las actitudes hacia la enfermedad mental, mediante estudios multicéntricos, donde se pueda valorar la efectividad de intervenciones encaminadas a la reducción del estigma, además de contar con estudios cualitativos en donde se puedan conocer de forma personal las actitudes expresadas por los participantes.

7. CONCLUSIONES

1. Se evidencia la importancia que tiene en el trabajo de la enfermería las actitudes hacia la enfermedad mental.
2. En general se encuentran actitudes neutras hacia la enfermedad mental, mezclado con actitudes positivas.
3. Se encuentran algunas diferencias en función de la edad, en la que se puede sugerir que una mayor edad se traduce en actitudes más negativas hacia la enfermedad.
4. No se encuentran diferencias en cuanto a género, profesión y nivel de contacto previo.
5. Se pone de manifiesto que las intervenciones basadas en la educación y el contacto previo con la enfermedad mental pueden propiciar actitudes positivas.

8. REFERENCIAS

- Aebi, M. ., Akdeniz, G., Barclay, G., Campistol, C., Caneppele, S., Gruszcynska, B., ... Porisdottir, R. (2014). *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics*.
- Aldana, L. L., Miguel, P. S. S., & Moreno, L. R. (2010). The foundation of the first western mental asylum. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 260-260. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09030371
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(3), 159.
- Bravo Ortiz, M. F. (2011). Tiempo de crisis: Juntos para resistir mejor. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, (111), 413-416.
- Centro de Investigación Biomédica En Red sobre Salud Mental. (2016). *Plan Estratégico 2014 - 2016*. PhD Propos, 1:7–23.
- Chan, R. C. H., & Mak, W. W. S. (2016). Common sense model of mental illness: Understanding the impact of cognitive and emotional representations of mental illness on recovery through the mediation of self-stigma. *Psychiatry Research*, 246, 16-24. doi:10.1016/j.psychres.2016.09.013
- Chen, M.-D., & Chang, Y.-C. (2016). Personnel attitudes toward people with mental illness at a psychiatric hospital in Taiwan. *The International Journal of Social Psychiatry*, 62(4), 361–368. <https://doi.org/10.1177/0020764016634385>
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S.,... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD009453.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349-360. doi:10.1037/h0045526

- Conner, C. M. (2015). *Reducing Stigma by Educating Nurses to Care for Persons with Mental Illness in General Settings* (Doctoral dissertation, Brandman University).
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D.... Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in england 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 55, s58.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10887-000
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493-1496. doi:10.1176/ps.2006.57.10.1493
- Corrigan, P. (2008). A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. *Illinois Institute of Technology*, 1–69. <https://doi.org/10.1037/t00467-000>
- Corrigan, P. W. (2011). Best practices: Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services*, 62(8), 824-826. doi:10.1176/ps.62.8.pss6208_0824
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(7), 953.
- Corrigan, P. W., & Lundin, R. K. (2014). *Coming Out proud to Eliminate the Stigma of Mental Illness - Manual*.

- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R., & Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 62-64. doi:10.1037/prj0000038
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. doi:10.1176/appi.ps.201100529
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. doi:10.1037/0003-066X.54.9.765
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Rüsch, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381-384. doi:10.1037/h0094497
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). *On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change*. Los Angeles, CA: SAGE Publications. doi:10.1177/070674371205700804
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J.,... Anne Kubiak, M. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007095
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239-246. doi:10.1037/0893-3200.20.2.239
- Coverdale, J., Nairn, R., & Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 697-700. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the changing minds campaign of the royal college of psychiatrists. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 106-113.
- de Jacq, K., Norful, A. A., & Larson, E. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). *Recovery and severe mental illness: Description and analysis*. Los Angeles, CA: SAGE Publications. doi:10.1177/070674371405900502
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(S1), S95-S101. doi:10.1007/s001270050216
- Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2014). Effect of the time to change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–2013: An analysis of survey data. *The Lancet Psychiatry*, 1, 121–128.

- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüsç, N.,... Thornicroft, G. (2013). Influence of time to change's social marketing interventions on stigma in england 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 55, s77.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): A stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263.
- Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern western societies: A review of recent literature. *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), 97-119. doi:10.1016/0010-440X(91)90002-T
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E., Thompson, N. J., & Compton, M. T. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 47-56. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00155.x
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 155-164. doi:10.1002/wps.20040
- Girma, E., Möller-Leimkühler, M. A., Müller, N., Dehning, S., Froeschl, G., & Tesfaye, M. (2013). Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe field research center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *Plos ONE*, 8(12), 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0082116
- Girma, E., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., Mueller, N., Tesfaye, M., & Froeschl, G. (2014). Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 37-43. doi:10.2147/JMDH.S57259
- Granados-Gámez, G., del Mar López Rodríguez, M., Corral Granados, A., & Márquez-Hernández, V. V. (2016). Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental

- Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12147>
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72-76. doi:10.1258/jrsm.95.2.72
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. doi:10.1002/wps.20129
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. doi:10.2105/AJPH.2012.301056
- Henderson, C., Williams, P., Little, K., & Thornicroft, G. (2013). Mental health problems in the workplace: Changes in employers' knowledge, attitudes and practices in england 2006-2010. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 55, s70.
- Hinshaw, S. (2010). *The mark of shame*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 73. doi:10.1017/S2045796011000552

- Hsiao, C.-Y., Lu, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Huertas R. (1992). *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública*. Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Huertas R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid, Los libros de la Catarata.
- Joyce, T., McMillan, M., & Hazelton, M. (2009). The workplace and nurses with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 391–397. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00629.x>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the world health organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168.
- Krakowski, M., & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 459-465. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.459
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists attitude to mentally ill people? *European Psychiatry: Journal of the European Psychiatric Association*, 19, 423–427.
- Letovancová, K., Kovalčíková, N., & Dobříková, P. (2017). Attitude of society towards people with mental illness: The result of national survey of the Slovak population. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 255–260. <https://doi.org/10.1177/0020764017696334>
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363

- 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. doi:10.2105/AJPH.89.9.1328
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 52*(12), 1621
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(2), 177-190.
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: Probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*(S1), S55-S60. doi:10.1007/s001270050210
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511-541. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098
- López, M. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría, 28*(101), 43-83.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 49*(5), 322.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of 'disturbing behavior,' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(2), 208-223.

- Matas, M., el-Guebaly, N., Peterkin, A., Green, M., & Harper, D. (1985). Mental illness and the media: An assessment of attitudes and communication. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 30(1), 12.
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 278-284. doi:10.1192/bjp.bp.108.052654
- Mitchell, A. J., Malone, D., & Doebbeling, C. C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: Systematic review of comparative studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491-499. doi:10.1192/bjp.bp.107.045732
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., ... Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Muijen, M. (2006). Challenges for psychiatry: Delivering the mental health declaration for Europe. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(2), 113-117.
- Muijen, M. (2012). The state of psychiatry in Europe: Facing the challenges, developing consensus. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 24(4), 274.
- Muñoz M, Pérez E, Panadero S. Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*. 1(2), 64-72.
- Murphy, N. A., Fatoye, F., & Wibberley, C. (2013). The changing face of newspaper representations of the mentally ill. *Journal of Mental Health*, 22(3), 271-282. doi:10.3109/09638237.2012.734660
- Ochoa E. (2000). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 1, 40-52.

- Ochoa, S., Martinez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., Garcia-Morales, E., . . . Haro, J. (2016). Spanish validation of the social stigma scale: Community attitudes towards mental illness. *Revista De Psiquiatria y Salud Mental*, 9(3), 150-157. doi:10.1016/j.rpsm.2015.02.002
- Östman M, Kjellin L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498. doi:10.1192/bjp.181.6.494
- Pedersen, E. R., & Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry Research*, 219(1), 143. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.017
- Pérez-Garín, D., Molero, F., & Bos, A. R. (2017). The effect of personal and group discrimination on the subjective well-being of people with mental illness: the role of internalized stigma and collective action intention. *Psychology, Health & Medicine*, 22(4), 406-414. doi:10.1080/13548506.2016.1164322
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345. doi:10.2105/AJPH.89.9.1339
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304
- Pinto-Foltz, M. D., & Cynthia Logsdon, M. (2009). Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 788.
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science & Medicine*, 72(12), 2011-2019. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.006

