



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Estudio sobre el Estigma percibido en profesores de
educación media básica sobre los alumnos con
TDAH: Comparación entre escuelas públicas y
privadas.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE SUB -ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

Dr. Fernando J. Félix Orta

Asesores:

Dr. Francisco De la Peña Olvera
Tutor Teórico

Dr. Lino Palacios Cruz
Tutor Metodológico

Clínica de la Adolescencia.
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
México, DF, Mayo 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	V
ABREVIATURAS	VI
RESUMEN	VI
INTRODUCCIÓN	1
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION	16
OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
HIPÓTESIS	17
MATERIAL Y MÉTODOS	17
TIPO DE ESTUDIO	17
POBLACIÓN EN ESTUDIO	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	19
ESCALAS DE MEDICIÓN	19
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	21
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	36

CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS	41
ANEXOS	43
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	43
II... OTROS ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS	Página
Tabla 1. Componentes del Estigma público y del auto Estigma.	6
Tabla 2. Características demográficas de la muestra	24
Tabla 3. Actitudes hacia el Trastorno por Déficit de Atención	25
Tabla 4. Sub-escalas de la Escala de Estigma de Link y su comparativo con la muestra original del estudio	26
Tabla 5. Reactivos de la sub-escala de discriminación devaluación.	27
Tabla 6. Medias comparativas en el número de años estudiados por los profesores participantes	29
Tabla 7. Medias comparadas de las distintas sub-escalas de acuerdo a la formación previa o no sobre el TDAH.	30
Tabla 8. Comparación de las medias de las distintas sub-escalas de acuerdo al género	31
Tabla 9. Correlaciones de Pearson	35

LISTA DE FIGURAS	Página
Figura 1. Iniciativa “Time to change”	3
Figura 2. Relación entre las dimensiones, blanco y contexto del Estigma en paído -psiquiatría.	12
Figura 3. Medias comparativas de los años de educación cursados por los profesores.	28
Figura 4. Medias de la subescala devaluación/discriminación en cuanto a la formación previa.	29
Figura 5. Medias de la sub-escala discriminación/devaluación y su división por género	31
Figura 6. Medias de la sub-escala devaluación/discriminación comparando a los profesores que tuvieron contacto previo con personas con TDAH vs. aquellas que no.	32
Figura 7. Medias comparativas de la sub-escala devaluación/discriminación entre aquellas personas que consideran como mejor opción educativa la educación especial Vs. Sistema Escolarizado.	34

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

A mis mentores a lo largo de estos 6 años.

A mi Esposa.

A mis padres y hermanos.

A mis amigos.

A todos los que me acompañaron en este maravilloso viaje sobre la mente humana.

Y un agradecimiento especial al Profesor Pedro Castro por su invaluable ayuda para la
revisión del instrumento.

ABREVIATURAS

TDAH: Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad.

gl: Grados de libertad.

Sign: Significancia

RESUMEN

Antecedentes:

El Estigma en cuanto a la enfermedad mental puede ser definido como la actitud negativa (basada en los prejuicios y la falta de información) que es desencadenada por marcadores de la enfermedad (como alteraciones del comportamiento o el conocimiento del uso de psicofármacos). La presencia del Estigma inicia un círculo vicioso que conduce a la discriminación, disminuyendo la autoestima y la autoconfianza y repercutiendo en un pobre efecto terapéutico o altas probabilidades de recaídas, reforzando las actitudes negativas. El Estigma ha sido identificado como un factor primordial en el uso de servicios de salud mental; En los servicios de salud mental dedicado a la población pediátrica, el rol del Estigma no ha sido conceptualizado, aunque se presume que puede ser significativo. Pocas investigaciones han sido realizadas sobre el Estigma que representa la salud mental en los niños. Lo principal en las futuras investigaciones corresponde a determinar de qué manera los profesores u otro tipo de cuidadores lidian con los problemas conductuales y como el Estigma se convierte en un factor para la búsqueda de la ayuda. La investigación sobre el Estigma en paido-psiquiatría es un área relativamente poco explorada; en donde es necesario investigar no solo lo relacionado al niño o adolescente de manera directa, sino también lo relacionado a otros ambientes en los cuales se desenvuelve. Dentro de ellos uno de los principales es el entorno escolar, en el cual puede permanecer hasta 8 horas diarias. Además el Trastorno por déficit de atención constituye uno de los principales diagnósticos reportados por los profesores (hasta en un 77%). Es por esto que es necesario determinar la presencia o ausencia de Estigma de parte de los profesores hacia los alumnos, con mira al desarrollo de intervenciones efectivas que repercutan directamente en los adolescentes.

