

GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2018-19

TRABALLO FIN DE GRAO

Estigma hacia la enfermedad mental en alumnos de enfermería de A Coruña: valoración mediante el cuestionario CAMI

Andrea Balayo Caamaño

Tutora: M^a Consuelo Carballal Balsa

Junio, 2019

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

Índice

Índice de figuras.....	3
Índice de tablas.....	3
1. RESUMEN	4
RESUMO.....	5
SUMMARY:	6
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1 ¿QUÉ ES EL ESTIGMA?	7
2.2 ELEMENTOS DEL ESTIGMA.....	7
2.3 TIPOS DE ESTIGMA.....	9
2.4 INTERVENCIONES CONTRA EL ESTIGMA	10
2.5 SITUACIÓN ACTUAL DEL ENFERMO MENTAL EN ESPAÑA	11
Demográficamente	11
Situación sociofamiliar, política y judicial.....	13
2.6 IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA	16
2.7 JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS	18
PRINCIPAL:.....	18
SECUNDARIOS:	18
4. HIPÓTESIS.	18
5. METODOLOGÍA.....	19
5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.2 TIPO DEL ESTUDIO.....	20
5.3 ÁMBITO DEL ESTUDIO	20
5.4 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	20

5.5	TAMAÑO MUESTRAL	21
5.6	PERIODO DE ESTUDIO	21
5.7	VARIABLES A ESTUDIO.....	21
5.8	DESARROLLO DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS	22
5.9	MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
6.	RESULTADOS	25
-	Autoritarismo:.....	26
-	Benevolencia:	28
-	Restricción social:.....	30
-	Ideología:	32
7.	DISCUSIÓN	34
8.	MEMORIA ECONÓMICA	38
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
10.	AGRADECIMIENTOS	39
11.	BIBLIOGRAFÍA	39
12.	ANEXOS	45
12.1	Glosario de abreviaturas.....	45
12.2	Cronograma.....	45
12.3	Escala likert.	46
12.4	Carta de presentación y cuestionario.	46

Índice de figuras

Figura 1. Ciclo del estigma.....	9
Figura 2. Gráfico de las enfermedades mentales más diagnosticadas en España en 2018.....	12
Figura 3. Prevalencia de la enfermedad mental por CCAA.....	12
Figura 4. Ciclo judicial-penitenciario de las personas con enfermedad mental	15
Figura 5. Esquema-resumen de la búsqueda bibliográfica	19
Figura 6. Alumnos de enfermería por curso.	25

Índice de tablas

Tabla 1. Ítems de autoritarismo.....	26
Tabla 2. Ítems de autoritarismo comparados por sexos, cursos y relación con enfermedad mental.	27
Tabla 3. Ítems de benevolencia.	28
Tabla 4. Ítems de benevolencia comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.....	29
Tabla 5. Ítems de restricción social.....	30
Tabla 6. Ítems de restricción social comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.....	31
Tabla 7. Ítems de ideología.....	32
Tabla 8. Ítems de ideología comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.	33
Tabla 9. Exposición de costes.	38

*Los anexos, tablas y figuras incluidos en el documento son de elaboración propia.

1. RESUMEN

Introducción: El estigma se define como un atributo que diferencia a unas personas de otras, naciendo estereotipos y prejuicios hacia esas personas terminando por discriminarlas. La enfermedad mental presenta una gran prevalencia en España que aumenta con los años. A pesar de eso, las personas que la padecen sufren el estigma en todos los ámbitos de su vida. Por la influencia que tiene en la sociedad y el autoestigma que genera en los individuos es necesario realizar intervenciones anti-estigma, siendo los medios de comunicación y los servicios de salud los ámbitos de elección.

Objetivo: valorar la existencia de estigma en estudiantes de enfermería de A Coruña.

Metodología: Es un estudio transversal y cuantitativo, observacional y descriptivo. Se emplea el cuestionario CAMI, incluyendo variables sociodemográficas.

Resultados: Los alumnos encuestados fueron un total de 122. Se analizaron los ítems del cuestionario de forma individual y agrupados por subescalas, presentando medias menores a 3,00 puntos en los ítems individuales y medias grupales menores a 30,00 puntos. Se asociaron las variables grupales con el sexo ($p > 0,05$ excepto en a Ideología y con el hecho de conocer a una persona con enfermedad mental ($p > 0,05$ excepto en Restricción social).

Conclusiones: Los alumnos expresaron actitudes muy positivas en lo que respecta a la enfermedad mental. En este estudio se concluye que los hombres han presentados actitudes más estigmáticas que las mujeres y el hecho de conocer de forma cercana a una persona con una enfermedad mental actúa como medida antiestigma.

Palabras clave: estigma, enfermedad mental, trastorno mental, alumnos de enfermería, cuestionario CAMI.

RESUMO

Introdución: O estigma defínese como un atributo que diferencia unhas persoas doutras, dando lugar a estereotipos e prexuizos e rematando por discriminalos. A enfermidade mental en España ten unha elevada prevalencia que aumenta co paso dos anos. A pesares diso, as persoas que a padecen sofren o estigma en tódolos ámbitos da súa vida. Pola influencia que ten na sociedade e o autoestigma que xera no individuo é preciso levar a cabo intervencións anti-estigma, favorecendo ás baseadas no contacto social pola súa eficacia. O campo da saúde e os medios de comunicacións son os ámbitos idóneos para levar a cabo estas intervencións.

Obxectivo: avaliar a existencia do estigma nos estudantes de Enfermería de A Coruña.

Metodoloxía: Trátase dun estudio transversal e cuantitativo, observacional e descritivo. Emprégase o cuestionario CAMI, incluíndo variables socio demográficas.

Resultados: Os estudantes que participaron no estudo foron un total de 122. Os ítems do cuestionario foron analizados de forma individual e mediante subescalas. Os alumnos presentaron medias inferiores a 3,00 puntos en tódolos ítems e inferiores a 30,00 puntos nas subescalas. As variables do grupo asociáronse co sexo ($p > 0,05$ agás na Ideoloxía) e con coñecer a unha persoa con enfermidade mental ($p > 0,05$ agás na Restricción social)

Conclusións: Os estudantes demostraron actitudes moi positivas no que respecta a enfermidade mental. Neste estudo conclúese que os homes presentaron maior estigma cas mulleres e que o feito de coñecer a unha persoa con enfermidade mental é un factor antiestigmatizante.

Palabras chave: estigma, enfermidade mental, trastorno mental, alumnos de enfermería, cuestionario CAMI.

SUMMARY:

Introduction: Stigma is defined as an attribute that differentiates some people from others, which create stereotypes and prejudices towards these people, ultimately resulting in discriminating against them. Mental illness has a high prevalence in Spain and which increases over the years. Despite this, the people who suffer mental disorders have to fight this stigma in all areas of their lives. Because of the importance it has in society and the stigma that develops within the individual. It is necessary to carry out anti-stigma interventions; social contact, communication, and health services are the best choices to develop them effectively.

Objective: to research the existence of stigma in nursing students in A Coruña.

Methodology: It is a cross-sectional, quantitative, observational and descriptive study.. The CAMI questionnaire is used, including sociodemographic variables.

Results: The students surveyed were a total of 122. The questionnaire items were analyzed individually and grouped by subscales. All of them presented means less than 3,00 points and group medias less than 30,00 points. The group variables were associated with sex, with $p > 0,05$ in all except for the ideology subscale.

Conclusions: The students expressed very positive attitudes regarding mental illness. In this study it is concluded that men have presented more stigmatic attitudes than women and the fact of meeting a person with mental illness acts as an anti-stigma measure.

Key words: stigma, mental illness, mental disorder, nursing students, CAMI questionnaire.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 ¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

El estigma es un fenómeno socio-cultural cuyas proyecciones manipulan diversos ámbitos, incluido el de la salud mental. Se trata de un concepto dinámico, fluido, que varía con el paso de los años y que nace como consecuencia a diversos factores evitables con adecuadas estrategias de intervención. (1)

Etimológicamente, la palabra estigma proviene del latín stigma, entendido como “*picadura, marca que se hace en la piel con hierro al rojo vivo, herida sangrante*”. También alcanzó significado teológico como “*una huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación que sus almas toman en la pasión de Cristo*” (2). Con el paso de los años, la palabra que antes se empleaba para designar un rasgo no habitual e incluso divino, ha ido adquiriendo connotaciones negativas como refiere el sociólogo *Erving Goffman* definiendo el estigma como la presencia de un atributo personal negativo y denigrante que diferencia a una persona de las demás, convirtiéndolo en inferior e indeseable. (3).

En este estudio trataremos el estigma como el conjunto de actitudes y comportamientos mayoritariamente negativos que nacen de las personas a raíz de ideas preconcebidas sobre un grupo de la sociedad, en este caso las personas que padecen o padecieron una enfermedad mental.