- Rhodes, A. E. (2008). *Mental health: Facing the challenges, building solutions: Report from the WHO european ministerial conference*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rusch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., . . . Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(6), 551-552. doi:10.1192/bjp.bp.109.067157
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., . . . Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *9*(3), 131-144. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(2), 142–150. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 479-481. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.479
- Sercu, C., & Bracke, P. (2016). Stigma as a Structural Power in Mental Health Care Reform: An Ethnographic Study Among Mental Health Care Professionals in Belgium. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(6), 710–716. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.06.001>
- Sriram, N., & Greenwald, A. G. (2009). The brief implicit association test. *Experimental Psychology*, *56*(4), 283-294. doi:10.1027/1618-3169.56.4.283

- Sriram, T. G., & Jabbarpour, Y. M. (2005). Are mental health professionals immune to stigmatizing beliefs? *Psychiatric Services*, 56(5), 610-610. doi:10.1176/appi.ps.56.5.610
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1633.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 121-124.
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245–252.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240. doi:10.1093/schbul/7.2.225
- Tei-Tominaga, M., Asakura, T., & Asakura, K. (2014). Stigma towards nurses with mental illnesses: A study of nurses and nurse managers in hospitals in Japan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 316–325. <https://doi.org/10.1111/inm.12052>
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R. A., & WPA. World Psychiatric Association. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(10), 475-482. doi:10.1007/s00127-002-0583-2
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(6), 441-442. doi:10.1192/bjp.bp.111.092718
- Torrey, E. F. (2011). Stigma and violence: Isn't it time to connect the dots? *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 892-896. doi:10.1093/schbul/sbr057

- Vicens-Pons, E. (2009). Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria: El estudio PreCao A methodological approach to the study of mental disorders in the prison population: The PRECA study. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 8-16.
- Villani, M., & Kovess - Masfety, V. (2017). Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals. *BMC Psychiatry*, 17(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1296-0>
- Volavka, J. (2013). violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 24-33.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394
- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139. doi:10.1093/schbul/15.1.131
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 199(6), 453-458. doi:10.1192/bjp.bp.110.085100
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., . . . Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the world health organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 177.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007;2006;). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. doi:10.1093/schbul/sbl076
- White, A., Shiralkar, P., Hassan, T., Galbraith, N., & Callaghan, R. (2006). Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 30(10), 382-384. doi:10.1192/pb.30.10.382

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . .
Avdelningen för nationalekonomi och statistik. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wood, A. L., & Wahl, O. F. (2006). Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 46-53. doi:10.2975/30.2006.46.53
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health : New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- Zilboorg, G. Henry, G.W. (1941). *A History of Medical Psychology*. New York, W.W. Norton & Co.

9. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO CAMI

- **EDAD:**
- **PROFESIÓN:**
- **SEXO:**
- **¿Conoce Vd. lo que son las enfermedades mentales?**
 - **Si**
 - a) **Padezco una enfermedad mental**
 - b) **Tengo un familiar que padece enfermedad mental**
 - c) **Conozco una persona próxima con enfermedad mental**
 - d) **Sí, pero no conozco a nadie con enfermedad mental**
 - e) **Si, por mi profesión**
 - **No**

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

- | | |
|--|--|
| <p>1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital</p> <ul style="list-style-type: none">1) Totalmente de acuerdo2) De acuerdo3) Ni acuerdo ni desacuerdo4) No estoy de acuerdo5) Totalmente en desacuerdo <p>2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales</p> <ul style="list-style-type: none">1) Totalmente de acuerdo2) De acuerdo3) Ni acuerdo ni desacuerdo4) No estoy de acuerdo5) Totalmente en desacuerdo | <p>3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none">1) Totalmente de acuerdo2) De acuerdo3) Ni acuerdo ni desacuerdo4) No estoy de acuerdo5) Totalmente en desacuerdo <p>4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none">1) Totalmente de acuerdo2) De acuerdo3) Ni acuerdo ni desacuerdo4) No estoy de acuerdo5) Totalmente en desacuerdo |
|--|--|

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
 - 4) No estoy de acuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4) No estoy de acuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

ANEXO 2: ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación: **Estudio descriptivo sobre el estigma hacia las enfermedades mentales en estudiantes de enfermería**, dirigida por la Sr. **Fernando Martínez Martínez** Investigador Responsable, estudiante del **Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería** de la Universidad de Almería, dirigido por el Prof. Gabriel Aguilera Manrique.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder, un **Cuestionario de actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental**.

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

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada joven de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad de Almería y será utilizada sólo para este estudio.

Nombre Participante

Firma

Fecha

**Nombre Investigador
Responsable**

Firma

Fecha