Para motivos de este trabajo de tesis, realizamos una investigación que tenía por objetivo el determinar si existen diferencias sobre el Estigma percibido en profesores de educación media básica sobre los alumnos con TDAH, entre escuelas públicas y privadas.

Para ello utilizamos la escala de Estigma de link, específicamente la subescala de Discriminación/devaluación. Es una escala de Tipo likert que va desde 1=Totalmente de Acuerdo a 6= Totalmente en desacuerdo. Una alta calificación indica que la creencia de que los pacientes con alguna enfermedad mental serán devaluados y discriminados, así como menos inteligentes, menos confiables y con “pocas cosas importantes que decir”. La consistencia interna reportada a través del coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.82. La subescala Devaluación/discriminación refleja de manera más fidedigna la existencia de Estigma.

Dicha escala fue aplicada a 38 profesores de escuelas secundarias de la ciudad de México, posteriormente los datos obtenidos fueron analizados con el programa SPSS 15.0 para obtener medidas de tendencia central y comparar las diversas variables por medio de pruebas T.

Resultados: No existió diferencia significativa entre las escuelas públicas y privadas en cuanto a la Escala de Estigma de Link y sus diferentes sub-escalas; (Escuelas públicas 3.089, escuelas privadas 3.150. $p=0.824$.), no existieron diferencias del puntaje de la subescala de discriminación/devaluación entre género (Masculino 3.075, Femenino 3.098 $p=0.925$), grado educativo (Escuelas públicas 17.87 años estudiados, Escuelas privadas

17.62 años, $p=0.532$), formación previa sobre TDAH (3.04 aquellos que si recibieron información, 3.16 para aquellos que no, $p=0.599$).

Existió una diferencia significativa en la sub-escala de discriminación/devaluación entre aquellos profesores que proponen “educación especial” como método de educación para los niños y adolescentes con TDAH y aquellos que proponen sistema escolarizado. (Educación Escolarizada 2.87 y Educación especial 3.42, $p=0.024$).

Futuras investigaciones deben de encaminarse hacia la correlación entre la severidad de la sintomatología, la presencia de auto Estigma y el Estigma entre las personas que rodean al menor.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

El termino Estigma, comúnmente, se refiere de manera convencional a un atributo, rasgo o trastorno que marca a un individuo como inaceptable o fuera de la norma. (Scambler, 1998)

En algunas ocasiones la aplicación de una etiqueta diagnostica coloca a la persona como vulnerable hacia el Estigma. Existen además dos formas de agrupar el Estigma en cuanto a su representación o actuación el cual se refiere a la discriminación y a la falta de aceptación y el Estigma sentido el cual se refiere al miedo a dicha discriminación. (Scambler, 1998)

Según Pescolido (2007) el Estigma se puede definir en base a dos conceptos, prejuicio y discriminación.

El Estigma en cuanto a la enfermedad mental puede ser definido además como la actitud negativa (basada en los prejuicios y la falta de información) que es desencadenada por marcadores de la enfermedad (como alteraciones del comportamiento o el conocimiento del uso de psicofármacos). La presencia del Estigma inicia un círculo vicioso que conduce a la discriminación, disminuyendo la autoestima y la autoconfianza y repercutiendo en un pobre efecto terapéutico o altas probabilidades de recaídas, reforzando las actitudes negativas. (Sartorius, 2007).

La cultura juega un rol muy importante en cuanto al desarrollo del Estigma, considerando a la cultura como el conjunto de creencias, valores, actitudes, predisposiciones y normas que rigen a una comunidad. Dichos elementos moldean el clima en el cual se presentan los problemas concernientes a la salud mental, la búsqueda de ayuda y el seguimiento de las recomendaciones médicas. (Pescosolido, 2007)

Existen Varios factores interrelacionados en el concepto del Estigma los cuales forman una compleja red, la cual puede ser ilustrada mediante la iniciativa “Time to change”(Fig. 1) la cual describe el Estigma como la ausencia de conocimiento (Ignorancia o desinformación), Actitudes (La formación de prejuicios) y conductas (la discriminación). Mostrando además un modelo sistemático de cómo los componentes de la iniciativa combatirán el Estigma y la discriminación. En el lado derecho de la figura pueden observarse las fuentes de discriminación (en donde finalmente convergen todos los componentes del lado derecho), dentro de las cuales podemos ubicar a la ignorancia, los estereotipos culturales y los mitos que conducen a la discriminación. Del lado izquierdo de la figura podemos observar hacia quien va dirigida la discriminación y todas las repercusiones físicas y psicológicas que recaen sobre la persona estigmatizada. La intervención “Time to change” se basa principalmente en las figuras “open up” (apertura), “local projects” enfocados hacia la salud física y mental, “Mass Media Campaign” y “Education Not Discrimination” Enfocadas a disminuir el desconocimiento sobre la enfermedad mental. (Henderson & Thornicroft, 2009)