2.2 ELEMENTOS DEL ESTIGMA

Según Corrigan, el estigma se describe de forma multiconceptual, es decir desde la esfera emocional, cognitiva y conductual (4). De esta concepción nacen los subniveles que constituyen la base del estigma: la ignorancia sobre el problema (estereotipos), la actitud hacía el problema (prejuicios) y el comportamiento ante el problema (discriminación). (4–6)

Los **estereotipos** se consideran ideas preconcebidas, que pueden ser positivas aunque en la mayor parte se trata de características negativas, creando una especie de imagen social virtual sobre un grupo social que

nacen como resultado de creencias erróneas y del desconocimiento. Estas ideas llevan a la categorización de los individuos del grupo, es decir, aunque no comparta las mismas características que el colectivo al que pertenece será juzgado por la sociedad como si así fuera. En el caso de la enfermedad mental, los principales estereotipos asociados son la agresividad y la violencia (3,7,8) Por otro lado, los **prejuicios** son las actitudes negativas hacía un grupo sin la existencia de motivos que justifiquen ese comportamiento. La conjunción de una persona con prejuicios negativos hacía otra estereotipada genera el tercer factor, la **discriminación**, entendida como una la desigualdad de oportunidades entre individuos.

Un pilar fundamental del estigma es la **ignorancia y el analfabetismo**. Son varios los estudios que recomiendan la educación de la población desde temprana edad no solo para reducir el estigma si no también para favorecer el diagnóstico precoz de los trastornos mentales en niños y adolescentes. (5,7,9)

Estos elementos forman lo que se llama el ciclo del estigma (8). En este ciclo, el estigma entendido como un conjunto de estereotipos y prejuicios acaba desembocando en las actitudes discriminatorias lo que se traduce en exclusión social, creando un ciclo cerrado difícil de abordar. No obstante, la creación de este ciclo está basada en construcciones de relaciones sociales humanas y como tal se puede reconstruir mediante intervenciones adaptadas.

Figura 1. Ciclo del estigma.



2.3 TIPOS DE ESTIGMA

La cantidad de estigmas que han nacido con el paso de los años ha sido muy amplia, aunque se siguen reconociendo las 3 clases diferenciadas por Goffman que a rasgos generales nos permiten clasificarlos (3):

- Defectos físicos: deformidades o anomalías en el cuerpo.
- Defectos psicológicos: anomalías en el carácter del individuo o alteraciones como las enfermedades mentales.
- Defectos sociales: relacionados con la raza, la religión o la nacionalidad.

Esta clasificación está referida a lo que se conoce como estigma público, es decir, las reacciones del público o población general hacia el grupo o individuo estigmatizado. Existe además lo que se denomina autoestigma. En ocasiones los enfermos terminan por proyectar las perspectivas negativas hacia ellos mismos. Según la bibliografía consultada, esta autoestigmatización supone la principal barrera de recuperación para el paciente psiquiátrico, superando incluso los impedimentos que le pueda suponer la propia enfermedad (7,8,10,11)

2.4 INTERVENCIONES CONTRA EL ESTIGMA

Estudios de psicología y sociología identifican tres ramas principales de intervención para reducir y eliminar el estigma hacia la enfermedad mental: la protesta social, la educación y el contacto directo. La conjunción adecuada de las tres se considera la forma más efectiva de lograr un cambio de actitud en la sociedad. (11)

La protesta social es una medida útil a corto plazo ya que da a conocer el factor de protesta, disminuyendo en un primer momento las imágenes negativas sobre el grupo estereotipado y mejorando su autopercepción y capacidad de manejo como individuos reivindicadores. Sin embargo varios estudios muestran que no se trata de una medida eficaz a largo plazo, incluso puede generar un “efecto rebote” cuando se emplea como medida única. (5,11)

La educación o información a diferentes sectores de la sociedad ha resultado ser más útil que la medida anterior. Se deben tener en cuenta 3 componentes esenciales a la hora de educar: el conocimiento en salud y enfermedad mental, las actitudes estigmáticas y las estrategias de búsqueda de ayuda. Dentro de los programas educativos, los que han demostrado ser de mayor eficacia son los de larga duración y los que incluyen tiempo de discusión (9).

La vía de intervención que muchos estudios reconocen como una la más efectiva es el contacto directo con personas que padecen un trastorno mental (5,12,13). Estas personas causan un mayor impacto cuando no responden al estereotipo que se le asocia. La intervención se basa en que la persona con enfermedad mental cuente una experiencia retrospectiva o un testimonio cercano, de forma que se cree un clima cercano de confianza entre el enfermo y el oyente.

Para conseguir una intervención eficaz es imprescindible que se encuentren claramente definidas y adaptadas a grupos concretos de población para después cohesionarlos. (11) Es importante además tener en cuenta el ámbito de aplicación de la intervención, buscando la eficacia y difusión del mensaje. Los ámbitos que se consideran de mayor relevancia

e impacto en la población son el educativo y los medios de comunicación. Por otro lado, los grupos profesionales que se consideran de mayor relevancia para conseguir cambios a nivel social son pertenecientes a los medios de comunicación, sobre todo personas conocidas en la actualidad y el profesional sanitario (11,13).

En las últimas décadas son varias las campañas de información y sensibilización que se han llevado a cabo a nivel nacional desde el gobierno. En 2017, el Ministerio de Sanidad promueve ‘*La INTEGRACIÓN siempre es la mejor respuesta*’, campaña por la inclusión social de las personas con problemas de salud mental. Con el mismo objetivo se nace en 2018 ‘*La Actitud Marca la Diferencia*’, dirigida a reducir la estigmatización (14).

2.5 SITUACIÓN ACTUAL DEL ENFERMO MENTAL EN ESPAÑA

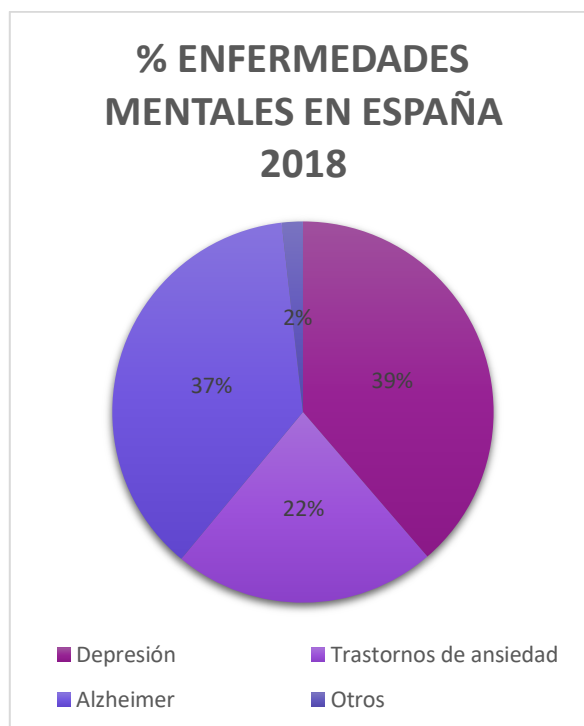
Aunque la situación socio-política y económica del paciente psiquiátrico mejoró significativamente con el paso de los años, siguen existiendo ámbitos donde su situación es precaria y discriminatoria a pesar de los porcentajes demográficos que se muestran a continuación.

Demográficamente:

Según un estudio de la OMS del año 2011 un 25% de las personas sufrirán una enfermedad mental a lo largo de su vida. Este porcentaje se eleva a un 33% en los países europeos y concretamente en España a un 21%. (9,15). Además, los problemas de salud mental suponen 5 de las 10 causas principales de discapacidad a nivel mundial. (16)

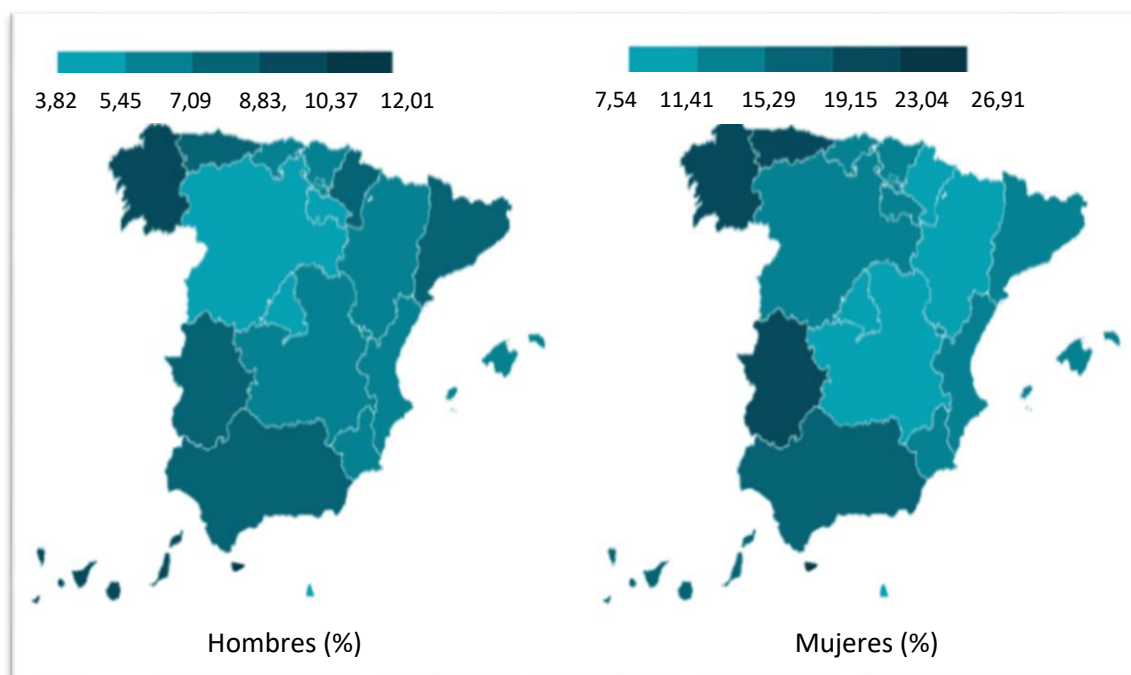
Las enfermedades mentales de mayor prevalencia son las indicadas en la Figura 2 .