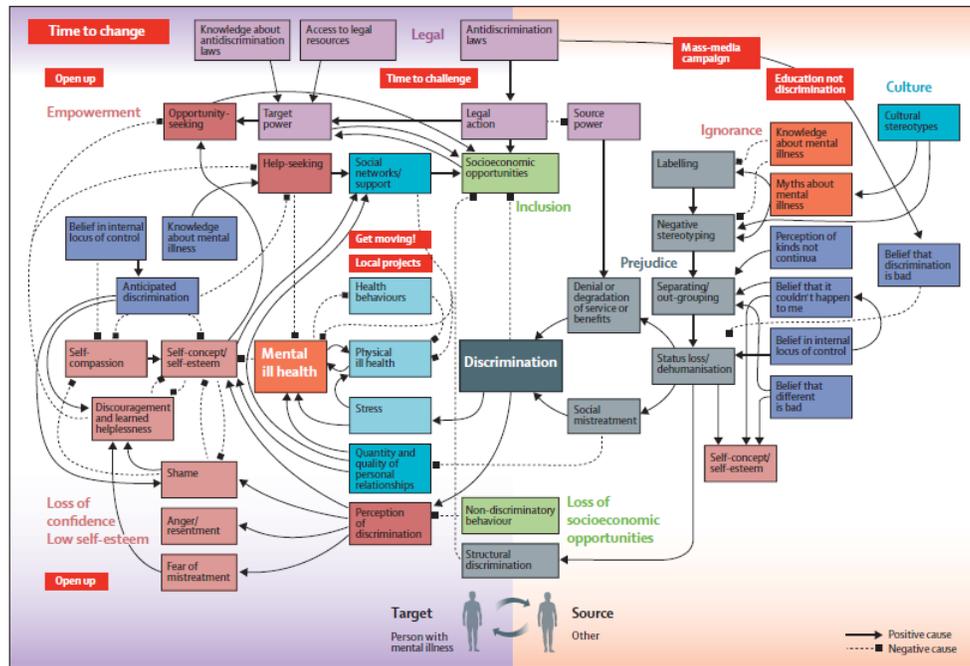


Figure: Systemic model of contributing factors to stigma and discrimination
Red boxes=Time to Change components. Adapted from reference 9.

Fig. 1. Iniciativa “Time to change” (Henderson & Thornicroft, 2009).

Conceptualizando el Estigma:

Uno de los principales problemas al definir Estigma, es la gran variedad de conceptos existentes en estos momentos, en la mayoría de las investigaciones no se especifica la definición operacional y cuando esta se especifica se utiliza la definición de Goffmann (Goffman, 1963). Algunos otros autores mencionan al Estigma como la relación entre un atributo y un estereotipo (una marca que liga a una persona a determinadas características indeseables). La marca del Estigma se observa como algo propio de la persona, en lugar de alguna característica que se le ha atribuido. (Link & Phelan, 2001)

A decir de link (Link & Phelan, 2001) el Estigma existe cuando convergen 3 componentes:

Etiqueta + Estereotipo + Segregación y Perdida del Estatus.

En el primer componente las personas establecen diferencias entre los seres humanos, a esto se le conoce como “etiqueta”, en segundo lugar, las creencias culturales dominantes ligadas a las personas con dichas etiquetas a características indeseables (estereotipos negativos), posteriormente las personas etiquetadas son colocadas en grupos separados (Nosotros de ellos). En el siguiente paso la persona presenta una pérdida de estatus y discriminación lo cual conduce a desigualdad.

En algunas ocasiones, el Estigma se convierte en el punto de vista de la persona, formando parte de su mundo interno, esperando y temiendo la discriminación, actuando de manera defensiva. Si la persona estigmatizada no puede ser persuadida de aceptar de manera voluntaria la disminución del estatus, la discriminación directa puede ser una herramienta útil. Si la discriminación se vuelve ideológicamente difícil, se desarrollan formas más sofisticadas de discriminación (por ejemplo el diseño de pruebas discriminatorias). Una vez que se ha establecido una discriminación directa, esto reforzará la creencia entre los grupos estigmatizados que deben ser tratados de acuerdo a los estereotipos. (Link & Phelan, 2001)

La implantación del Estigma depende de las condiciones sociales, políticas y económicas, en las cuales existe un desnivel de poder, yendo desde los grupos más poderosas hacia los menos.

Sin el componente del desnivel de poder, las características de etiqueta y estereotipo podrían aplicarse a grupos como políticos, y abogados, los cuales se considerarían como grupos estigmatizados. (Link & Phelan, 2001)

Para poder cambiar el Estigma existente debe de tomarse en cuenta una aproximación que cambie las actitudes y creencias de los grupos de poder de los cuales emanan las etiquetas, los estereotipos y la pérdida del estatus o cambiar las circunstancias limitando el poder al cual los grupos pueden acceder para hacer prevalecer su punto de vista. (Link & Phelan, 2001)

Otros autores mencionan como componentes del Estigma como prejuicios, estereotipos y discriminación. Diferenciando además entre el Estigma público y auto Estigma, Basados sobre todo en el miedo y el enojo. (Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005)

Tabla 1. Componentes del Estigma público y del auto Estigma.

(Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005)

Componentes del estigma público y del auto-estigma	
Estigma público	Auto-estigma
<p>Estereotipo: Creencias negativas sobre un grupo como incompetencia, debilidad de carácter y peligrosidad.</p>	<p>Estereotipo: Creencias personales negativas como incompetencia, debilidad de carácter y peligrosidad.</p>
<p>Prejuicio: Acuerdo con creencias negativas del estereotipo .</p> <p>Reacciones emocionales asociadas como miedo o ira.</p>	<p>Prejuicio: Acuerdo con las creencias negativas del estereotipo.</p> <p>Reacciones emocionales asociadas como baja autoestima o sentimientos de ineficacia.</p>
<p>Discriminación: Respuestas conductuales hacia el prejuicio como evitar conseguir trabajo y vivienda.</p> <p>No recibir ayuda.</p>	<p>Discriminación: Respuestas conductuales hacia el prejuicio como no buscar trabajo o vivienda.</p> <p>No buscar ayuda.</p>

Dentro de los problemas relacionados con la salud mental y el Estigma, el TDAH constituye uno de los trastornos que, junto con los trastornos afectivos, se presentan con mayor frecuencia en la infancia y la adolescencia; Solo la mitad de los pacientes con un diagnóstico reciben tratamiento y menos de una tercera parte tienen acceso a servicios especializados. (Pescolido, Jensen, Martin, Perry, Sigrun, & Fettes, 2008)

La falta de conocimiento que acompaña al Estigma constituye además una barrera en cuanto al tratamiento del trastorno, lo cual explicaría las bajas tasas de búsqueda de tratamiento, adherencia y evolución favorable del TDAH. (Pescolido, Jensen, Martin, Perry, Sigrun, & Fettes, 2008)

Algunos esfuerzos han sido realizados para evaluar el Estigma relacionado con la enfermedad mental en la infancia, uno de los cuales fue la “National Stigma Survey”, la cual plantea en uno de sus objetivos obtener información sobre como el publico en general evalúa la severidad y las opciones de tratamiento asociados con los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia (Pescolido, Jensen, Martin, Perry, Sigrun, & Fettes, 2008); Dicha encuesta consta de 55 reactivos, el tipo de respuesta es mediante una escala tipo likert. Se evalúa percepción de la enfermedad, percepción del tratamiento, fuentes de ayuda, utilización de recursos, peligrosidad entre otras variables. (Pescolido, Jensen, Martin, Perry, Sigrun, & Fettes, 2008)

En un meta-análisis realizado por Mak y colaboradores (Mak, Poon, Pun, & Cheung, 2007) se menciona que la escala más utilizada dentro de los estudios que revisaron, fue la sub escala de Discriminación/Devaluación dentro de la escala de Estigma realizada por Link y colaboradores en 1987 (Link, 1987). Se han desarrollado otros instrumentos para medir el Estigma, pero la mayoría de ellas se centran directamente en el paciente o en el personal médico/psicológico que lo atiende.

En 1981, Taylor (Taylor & Dear, 1981) desarrollaron un instrumento que describiera de manera sistemática las actitudes de una comunidad hacia los enfermos mentales. Esta escala se realizó uniendo los reactivos de dos escalas, “The Opinions about Mental Illness (OMI)” y la “Community Mental Health Ideology”. Siendo esta escala dirigida hacia la comunidad en general a diferencia de las descritas previamente.

Algunos reportes del banco mundial indican que los trastornos mentales son responsables de la mayor proporción de discapacidad en el mundo. Existen además estudios que demuestran un alto índice de Costo-Efectividad en el tratamiento de la enfermedad mental. Estos datos colocan al prejuicio y a la discriminación como algunas de las barreras más importantes para el desarrollo de programas de intervención en salud mental. (Sartorius, 1998)

Dentro de las características del médico-psiquiatra como participe en la disminución del Estigma se espera que esté dispuesto, motivado y demandante de la difusión del

conocimiento para lidiar con el Estigma y discriminación y realizar un intercambio de experiencias ya sea con otros colegas y con la sociedad. (Sartorius, 1998).