Figura 2. Gráfico de las enfermedades mentales más diagnosticadas en España en 2018.



La prevalencia por comunidad autónoma aproximada en el año 2018 es la mostrada en la Figura 2 (15).

Figura 3. Prevalencia de la enfermedad mental por CCAA.



En nuestra comunidad se calculan 55.124 personas afectadas por algún tipo de trastorno mental según la Federación FEALES Galicia (17). Los trastornos específicos más frecuentes en nuestra comunidad son el trastorno depresivo mayor y el abuso de alcohol. Es por ello que en Estrategia SERGAS 2020 se han incluido como enfermedades prioritarias, incluyendo objetivos como mejorar el grado de conocimiento y la detección temprana de la patología mental. (15)

Debemos tener en cuenta que las cifras aportadas anteriormente son difusas, ya que un amplio porcentaje de las personas con enfermedad mental no buscan ayuda ni son diagnosticadas. (9,18) Esto se debe a la estigmatización que sufre la este tipo de enfermedad y que termina desembocando en la autoestigmatización del enfermo. Se trata pues de pacientes que no solo tienen que lidiar con el trastorno que padecen, si no también con el temor al rechazo y la discriminación en sociedad. (19) Por todo ello, en la Declaración de Helsinki publicada por la OMS en 2005, el CIE y la Declaración Europea de Salud Mental se establece como punto básico la lucha contra el estigma. (7) Más recientemente nace un Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 creado por la OMS. En este documento se muestra el panorama actual de la salud y enfermedad mental y se establecen pautas de acción para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos psiquiátricos basadas en los derechos humanos, cobertura de salud universal y prácticas basadas en la evidencia científica (20).

Situación sociofamiliar, política y judicial

La situación las personas con trastornos mentales, tanto en España como en otros países desarrollados y subdesarrollados, ha logrado estigmatizarse en prácticamente todos los ámbitos, generando grandes dificultades en estas personas para disfrutar de una vida social plena (8,16).

A nivel **familiar**, la persona con trastorno mental tiende a ocultar su situación, tanto por el autoestigma que sufre como por no querer verse

como una carga para sus familiares. Por otro lado, los cuidados necesitan estos pacientes recaen mayoritariamente en la familia por falta de recursos por parte del estado. Muchas veces estos cuidados están basados en actitudes paternalistas que minan la autonomía y la autoestima de estas personas. El componente de género está muy presente en este ámbito ya que son las mujeres las que cargan, una vez más, con el peso de la atención a las necesidades del enfermo mental.

A nivel **sanitario**, destacan una vez más las actitudes paternalistas a la hora de atender a este tipo de pacientes. Es habitual encontrarnos con profesionales sanitarios inexpertos y con poca formación en la salud y enfermedad mental por lo que el nivel de atención y cuidados pierde calidad. Por otro lado, el personal sanitario no está exento de sufrir estigma hacia este tipo de pacientes. Son varios los estudios llevados a cabo recientemente y en distintos países que evidencian la existencia de estas actitudes. (21–23)

En las **escuelas, colegios y centros educativos**, se desarrollan también actitudes estigmáticas hacia la enfermedad mental. En primer lugar, la poca información y campañas de inclusión que llegan a los centros educativos hace que la enfermedad se estigmatice y desemboque en burlas, bullying y rechazo social ya desde la infancia y la adolescencia. Por otro lado, la formación escasa del personal docente en el campo de la enfermedad mental hace que no se gestionen adecuadamente los problemas que tienen lugar.

Los **medios de comunicación**, como se reflejó anteriormente, son agentes con una elevada capacidad de emisión de mensajes que tienen gran repercusión social. En películas, series de televisión y otros programas, es habitual que cuando aparece un personaje con una patología mental sea agresivo, impredecible y que acarree estas características durante toda su intervención.

En el **ámbito laboral**, destaca la baja participación en el mercado de trabajo. En el año 2017, se recogen datos que evidencian esta precaria situación laboral como que 8 de cada 10 personas con trastornos mentales

no tienen empleo en España o la existencia de una diferencia salarial de entre un 10 y un 20% menos (8). Las mujeres tienen aún menos acceso a este mercado laboral por el doble estigma que sufren.

A nivel **ejecutivo y legislativo** también se ve afectado por la emisión de leyes discriminatorias emitidas por parte de personas con estigma.

En el ámbito **policial y judicial** destacan las deficiencias en el sistema de atención comunitaria que provoca que las personas con trastornos mentales no sean protegidos bajo los mismos derechos que el resto de ciudadanos. Un ejemplo es el abuso de medidas de contención basadas en la supuesta peligrosidad de un enfermo mental o la emisión de incapacitaciones totales sin una justificación real. Por otro lado en lo referente a la agilización judicial en el caso de enfermos mentales se trata de un círculo vicioso similar al que se encuentra en el diagrama a continuación (Figura 3) (8).

Figura 4. Ciclo judicial-penitenciario de las personas con enfermedad mental



Todos estos aspectos desembocan a **nivel penitenciario** donde las personas con enfermedades mentales acaban cumpliendo una condena en

prisión. Estos centros no son el lugar adecuado para que un paciente psiquiátrico avance en su enfermedad y se reinserte en la sociedad.

A nivel de los **servicios sociales**, los recursos destinados a las personas con trastornos mentales son escasos y en muchos casos insuficientes, teniendo en cuenta el elevado porcentaje demográfico mostrado anteriormente.

En el año 2011, se calcula que las ayudas de la Ley de Dependencia únicamente llegaron a entre un 1 y un 4% de los enfermos mentales según su grado de dependencia, datos que fueron mejorando con el paso de los años. (9)

Por otro lado, cabe destacar la falta de personal sanitario en el ámbito de la salud mental. Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN (24), harían falta 1800 profesionales de la salud mental más para suplir las necesidades de la población.

Por otro lado, actualmente son alrededor de 300 asociaciones y 20 federaciones las que en España velan por los derechos y la mejora de calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias. En Galicia la Federación de asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental (FEAFES) agrupa a un total de 14 asociaciones repartidas por la comunidad. Esta asociación promueve diferentes actividades como jornadas de búsqueda de empleo, carreras solidarias, excursiones, etc. cuyo objetivo es la sensibilización, visibilidad y normalización de la enfermedad mental.

2.6 IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Como se hizo referencia anteriormente, el colectivo de los profesionales sanitarios se reconoce como uno de los pilares de actuación para modificar las conductas estigmáticas. La cercanía a la población general es uno de los factores que se pueden aprovechar para informar y educar a los ciudadanos en la salud y la enfermedad mental. (7) A nivel individual, ese

factor también influye a la hora de realizar intervenciones para tratar el autoestigma.

La actuación de enfermería será más útil y eficaz a medida que aumenta el nivel de especialización y formación en el campo de la enfermedad mental. Actualmente la especialización de enfermería en Salud Mental goza cada vez de más reconocimiento, pues su labor no solo es atender las necesidades del paciente psiquiátrico si no también llevar a cabo una educación en salud mental de la ciudadanía.

Por otra parte, la labor investigadora de la enfermería es un pilar esencial para estudiar desde las necesidades de información de la población general a los sentimientos de la persona con la enfermedad. Estos estudios permiten orientar las actividades y aumentar la eficacia de las intervenciones.

El objetivo de la enfermería será en todo momento proporcionar cuidados cuyo fin sea el aumento de la autonomía y la autoestima del paciente, rompiendo con los estigmas asociados a la enfermedad mental.