También dentro de los esfuerzos por erradicar el Estigma en niños y adolescentes, específicamente en el TDAH se encuentra la realizada en Cartagena, Colombia por el grupo de expertos en TDAH, de la cual tomamos algunos fragmentos ilustrativos:

Declaración de Cartagena para el TDAH (Palacio 2010, De la Peña 2010).

- El TDAH está entre los primeros problemas de salud mental que afecta a la población de niños, adolescentes y adultos, el padecimiento es de origen biológico con participación en su expresión de elementos psicosociales, es también reconocido científicamente a nivel mundial y tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.
- Es necesario establecer y fortalecer en cada país latinoamericano, una legislación sobre el TDAH que favorezca un diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los pacientes con TDAH **sin discriminaciones.**
- Es un compromiso de los expertos en TDAH realizar acciones de información, difusión, actualización y capacitación sobre el TDAH, tanto para los profesionales médicos, como para los psicólogos, profesores, padres y la población general.

- Se debe ofrecer información actualizada a los profesores y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta del niño o adolescente con TDAH.
- Es responsabilidad (...) y **de la comunidad científica de Latinoamérica**, orientar al tratamiento de los problemas de salud mental y en especial del TDAH, seguir el desarrollo de mejores estrategias diagnósticas, de tratamiento y de **reducción del Estigma de estos pacientes**.

Como podemos observar en los puntos declarados en dicho documento la importancia de la determinación del Estigma y sobre todo la responsabilidad de realizar investigaciones y difundir la información obtenida de estas corresponde a la comunidad científica de Latinoamérica.

El Estigma ha sido identificado como un factor primordial en el uso de servicios de salud mental; En los servicios de salud mental dedicado a la población pediátrica, el rol del Estigma no ha sido conceptualizado, aunque se presume que puede ser significativo. Pocas investigaciones han sido realizadas sobre el Estigma que representa la salud mental en los niños. Lo principal en las futuras investigaciones corresponde a determinar de qué manera

los padres o los cuidadores lidian con los problemas conductuales y como el Estigma se convierte en un factor para la búsqueda de la ayuda. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

La mayoría de los estudios realizados a la fecha se basan en investigar si las etiquetas diagnosticas funcionan como gatillo para el Estigma. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

Los medios de comunicación ejercen influencia en el Estigma de manera pública, de manera particular reforzando los estereotipos negativos y promoviendo miedos infundados; Aunque los jóvenes que conocen historias sobre celebridades con algún padecimiento mental tenían una mayor tendencia a verlo mas como una enfermedad que como debilidad. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

Evolución del Estigma:

Para definir “que” (el Estigma), es necesario saber “quien” hace “que” a “quien”, lo que puede situarse dentro del siguiente diagrama (Figura 2). En él se ilustran las interacciones que ocurren entre las diferentes dimensiones relacionadas con el Estigma en el área de psiquiatría infantil, sobre todo la interacción entre las 3 dimensiones del Estigma según algunos autores (estereotipo, discriminación y devaluación), el contexto en el cual se estigmatiza y los blancos del Estigma.