2.7 JUSTIFICACIÓN

A pesar de los intentos por controlar este estigma, son muchos los estudios que nos evidencian su presencia en la sociedad. En los resultados de uno de ellos realizado para la Revista de Psiquiatría Salud mental, tras la realización de un cuestionario a 5700 personas de entre 18 y 84 años, los resultados contuvieron rasgos estigmáticos en un 72% de los ciudadanos encuestados. Similares resultados son los que se encuentran en estudios como el realizado por el grupo de rehabilitación psicosocial de la Universidad Complutense de Madrid. Otros estudios, incluso han afirmado que el estigma no solo persiste si no que incluso ha aumentado (10,6).

Actualmente, el estudio de la presencia y el grado de estigma hacia la enfermedad mental es valorado mediante múltiples escalas validadas que varían, adaptándose al grupo social que sea objeto de estudio. Existen diferentes cuestionarios y escalas destinadas a estudiantes, a ancianos, a profesionales sanitarios, a la población general etc. El cuestionario

seleccionado para el desarrollo este estudio es el Cuestionario sobre las Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Trastornos Mentales. Por otro lado, que el sujeto de estudio sean alumnos de enfermería es de gran importancia. Por una parte, como futuros profesionales de la salud y componentes de uno de los sistemas clave de lucha contra el estigma, es importante saber qué opinión tienen sobre la enfermedad mental para trabajar en proporcionarles una formación adaptada a sus necesidades de conocimiento con el fin de aumentar su nivel de aceptación e inclusión social.

3. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Valorar la existencia o no de estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes de la Escuela de Enfermería de A Coruña.

SECUNDARIOS:

- Evaluar los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias sobre las personas que padecen una enfermedad mental, estratificándolos por género y curso.
- Valorar si influye en su opinión que familiares o personas cercanas padezcan una enfermedad mental.

4. HIPÓTESIS.

La bibliografía consultada a cerca de estudios sobre la presencia de estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes de enfermería nos revela que no existen estas actitudes (22,25,26). Tras la evaluación de estos datos, definimos las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): Los alumnos de la Escuela de Enfermería de A Coruña no presentan actitudes estigmáticas hacia la enfermedad mental.

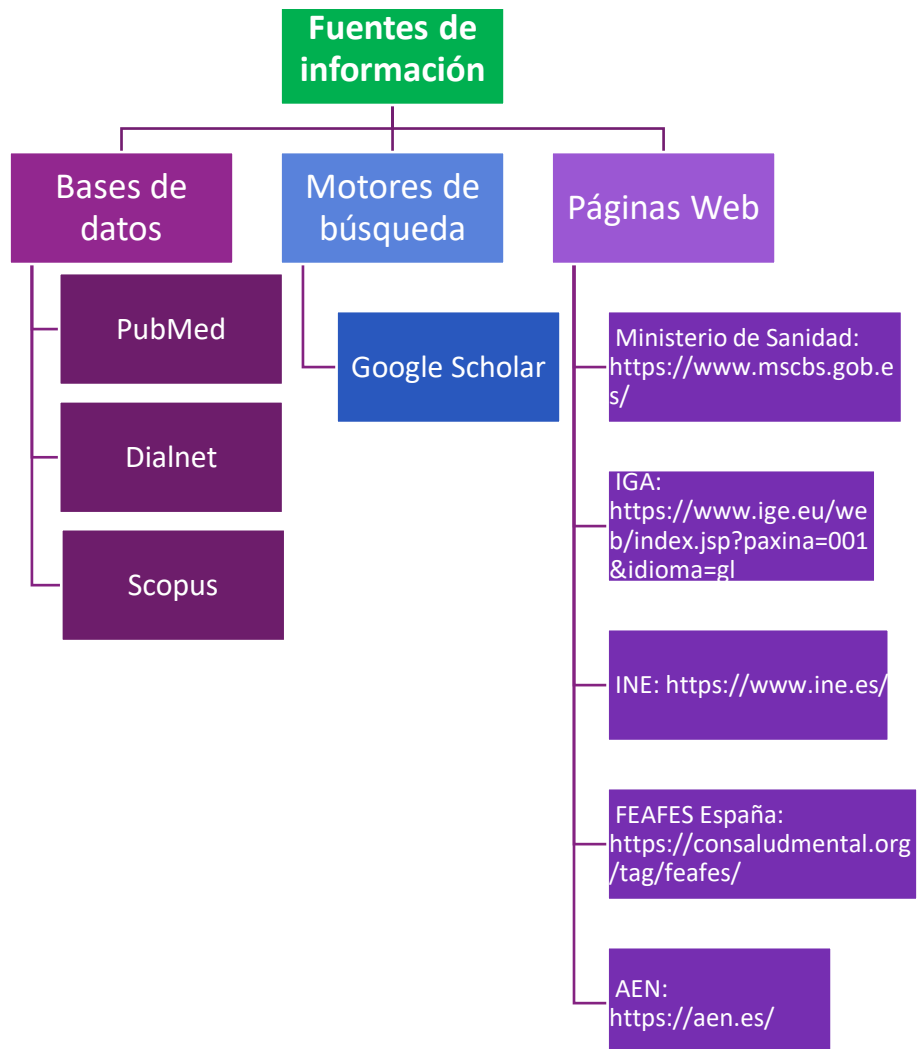
Hipótesis alternativa (H_a): Los alumnos de la Escuela de Enfermería de A Coruña presentan actitudes estigmáticas hacia la enfermedad mental.

5. METODOLOGÍA.

5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en diferentes bases de datos, motores de búsqueda y páginas web especificadas en la Figura 4. La combinación de descriptores en ciencias de la salud y palabras clave mediante operadores booleanos (AND, OR y NOT) permitió reducir y concretar la búsqueda.

Figura 5. Esquema-resumen de la búsqueda bibliográfica



Términos de búsqueda	
Palabras clave:	Términos Mesh:
Health occupation student	-Social Stigma
Medical student	-Mental Disorders
Mental disorder	-Students and Health occupation
Psychiatric diagnosis	-Surveys and questionnaires
Mental illness/illnesses	
Survey	
Questionnaire	
Stigma, Social Stigma	

- ✓ Artículos encontrados: 250
- ✓ Artículos consultados: 70
- ✓ Artículos empleados: 32

5.2 TIPO DEL ESTUDIO

El estudio presentado es de tipo cuantitativo, observacional y descriptivo, que nos permite medir si existe estigma o no. La existencia de estigma se valoró en condiciones naturales y sin influencia previa por parte de la investigadora.

Es un estudio transversal por su temporalidad.

5.3 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en la Escuela de Enfermería de A Coruña.

5.4 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La población diana de este estudio son los alumnos/as de Enfermería que estudian en la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña.

- Criterios de inclusión:
Todos/as los/as estudiantes matriculados en la carrera de Enfermería por la Universidad de la Coruña que asistan al día de

entrega de encuestas, las cumplimenten debidamente y no presenten criterios de exclusión.

- Criterios de exclusión:
 - No conformidad con el consentimiento informado entregado.
 - Sufrir cualquier problema que dificulte la comprensión tanto de la carta de presentación como del cuestionario a realizar: barreras idiomáticas, dificultades en la lectura o comprensión del texto.

5.5 TAMAÑO MUESTRAL

Se determinó un tamaño muestral de 126 alumnos para realizar el estudio con un nivel de confianza del 95%, una proporción de 50% y una precisión del 10%. Las pérdidas estimadas fueron del 15%

El número de estudiantes de enfermería encuestados fueron un total de 122, por rechazo de 4 cuestionarios por situarse dentro de los criterios de exclusión, que ya no se contabilizaron en el análisis estadístico.

5.6 PERIODO DE ESTUDIO

El desarrollo del estudio se llevó a cabo de enero a mayo del año 2019. Este período se realizó desde la búsqueda bibliográfica, hasta el diseño del cuestionario, su entrega y la interpretación de los datos. La cronografía de las actividades realizadas durante el periodo de estudio se detalla en el cronograma incluido en el Anexo 12.2.

Posteriormente a la realización del estudio, se plantea su posible publicación a partir de julio de 2019.

5.7 VARIABLES A ESTUDIO

Las variables estudiadas son de tipo dependiente e independiente.

Las variables independientes son aquellas relacionadas con la socio-demografía además de datos que son de interés para el desarrollo del estudio. Entre ellas, se encuentran: el sexo, la edad, el curso de enfermería en el que estén matriculados y si conocen a alguna persona cercana con algún tipo de trastorno mental diagnosticado.

Las variables dependientes son los ítems incluidos en el cuestionario CAMI y que se describen a continuación.

5.8 DESARROLLO DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS

La herramienta empleada para la recogida de datos fue el Cuestionario sobre las Actitudes de la Comunidad hacia las personas con trastornos mentales. Este cuestionario nace en 1981 de la mano de Taylor y Dear bajo el nombre de Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) (27). Esta escala es una actualización y abreviación de la escala Opinions about Mental Illness de los años 60. Se trata de una herramienta validada para población española en 2016 por el Centro de Investigación en Red en Salud Mental (28) y que muestra una elevada consistencia interna y estabilidad temporal tanto para población adulta como adolescente y en personal sanitario como la enfermería.