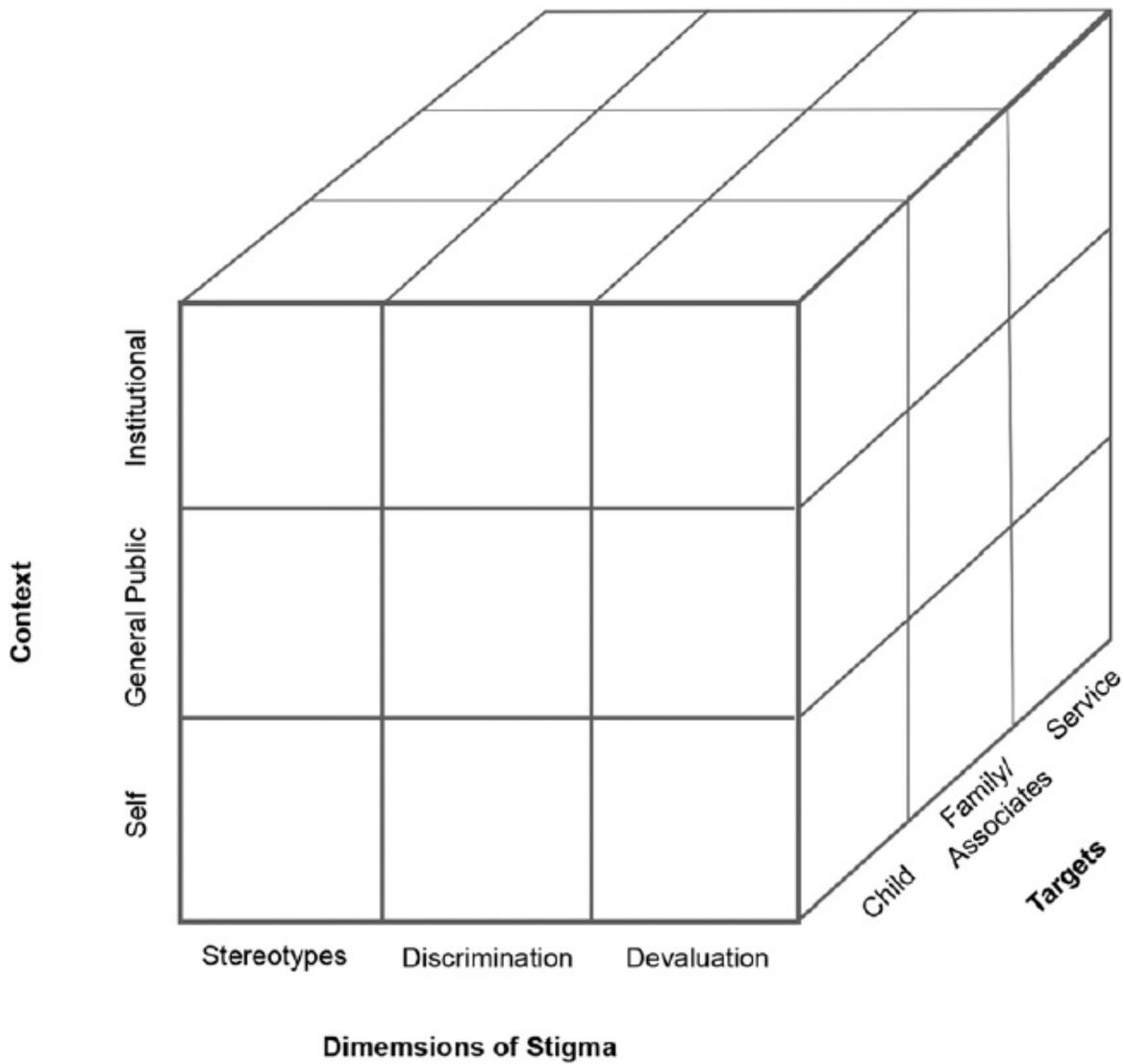


Fig. 2. Relación entre las dimensiones, blanco y contexto del Estigma en paído -psiquiatria.

(Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

En esta matriz se generan 27 combinación únicas de probables dimensiones y dominios del Estigma.

Dentro del gráfico es de gran importancia la intersección del auto- Estigma en el contexto y en el niño como blanco, puesto que aun las investigaciones no han arrojado aun, en que momento del desarrollo del niño, se genera el auto- Estigma. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

Las investigaciones hasta la fecha se han centrado en los proveedores de servicios de salud, principalmente médicos de primer contacto, psicólogos y psiquiatras. La investigación sobre el Estigma en pediatras no ha sido profundamente explorada. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

La investigación sobre el Estigma en pauto-psiquiatría es un área relativamente poco explorada; se conoce por estudios en otras patologías, como la epilepsia, que la familia puede anticipar la estigmatización y adoptar posturas que comprometen la calidad de vida, como aislarse de otras familias o rechazar la atención médica.

Existe además un Estigma por contigüidad asociado al uso de servicios de salud mental, lo cual se ha propuesto como una importante barrera para el aprovechamiento de los servicios. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010) proponen que los modelos que estudien el Estigma incluyan a los miembros de la familia y a las instituciones como blancos potenciales de Estigma.

Es en efecto dentro de las instituciones de primer contacto con los niños y adolescentes que padecen TDAH (Escuelas y primer nivel de atención en medicina) que se deben de realizar intervenciones tempranas para su detección y de acuerdo al caso referirse a tratamiento, mejorando de esta manera las expectativas de alcanzar una mejor calidad de vida con una intervención temprana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Poco ha sido investigado con respecto al Estigma de la patología mental en la población pediátrica, sobre todo en relación al proceso de estigmatización y las consecuencias directas en el niño. Dentro de las investigaciones existentes lo que se ha encontrado es que existe una respuesta negativa de parte del público, manifestado por la distancia social hacia el niño y la familia, preferencia por modalidades más severas de tratamiento el cual incluiría restricciones físicas. Dentro de las futuras investigaciones se deben de desarrollar estrategias para determinar porque algunas personas son más susceptibles a la discriminación pública que otros. (Mukolo, Heflinger, & Wallston, 2010)

Se desconoce además el grado en el cual los padres, (además de los profesores o el personal de salud) discriminan a sus propios niños, se desconoce también el grado en el cual el Estigma por la salud mental interacciona con otros tipo de Estigma como por ejemplo el relacionado al género o a la preferencia sexual.