El cuestionario consta de 40 ítems fácilmente comprensibles que exponen situaciones relacionadas con personas con enfermedades mentales. El encuestado debe responder de forma sincera mediante escala Likert (Anexo 12.3), mostrando su acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones planteadas.

Los ítems se agrupan en 4 subescalas para su interpretación. Cada grupo constará de 10 ítems, de los cuales 5 se expresaran de forma positiva, es decir que a mayor puntuación, mayor estigmatización y 5 de forma negativa. La puntuación de cada subescala resultará de sumar los ítems positivos con la inversa de los ítems negativos.

- Autoritarismo. En este grupo los ítems evalúan las actitudes de superioridad de los encuestados hacia las personas con trastorno mental.
- Benevolencia. Mide las actitudes de acogida y simpatía hacía la persona con enfermedad mental pero que podría llegar a desembocar en el paternalismo.

- Restricción social. Aquí se inclúen as percepciónes de peligrosidade de la persona con patoloxía mental que provocan a necesidade de aislarlo tanto física como socialmente.
- Ideoloxías de la salud mental en comunidade. Evalúan a creencia de la reinserción social de la persona en la comunidade.

La consistencia interna del instrumento original muestra niveles aceptables para cada subescala con un alfa de Cronbach de 0.88 para ideología de salud mental; 0.80 para restricción social; 0.76 para benevolencia; y 0.68 para autoritarismo. (28)

El desarrollo del estudio transcurrió siguiendo las etapas que se muestran a continuación:

1. Búsqueda bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica se basó en encontrar un cuestionario capaz de medir el estigma en las enfermedades mentales y que contara con validación en español, para población adolescente y adulta y que se hubiera empleado en estudiantes de carreras sanitarias. Por los motivos reflejados anteriormente, el cuestionario que mejor se adapta a las necesidades del estudio es el cuestionario CAMI.

2. Redacción y preparación de los cuestionarios.

Esta etapa consistió en la redacción de un documento adecuado que contuviera una carta de presentación sencilla y comprensible. En ella se detallan los reglamentos que sigue tanto el cuestionario como la realización del estudio, como son la ley de protección de datos o los convenios por los que se rige. Además incluye previamente las indicaciones de cómo cubrir adecuadamente el cuestionario y los datos de contacto de la investigadora. La carta de presentación y el cuestionario completo se incluye en el Anexo 12.4.

Se decidiu que el formato del cuestionario fuera tipo papel e impreso en blanco y negro.

3. Reparto de cuestionarios.

El reparto de los cuestionarios se realizó en las aula de la Escuela de enfermería, en una fecha diferente para cada curso. Tras la presentación de la investigadora y del objeto del estudio, se realiza de forma oral un resumen de la carta de presentación. Aquí se hizo especial interés en el anonimato de los participantes y en los reglamentos cumplidos por la investigación. Finalmente, se preguntó a los estudiantes si presentaban dudas acerca del estudio y se procedió a repartir los cuestionarios. El tiempo de duración de la realización del cuestionario fueron 25 minutos con 5 a mayores para revisar sus respuestas si así lo requerían los alumnos.

Los cuestionarios fueron repartidos en un período de un mes, que fue necesario para adquirir una muestra general de estudiantes que cumpliera las características del estudio. La accesibilidad a los alumnos varió dependiendo del curso en el que se encontraban, debido a la asistencia de clases y prácticas fuera de la escuela de enfermería.

5.9 MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recogidos fueron estratificados y analizados por el programa IBM SPSS Statistics versión 25.

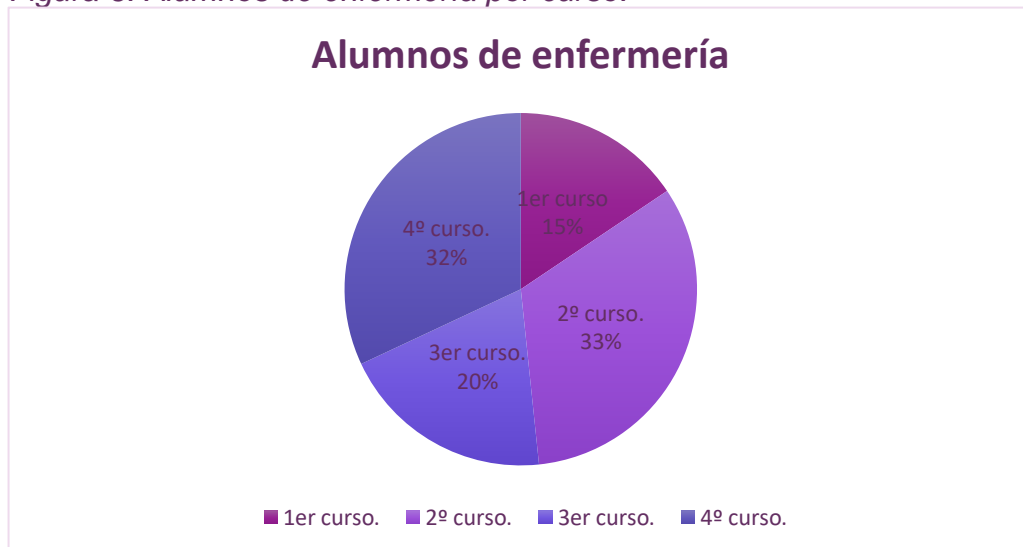
Las variables sociodemográficas del sexo, curso, edad y la relación con una persona que padezca una enfermedad mental fueron analizadas de forma descriptiva mediante tablas de frecuencia. Los ítems del cuestionario fueron descritos de forma individual y agrupados en los 4 conjuntos descritos anteriormente. Para su análisis, se calculó la media, moda, desviación típica, máximos y mínimos, además de representarlos de forma gráfica mediante un histograma.

Para comparar las variables, se realizó una comparación de medias y se calculó la significación de la relación.

6. RESULTADOS

En primer lugar, el análisis estadístico de las variables sociodemográficas nos revela un 86,1% de los alumnos encuestados fueron mujeres mientras que los hombres el 13,9% restante. Ningún alumno se declaró como género no binario o diverso. En lo referente a la edad de los estudiantes que participaron en el estudio, un 54,9% se situaban entre los 18 y los 21 años. Los grupos de 22 a 25 y mayores de 25, suponían una minoría con un 31,1% y un 13,9% respectivamente. El número de alumnos fueron clasificados según el curso en el que estuvieran matriculados, como se refleja en la Figura 6.

Figura 6. Alumnos de enfermería por curso.



Los alumnos manifestaron conocer a una persona cercana con algún tipo de enfermedad mental diagnosticada en un 57,4% mientras que el 42,6% restante negó esta afirmación.

Las medias de los ítems empleadas para el análisis de los resultados son las medias resultantes de la modificación de los ítems formulados de forma inversa. Se considerará conducta estigmatizante cuando dicha media supere los 3,0 puntos en las medias de los ítems individuales y cuando supere los 30 puntos en las medias grupales.

Se realizó la agrupación de ítems en las siguientes subescalas:

- Autoritarismo:

En la tabla 1, se muestran los ítems referidos al autoritarismo.

Tabla 1. Ítems de autoritarismo.

ÍTEM	N	Media	Mín.	Máx.	Moda	DT
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	122	1,97	1	5	1	0,962
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	122	2,00	1	5	1	1,286
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.	122	2,25	1	5	3	1,031
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	122	2,77	1	5	1	1,493
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	122	2,25	1	5	2	1,108
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	122	1,27	1	5	1	0,853
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	122	1,14	1	5	1	0,565
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	122	3,43	1	5	3	1,233
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	122	1,95	1	5	1	1,059
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	122	1,69	1	5	5	1,158

Tras la agrupación de los ítems, la media resultante es un 20,71 con una DT de 5,012, que al situarse por debajo de 30,00, indica que, a nivel general no existe un factor de autoritarismo relevante en los alumnos encuestados. El ítem que más tiende a las conductas estigmáticas es el de *‘Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.’* siendo el único que está por encima de la puntuación 3,0 en este grupo. Por otro lado, el segundo ítem más alto en puntuación corresponde a *‘Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.’*. A pesar de que la media no indica estigma, este ítem presenta una gran variabilidad de respuesta: totalmente en desacuerdo un 22,1%, bastante en desacuerdo un 9%, ni de acuerdo ni en desacuerdo un 18,9%, bastante de acuerdo un 23,8%, totalmente de acuerdo un 26,2%.

En la Tabla 2, aparecen relacionados el autoritarismo con las variables sociodemográficas de relevancia.

Tabla 2. Ítems de autoritarismo comparados por sexos, cursos y relación con enfermedad mental.

Autoritarismo	Media (DT)	SEXO		CURSO				RELACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL	
		Masc.	Fem.	1º	2º	3º	4º	Si	No
	20,71 (3,01)	21,58 (2,49)	20,57 (3,01)	22,43 (5,85)	19,52 (4,47)	20,08 (3,94)	20,97 (5,50)	20,28 (4,7)	21,28 (5,36)

En lo referente al sexo, los hombres manifestaron tener el autoritarismo hacia las personas con patología mental ligeramente más elevado que el de las mujeres. En concreto, destacan 2 ítems: *‘En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.’* con media masculina de 2,35 (DT: 1,057) y de 1,90 (DT: 0,936) por parte de las mujeres. Por otro lado destaca *‘Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.’* con media de 2,47 (DT: 1,328) para los hombres y 1,42 (DT: 1,269) para el género femenino.

La relación del autoritarismo con el sexo y con la variable de relación con la enfermedad mental es estadísticamente significativa ($p= 0,953$ y $p=1,61$ respectivamente).

Por otro lado, los alumnos que no tuvieron contacto cercano con una persona con patología mental presentan mayor autoritarismo en 7 de los 10 ítems. Las diferencias de respuesta entre cursos no son reseñables.

- **Benevolencia:**

En la Tabla 3, se muestran los resultados correspondientes a los ítems referidos a la benevolencia.

Tabla 3. Ítems de benevolencia.

ÍTEM	N	Media	Mín.	Máx.	Moda	DT
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	122	1,72	1	5	1	0,874
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la Sociedad.	122	1,60	1	4	1	0,86
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.	122	1,44	1	5	1	0,844
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.	122	1,23	1	5	1	0,62
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.	122	1,40	1	5	1	0,723
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	122	1,98	1	5	2	0,857
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	122	2,75	1	5	3	1,095

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.	122	1,18	1	5	1	0,71
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	122	1,37	1	5	1	0,752
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.	122	1,81	1	5	1	0,81

En el apartado de Benevolencia, la media de respuesta se encuentra en un 16,07 con 4,480 de DT por lo que tampoco apreciamos un estigma destacable en este grupo. El ítem con la puntuación más elevada es *'Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.'* con una media de 2,75 (DT:1,095) y una moda de 3 puntos, lo que indica que la mayor parte de ellos, concretamente un 36,1% no estaban ni de acuerdo ni desacuerdo con la afirmación.

En la tabla 4, se refleja la media de los ítems correspondientes al grupo de Benevolencia, estratificada por sexo, curso y relación cercana con una persona con patología mental.

Tabla 4. Ítems de benevolencia comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.

Benevolencia	Media (DT)	SEXO		CURSO				RELACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL	
		Masc.	Fem.	1º	2º	3º	4º	Si	No
	16,07 (4,48)	16,52 (3,44)	16,00 (4,64)	16,89 (6,26)	14,95 (3,25)	16,16 (3,50)	16,76 (5,05)	15,61 (4,59)	16,69 (4,30)

Comparando los resultados por sexo, hombres manifiestan mayor estigma por benevolencia que las mujeres, destacando la relevancia del ítem 26, cuya media en los hombres supera en 1 punto a la de las mujeres. Los alumnos de 1º curso presentan las puntuaciones más cercanas al estigma todo el alumnado mientras que las menores las obtuvieron los de 2º curso.

Los alumnos que manifestaron tener o haber tenido contacto con una persona con una enfermedad mental, presentan mayor benevolencia en sus respuestas.

Las relaciones entre los ítems correspondientes a la subescala de benevolencia y las variables de sexo y relación con la enfermedad mental son estadísticamente significativas ($p=0,176$ y $p=0,123$ respectivamente).

- **Restricción social:**

En la Tabla 5, se muestran los resultados de los ítems referidos a la Restricción social de la población con enfermedad mental.

Tabla 5. Ítems de restricción social.

ÍTEM	N	Media	Mín.	Máx.	Moda	DT
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	122	1,10	1	4	1	0,53
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	122	2,28	1	5	2	1,04
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.	122	1,19	1	5	1	0,608
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.	122	1,31	1	5	1	0,901
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	122	1,68	1	5	1	0,921
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.	122	1,90	1	5	1	1,016
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	122	1,40	1	5	1	0,799

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	122	1,48	1	5	1	1,144
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	122	1,66	1	5	1	0,916
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.	122	2,70	1	5	3	1,042

La media total del grupo de restricción social se sitúa en 16,81 (DT: 5,28), por lo que de nuevo, los alumnos encuestados no manifiestan estigma en este ámbito. Si bien, destaca la puntuación de dos ítems por encima del resto:

- *‘En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.’* con media de 2,70 (DT:1,042)
- *‘Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.’* con media de 2,28 (DT:1,04).

La tabla 6, muestra la media total, comparada con las variables siguientes:

Tabla 6. Ítems de restricción social comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.

Restricción social	Media (DT)	SEXO		CURSO				RELACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL	
		Masc.	Fem.	1º	2º	3º	4º	Si	No
	16,81 (5,28)	17,17 (3,94)	16,76 (5,48)	17,21 (6,06)	15,52 (3,03)	17,25 (4,33)	17,69 (6,09)	16,52 (5,54)	17,21 (4,30)

Estratificando los ítems por sexo hay una gran similitud entre las respuestas de los hombres y las mujeres. Sin embargo, llama la atención que el ítem en el que existe mayor diferencia sea el de *‘En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de*

enfermedades mentales como canguros' con una media por parte de los hombres de 3,18 (DT: 0,951) , siendo superior a la de las mujeres (M: 2,53 ,DT:1,042). Presenta mayor estigma por restricción social el género masculino.

Por cursos y por relación con la enfermedad mental, las respuestas individuales a los ítems son también muy similares, siendo 2º y los alumnos que tuvieron una relación cercana con la enfermedad mental los que menos estigma presentan.

Esta subescala solo presenta significación estadística para la variable de sexo ($p=0,109$), siendo la de la variable relación con enfermedad mental no significativa ($p=0,008$).

- **Ideología:**

La tabla 7, muestra los datos estadísticos descriptivos de los ítems pertenecientes al grupo de ideología.

Tabla 7. Ítems de ideología.

ÍTEM	N	Media	Mín.	Máx.	Moda	DT
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	122	1,66	1	5	1	0,756
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio	122	1,43	1	4	1	0,842
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.	122	1,70	1	5	1	0,917
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.	122	1,99	1	5	1	0,904
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.	122	1,48	1	5	1	0,707
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	122	1,52	1	5	1	0,730

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	122	1,91	1	5	1	0,996
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	122	1,70	1	5	1	0,908
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.	122	2,00	1	5	2	1,037
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.	122	1,75	1	5	1	0,956

La media grupal que se refiere a las creencias de los alumnos sobre la enfermedad mental se sitúa en 17,13 (DT: 4,929), por lo que, al situarse por debajo de 30,00 no presentan estigma en este ámbito. Como se muestra en la tabla anterior, las respuestas rondan entre 1,43 y 2 puntos todas por debajo de 3 y muy similares.

La tabla 8, muestra la media global comparada con el sexo, el curso y la relación cercana con personas con una enfermedad mental.

Tabla 8. Ítems de ideología comparados por sexo, curso y relación con la enfermedad mental.

Ideología sobre la enfermedad mental	Media (DT)	SEXO		CURSO				RELACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL	
		Masc.	Fem.	1º	2º	3º	4º	Si	No
	17,13 (4,24)	18,52 (3,48)	16,90 (4,98)	18,10 (4,02)	16,50 (4,32)	17,58 (5,42)	17,02 (5,32)	16,84 (5,27)	17,51 (4,17)

Los hombres presentan una mayor tendencia al estigma en la ideología que las mujeres. Esto se ve reflejado en ítems como: *‘Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.’* con medias de 2,29 (DT: 1,47) para el género masculino y 1,60 (DT: 0,84) para el género femenino o *‘La ubicación de servicios de*

salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes. con 2,71 (DT: 1,21) en los hombres y en las mujeres 1,88 (DT: 0,899).

La relación de los ítems referidos a la ideología es significativa con la variable de relación con la enfermedad mental ($p=0,846$). Sin embargo, la relación con el sexo no es estadísticamente significativa ($p=0,026$)

7. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio, como se describió en un inicio, fue valorar la existencia de estigma mediante el cuestionario CAMI en los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de la ciudad de A Coruña.

Tras el análisis de los datos obtenidos, se puede concretar que la respuesta de los alumnos encuestados denotó una actitud muy positiva hacia la enfermedad mental y los que la padecen.

Estos resultados podrían estar relacionados por varios factores.