JUSTIFICACIÓN.

Como se menciona en los antecedentes, la investigación sobre el Estigma en el área de la salud mental de niños y adolescentes es un campo limitado, en donde es necesario investigar no solo lo relacionado al niño o adolescente de manera directa, sino también lo relacionado a otros ambientes en los cuales se desenvuelve; Dentro de ellos uno de los principales es el entorno escolar, en el cual puede permanecer hasta 8 horas diarias; Además el TDAH constituye uno de los principales diagnósticos reportados por los profesores (hasta en un 77%) (Little & McLennan, 2010).

Es por esto que es necesario determinar la presencia o ausencia de Estigma de parte de los profesores hacia los alumnos, con mira al desarrollo de intervenciones efectivas que repercutan directamente en los adolescentes. Los servicios de salud mental aplicados a la escuela constituyen una solución potencial para remover barreras que impiden el acceso a los servicios de salud mental, como problemas financieros, problemas de transporte, poca accesibilidad y sobre todo el Estigma. (Little & McLennan, 2010).

El determinar el Estigma que existe con respecto a los alumnos con TDAH de parte de los profesores de educación media básica permitirá obtener información que sustente el desarrollo de intervenciones encaminadas a la psico-educación, ya que en estudios previos se observa un desconocimiento importante por parte de los profesores sobre este trastorno (Vance 2008); Hasta el momento, no encontramos alguna investigación orientada hacia los profesores de secundaria, específicamente para evaluar el Estigma en el TDAH, el conocer

el grado en que este se presenta y comparar escuelas públicas y privadas, nos orientará sobre las áreas de oportunidad que existan en ese entorno (Escuelas secundarias) con respecto a los alumnos que padecen TDAH.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existen diferencias sobre el Estigma percibido en profesores de educación media básica sobre los alumnos con TDAH, entre escuelas públicas y privadas?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar si existen diferencias sobre el Estigma percibido en profesores de educación media básica sobre los alumnos con TDAH, entre escuelas públicas y privadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A. Realizar una descripción de los datos obtenidos de los profesores participantes a través de medidas de tendencia central. (Edad medida en años, sexo definido como masculino y femenino, grado educativo medido en años escolares, capacitación específica sobre TDAH (Si/No), contacto con personas con TDAH(Si/No)).

- B. Comparar la puntuación promedio obtenida de Estigma en profesores a través de la escala de Estigma de Link entre escuelas públicas como en privadas.

HIPÓTESIS:

- A. No existirá diferencias entre las entre las escuelas públicas y privadas el comparar las variables: edad, sexo, grado educativo, capacitación específica sobre TDAH (Si/No), contacto con personas con TDAH(Si/No).
- B. No existirá diferencias en la escala de Estigma entre los profesores de educación media básica de escuelas públicas comparados con las privadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio según A. Feinstein:

Descriptivo

Comparativo

Transversal.

Homodémico

POBLACIÓN ESTUDIADA:

Profesores de educación media básica (secundaria), que impartan clases en alguna secundaria del Distrito Federal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para calcular el tamaño de una muestra hay que tomar en cuenta tres factores:

1. El porcentaje de confianza con el cual se quiere generalizar los datos desde la muestra hacia la población total.
2. El porcentaje de error que se pretende aceptar al momento de hacer la generalización.
3. El nivel de variabilidad que se calcula para comprobar la hipótesis.

Según datos del censo de población y vivienda del 2010 (www.inegi.gob.mx) existe un Total de 32 668 profesores de Educación media Básica en el Distrito Federal. **Realizando los cálculos se determinó que un tamaño de muestra representativo es el de 30 profesores de Educación Media Básica.** Para ello se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

En dónde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;(1.96)

p es la variabilidad positiva (0.5);

q es la variabilidad negativa (0.5);

N es el tamaño de la población (32 668);

E es la precisión o el error (5%).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión.

- Ser docentes de alguna escuela secundaria del Distrito Federal.
- Desear colaborar en la Investigación.

Exclusión.

- No aceptar voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

1. Revocar su decisión de participar.
2. No completar adecuadamente las escalas (al menos 80% del total de la escala y 90% de cada sub-escala).

ESCALAS DE MEDICIÓN

Escala de Medición de Estigma de Link.

Cuenta con dos sub-apartados: 1) Devaluación/discriminación, 2) Estrategias de afrontamiento: a) Secreto, b) Evitación/Retirada, c) Educación.

- **Devaluación/Discriminación 12 reactivos (1 a 6) Máximo 50 puntos**
- **Estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad:**
 - Secreto 5 reactivos (1 a 6) Máximo 30 puntos
 - Evitación/Retirada 5 reactivos (1 a 6) Máximo 30 puntos
 - Educación. 7 reactivos (1 a 6) Máximo 42 puntos.