Por un lado, debemos tener en cuenta que el alumnado elegido para el estudio está cursando la carrera de Enfermería, una profesión con un nivel muy alto de vocación dirigida al cuidado de la población, desde la transparencia y el respeto. Los estudiantes de carreras universitarias de ciencias de la salud ya han demostrado en estudios anteriores tener una actitud positiva hacia la enfermedad mental. (22,25,26). De hecho, en estudios realizados anteriormente en los que se emplea la misma escala pero para estudiantes de otra rama, estos muestran mayor estigma (6,28–30) Estos datos se extrapolan también a trabajadores, siendo los profesionales de la salud los que menor estigma muestran (21,31). Teniendo en cuenta esta información, podemos concluir de nuevo la importancia de la educación en salud y el contacto cercano para reducir el estigma hacia las personas con enfermedades mentales.

Por otro lado, se trata de encuestados jóvenes que conocieron la revolución de la salud mental desde las campañas de aceptación llevadas a cabo. También, se considera una influencia en la población de estas edades que

personajes famosos hayan reconocido el padecimiento de una enfermedad mental, ayudando a visibilizar y normalizar la patología, lo cual ya ha demostrado tener mayor impacto en la población que la publicación de estudios o las campañas de información (2)

A pesar de su validación en 2016 para población española, la escala CAMI surge de la mano de Taylor y Dear (31) en el año 1981, y debido al importante cambio que sufrió la sociedad en las décadas posteriores, provoca que haya ítems que quizás no sean del todo coherentes con la actualidad. En ejemplo es el ítem 39, *'En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.'*, limitando únicamente al género femenino las profesión de cuidar niños. Esta reflexión surge de las reclamaciones de varios alumnos a la hora de realizar los cuestionarios.

En los ítems individuales y por consecuencia en las subescalas, las respuestas obtenidas presentaban una gran similitud y fueron claramente no estigmatizantes. A nivel general, el autoritarismo era las subescala que mayor estigma presentaba y la benevolencia la que menos. Sin embargo, se reflejan diferencias a la hora de la estratificación por género, curso y su relación con personas con patologías mentales.

El género masculino presentó más estigma que el femenino en todas las categorías destacando la subescala de Ideología con una media superior en 1 punto a las mujeres. La bibliografía consultada ya sugería las diferencias de género en la concepción del estigma social (17).

Por otro lado, los alumnos de 2º curso con los que menos estigma refieren en todas las subescalas. Esto podría estar relacionado con que durante el período en el que realizaron los cuestionarios estaban cursando la asignatura de Salud Mental, influenciándoles positivamente en su visión tanto de la salud como de la enfermedad mental, como sucede en anteriores estudios (36)

Todos los alumnos que manifestaron tener una relación cercana con una persona que padezca o haya padecido una enfermedad mental presentaron menor grado de estigma que los que manifestaron lo contrario. Sin embargo en otros estudios que emplean esta variable para alumnos de enfermería, las respuestas entre los que mantuvieron contacto cercano con una persona con patología mental no presentan grandes diferencias (36). En este resultado se podría apreciar la importancia de las intervenciones basadas en el contacto directo con una persona con patología mental para posteriores intervenciones anti-estigma. Como se reflejó anteriormente, se trata del tipo de intervención más recomendada por los expertos por el impacto que tienen los testimonios sinceros de personas con patologías mentales para desmitificar las incapacidades que se le asocian al colectivo.

Los ítems en los que la puntuación estigmática era más elevada son dos relacionados con los hospitales para enfermedades mentales, donde se comparan con 'cárceles' o se definen como '*tratamientos obsoletos*'. Este resultado hace concluir que la institución de internamiento para pacientes con trastornos mentales sigue siendo vista como un centro de reclusión.

En lo referente a las limitaciones del estudio, la principal dificultad encontrada fue el acceso al alumnado. Los alumnos de enfermería realizan un gran número de horas de prácticas fuera del recinto de la escuela por lo que consensuar un momento para realizar los cuestionarios al mayor número posible de alumnos fue más complicado de lo esperado en un principio. Por ello, se prevé ampliar la muestra en posteriores estudios para aportar resultados más representativos.

La positividad de los resultados se desarrolla en gran medida gracias a las campañas y los esfuerzos de asociaciones como FEAFES y la Confederación de Salud Mental por visibilizar la situación de injusticia de estas personas. Por parte del gobierno también se vió un aumento en las actividades destinadas a favorecer la integración social de las personas con patologías mentales, pero es preciso continuar mejorando estos aspectos para alcanzar la mejor situación social posible.

Tras el análisis de la bibliografía consultada y de los resultados de este estudio, surge un gran interés en valorar la existencia de estigma hacia la enfermedad mental en otros grupos sociales. Valorar si existe mayor nivel de estigma en jóvenes o en adultos y si está el factor principal de ello es la ausencia de conocimientos sobre las enfermedades mentales, como se demostró en estudios internacionales (9) Sería interesante continuar trabajando con esa población y en el caso de que el estigma fuese positivo medir la eficacia de las posibles propuestas de intervención.

Por otro lado, también resultaría interesante la valoración del autoestigma de las personas con enfermedades mentales, con escalas validadas como la DIMI por la Universidad de Chicago (32). Se trata de un tema en el que en nuestro país existe poca documentación, y los resultados podrían ser relevantes tanto para enfocar nuevas campañas como incluso para mejorar la atención sanitaria en estos pacientes.

En lo referente al plan de difusión del estudio, podría ir enfocado a la publicación en revistas de enfermería sobre todo las relacionadas con la salud mental como la Revista de Enfermería y Salud Mental o la Revista Española de Enfermería y Salud Mental. Se contempla además la posibilidad de exposición en congresos como el XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

El desarrollo de estos objetivos se plantea para posteriores estudios.

Este estudio pretende por tanto, además de su objetivo principal de valorar la existencia de estigma hacia las enfermedades mentales, exponer la situación de las personas que sufren una patología de estas características, en la que la lucha no es solo contra la enfermedad, si no también contra una sociedad que los subestima y los infravalora. Con el fin de reducir esta injusticia social, es necesario fomentar la investigación en Salud Mental.

8. MEMORIA ECONÓMICA

Tabla 9. Exposición de costes.

COSTES MATERIALES			
Material	Coste (unidad)	Unidades	Total
Ordenador portátil	400 euros	1	400 euros
Folios A4 500 Unidades	4,50 euros	5	22,5 euros
Bolígrafos	0,25 euros	150	37,50 euros
Impresora	80 euros	1	80 euros
Tinta para impresora	25 euros	5	125 euros
Grapadora	2,00 euros	3	6 euros
Grapas 50000 unidades	4,50 euros	1	4,50 euros

A estos costes les sumaríamos, el desplazamiento valorado en 100 euros y las dietas valoradas en 40 euros.

TOTAL = 850 euros

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio requirió una participación anónima del alumnado de enfermería, pero se acoje igualmente a la Ley de protección de datos de Carácter personal LOPD (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

La investigación respeta las consideraciones éticas incluídas en Declaración de Helsinki, el Convenio de Oviedo y el Código Ético de Investigación de la Universidad de A Coruña (27-02-2019).

10. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, Chelo, por desempeñar un gran papel de guía y de motivadora durante el desarrollo del estudio. Sus ánimos desde el comienzo supusieron un gran apoyo para realizar una investigación que en un principio consideraba inasumible. Agradecer también su tiempo a Sonia Pértega Díaz, cuya ayuda en el análisis estadístico fue clave en el desarrollo de esta investigación.

Por último, a mi familia y compañeros, en especial a Lucia Regueiro, con quien compartía los momentos de dudas y agobios.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedersen D. Estigma y Exclusión Social en la Enfermedad Mental: Apuntes para el análisis y la investigación. Rev Psiquiatr y Salud Ment Hermilio Vald [Internet]. 2005 [consultado 10 Feb. 2019]; 4(1):3–14. Disponible en: <https://webs.ucm.es/BUCM/ecsa//9788474919806.pdf>
2. Alarcón RD. Estigma En La Práctica Psiquiátrica De Un Hospital General. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 [consultado 12 Feb. 2019];28(6):818–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.001>
3. Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. 10ª ed. Madrid: Amorrortu; 2006 [consultado 15 Feb. 2019].
4. Rössler W. The stigma of mental disorders: a millennia-long history of social exclusion and prejudices. Rev Science and Society [Internet]. 2016 [consultado 15 Feb 2019];17(9):1250–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470237>
5. Frías VM, Fortuny JR, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Stigma: The relevance of social contact in mental disorder. Rev Enfermería Clínica [Internet]. 2017 [consultado 20 Feb 2019]; 28(2):111–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28651819>
6. Vaquero C, Escudero MÁ, Cebollero M, Ureña E, Saiz J. Mental

illness and stigma in young people. A study qualitative. Rev Rehab Psicosoc [Internet]. 2014 [consultado 1 Mar 2019]; 11(2):1–8. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/282315358> Mental illness and stigma in young people A study qualitative Enfermedad mental y estigma en jóvenes Un estudio cualitativo Enfermedad mental y estigma en jóvenes Un estudio cualitativo

7. B. Ibáñez, C. Pérez, E. Utrera et al. Reflexión sobre el papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma. XXX Congr Nac Enfermería. Sevilla, 2013 [consultado 20 Feb 2019]

8. Cazaniga J, Suso A. Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". Confed Salud Ment España [Internet]. 2015 [consultado 20 Feb];7–112. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

9. Torres M. Alfabetización en salud mental , estigma e imaginarios sociales. Rev Imagonautas [Internet]. 2016 [consultado 15 Mar 2019]; 8(8):50–63. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268488%0Ahttp://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500008&lng=es.

10. Correa Urquiza, M.; Silva, Thomas J.; Belloc, Márcio M.; Martínez Hernaex A. La evidencia social del sufrimiento: salud mental , políticas globales y narrativas locales. Rev RACO [Internet] . 2005 [consultado 18 Mar 2019]; 47–69. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042>

11. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2010 [consultado 19 Mar 2019]; 28(1):43–83. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

12. Muñoz M, Santos EP, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Donoso Cortés planta [Internet]. 2006 [consultado 20 Mar 2019]; 26(1): 49–59. Disponible en: www.editorialcomplutense.com
13. Martínez C, Sánchez V, Sales-Orts R, Dinca A, Richart M, Ramos-Pichardo JD. Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [consultado 1 Abr 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330702811_Effectiveness_of_direct_contact_intervention_with_people_with_mental_illness_to_reduce_stigma_in_nursing_students
14. Ministerio de Sanidad C y BS. La Actitud Marca la Diferencia. Campaña por la inclusión social de las personas con problemas de Salud Mental . Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet, actualizada 2019]. [consultado 2 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas18/saludMental.htm>
15. Rodríguez C. La evaluación de la salud mental en la encuesta nacional de salud de España: vigilancia epidemiológica. *Rev Salud Ment y Salud Pública en España*. [Internet]. 2018 [consultado 2 Abr 2019];54–60. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
16. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial de acción en Salud mental: Mh GAP. Departamento de Salud Mental de la OMS. Ginebra. 2002 [consultado 2 Abr 2019]
17. Federación de asociaciones de familiares e persoas con Enfermidade Mental de Galicia. FEAFES Galicia [Internet]. 2010 [consultado 3 Abr 2019]. Disponible en: <http://feafesgalicia.org/>

18. Uribe M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Rev Univ Médica. 2007 [consultado 2 Abr 2019]; 48(3):207–220. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003
19. López M. De-construyendo el Estigma en Salud Mental. Rev Psychol Soc Educ [Internet]. 2017 [consultado 2 Abr 2019];5(1):91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4489425>
20. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Ginebra: 2013; Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
21. Laraib A, Sajjad A, Sardar A, Wazir MS, Nazneen Z. Original article perspective about mental illnesses : a survey of health care providers of abbotabad. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]. 2018 [consultado 3 Abr 2019];30(1):97–102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29504341>
22. Chang S, Ong HL, Seow E, Chua BY, Abdin E, Samari E, et al. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: A cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2017 [consultado 7 Abr 2019];7(12):1–11. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e018099>
23. Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2018 [consultado 7 Abr 2019];28(4):483–94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30607061>
24. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN | Profesionales de Salud Mental [Internet, actualizado Jun 2019] [consultado 4 Abr 2019]. Disponible en: <https://aen.es/>

25. Sayols-Villanueva M, Ballester-Ferrando D, Gelabert-Vilella S, Fuentes-Pumarola C, Rascón-Hernán C. El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Rev Enfermería y Salud Ment* [Internet]. 2015 [consultado 5 Abr 2019];(2):7–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6146013>
26. Duman ZÇ, Günüşen NP, İnan FŞ, Ince SÇ, Sari A. Effects of two different psychiatric nursing courses on nursing students' attitudes towards mental illness, perceptions of psychiatric nursing, and career choices. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017 [consultado 5 Abr 2019] ;33(6):452–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29157575>
27. Taylor S, Dear M. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225–40.
28. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. [Internet]. 2016 [consultado 7 Abr 2019];9(3):150–7. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989115000476
29. Takeuchi J, Sakagami Y. Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2018 [consultado 7 Abr 2019];80(3):367–78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30214086><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6125660>
30. Pang S, Liu J, Mahesh M, Chua BY, Shahwan S, Lee SP, et al. Stigma among Singaporean youth: A cross-sectional study on adolescent attitudes towards serious mental illness and social tolerance in a multiethnic population. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [consultado 7 Abr 2019];7(10):1–11. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016432>
31. Original C, Ceballos E, Contardo V. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales: contacto social y educación en

salud. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet] 2006 [consultado 7 Abr 2019];44(3):205–14. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v44n3/art06.pdf>

32. Ezell JM, Choi CWJ, Wall MM, Link BG. Measuring Recurring Stigma in the Lives of Individuals with Mental Illness. Community Ment Health J [Internet] 2018 [consultado 8 Abr 2019];54(1):27–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28819876>

12. ANEXOS

12.1 Glosario de abreviaturas.

OMS	Organización Mundial de la Salud
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CAMI	Community Attitudes toward the Mental Ill Traducción: Actitudes de la Comunidad hacia la Enfermedad Mental.
FEAFES	Federación de asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
Máx	Máximo
Mín	Mínimo
DT	Desviación típica

12.2 Cronograma.

Año 2019	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda bibliográfica					
Diseño del estudio					
Reparto de cuestionarios					
Análisis de datos					
Presentación de resultados					

12.3 Escala likert.

ESCALA LIKERT	
1	Totalmente desacuerdo con la afirmación.
2	Bastante desacuerdo con la afirmación.
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación.
4	Bastante de acuerdo con la afirmación.
5	Totalmente de acuerdo con la afirmación.

12.4 Carta de presentación y cuestionario.

CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES (CAMI).

Con este documento te invitamos a participar en un estudio de investigación, que se está realizando en la **Escuela de Enfermería de la ciudad de A Coruña**. La participación en este estudio es completamente voluntaria, y el cuestionario es anónimo.

Esta investigación tiene como fin valorar la existencia de estigma o no en la sociedad, concretamente en estudiantes de enfermería, hacia las enfermedades mentales y los que las padecen. Para ello, ha sido seleccionado el Cuestionario CAMI, validado para población española y para estudiantes y adolescentes.

Dicha investigación respeta las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios, en particular la **Declaración de Helsinki**, el **Convenio de Oviedo** y el **Código Ético de Investigación da la Universidad de A Coruña (27-02-2019)**.

La investigadora se compromete a respetar la Ley de **Protección de Datos de Carácter personal LOPD** (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y por lo tanto, los participantes tendrán acceso a sus datos para consultarlos, corregirlos o anularlos en cualquier momento.

El acceso a los datos y a su uso se reserva para el equipo de investigación y las Autoridades Sanitarias.

Si decide participar en este estudio, lea con atención todas las preguntas y contesta con total sinceridad. Marque con una X aquellas respuestas que considere acertadas. Una vez cumplimentado, devuélvalo a la investigadora.

En caso de cualquier tipo de duda, se puede poner en contacto conmigo, **Andrea Balayo**, a través de correo electrónico (a.balayo@udc.es) o del teléfono **60813031**.

Gracias de antemano por la colaboración.

Para empezar:

1. GÉNERO	
2. EDAD	
3. CURSO DE ENFERMERÍA	
4. ¿CONOCES A ALGUIEN CERCANO CON TRASTORNO MENTAL?	

A continuación aparecen una serie de items que representan actitudes hacia las personas que padecen o han padecido una enfermedad mental. La respuesta será una puntuación del 1 al 5, significando 1 que estas en total desacuerdo y 5 que estas totalmente de acuerdo con la afirmación:

5. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	1	2	3	4	5
6. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
7. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	1	2	3	4	5
8. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	1	2	3	4	5
9. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	1	2	3	4	5

10. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la Sociedad.	1	2	3	4	5
11. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
12. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.	1	2	3	4	5
13. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.	1	2	3	4	5
14. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.	1	2	3	4	5
15. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.	1	2	3	4	5
16. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.	1	2	3	4	5
17. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4	5
18. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.	1	2	3	4	5
19. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.	1	2	3	4	5
20. 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	2	3	4	5
21. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	1	2	3	4	5
22. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
23. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
24. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.	1	2	3	4	5
25. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	1	2	3	4	5
26. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
27. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.	1	2	3	4	5
28. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	1	2	3	4	5

29. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	1	2	3	4	5
30. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
31. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	1	2	3	4	5
32. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.	1	2	3	4	5
33. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	1	2	3	4	5
34. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.	1	2	3	4	5
35. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
36. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.	1	2	3	4	5
37. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	1	2	3	4	5
38. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales	1	2	3	4	5
39. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	1	2	3	4	5
40. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.	1	2	3	4	5
41. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
42. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.	1	2	3	4	5
43. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.	1	2	3	4	5
44. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.	1	2	3	4	5

**¡GRACIAS POR VUESTRA
COLABORACIÓN!**