Es una escala de Tipo likert que va desde 1=Totalmente de Acuerdo a 6= Totalmente en desacuerdo. Algunas escalas se califican de manera inversa, una alta calificación indica que la creencia de que los pacientes con alguna enfermedad mental serán devaluados y discriminados, así como menos inteligentes, menos confiables y con “pocas cosas importantes que decir”. La consistencia interna reportada a través del coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.82. La sub-escala de Devaluación/discriminación refleja de manera más fidedigna la existencia de Estigma. Se determinó el uso de esta escala debido a que es la que se ha usado más ampliamente en las investigaciones realizadas con respecto al Estigma de la enfermedad mental, desafortunadamente en nuestra búsqueda no encontramos escalas específicas para evaluar el Estigma en niños y adolescentes, motivo por el cual modificamos la escala mencionada previamente reemplazando la palabra “enfermedad mental” por TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y tratando de adecuarlas a un contexto de niños y adolescentes. Dicha escala no tiene validación al español. Se realizó una traducción-re traducción la cual fue revisada por un supervisor externo (un profesor de secundaria con el grado de doctorado). Se obtuvieron las correlaciones entre las diversas sub-escalas, obteniendo resultados similares al estudio original realizado por Link (1989). Dichos resultados son descritos en el apartado correspondiente.

Variabes: Edad, Genero, Grado máximo de estudios, Formación previa sobre el TDAH, Tipo de formación, contacto no profesional con personas con TDAH, Tipo de enseñanza recomendada para el TDAH. Dichas variables serán analizadas y correlacionadas con la variable discriminación/devaluación de la escala de estigma y las variables de afrontamiento (secreto, evitación/retirada, educación).

ANALISIS DE RESULTADOS:

Análisis Estadístico:

Se realizaron medidas de tendencia central para el análisis de los datos demográficos. Se realizaron pruebas de T de Student. Se considerará un valor de P significativo cuando sea \leq a 0.05.

Obtención de la muestra.

Inicialmente se había propuesto acudir de manera directa a las escuelas secundarias, solicitando al director su autorización y entrevistar de manera posterior a cada maestro en su salón de clases para que contestara la escala, sin que las autoridades tuvieran conocimiento de los resultados individuales de la misma. Se acudió a 5 escuelas secundarias (2 privadas y 3 públicas) de la Delegación Tlalpan del DF, para obtener una muestra, en dichas escuelas no se permitió la aplicación debido al horario de los profesores (El objetivo era no interrumpir la clase y algunos profesores solo van una hora, dependiendo de las materias que tuvieran asignadas).

Como segunda opción se optó por hacer un listado con todas las instituciones que refieren pacientes hacia la clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría. Se intentó contactar con ellos a través de correo electrónico. Fueron enviadas 97 escalas, de las cuales solo fueron regresadas 5 (5.15%) del total.

Finalmente la manera de reunir la muestra fue a través de contactos sociales en donde profesores conocidos del investigador principal participaron invitando a su vez a otros colegas. Las personas que aceptaron participar se contactaron a través del siguiente correo electrónico con un servidor: doctorfernandofelix@gmail.com, de manera totalmente anónima. Una vez recibidos sus correos, les fue proporcionado un formato de consentimiento informado vía correo electrónico y la siguiente dirección junto con la contraseña (correo: proyectoestigmatdah@gmail.com contraseña: proyectoest) para que la Escala de Estigma de Link, junto con la cedula de Datos Socio Demográficos fueran enviadas (una vez recibidas, eran borradas del correo). En un correo respuesta les fue enviado un manual psico-educativo diseñado por la clínica de la adolescencia del INPRF específicamente para profesores que tienen alumnos con TDAH, en formato PDF. Todo lo anterior con la finalidad de mantener la confidencialidad. **Se obtuvieron en total 38 escalas, 13 provenientes de profesores que trabajan en escuelas privadas y 25 provenientes de escuelas públicas.**

IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Durante la elaboración y el desarrollo del proyecto se tomaron en cuenta los lineamientos éticos emitidos en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, WMA). El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación del INPRF; Al ser un estudio de riesgo mínimo, fue enviado vía correo electrónico un formato de consentimiento informado, así mismo se tomaron todas las medidas disponibles para que ningún participante resultara afectado de alguna manera; la obtención del correo electrónico para el proyecto (proyectoestigmatdah@gmail.com), la eliminación de las escalas del correo una

vez recibidas y la aplicación de la escala y del consentimiento informado de manera electrónica, fueron medidas efectuadas para garantizar el anonimato de los participantes y la confidencialidad de todos los datos. En el caso de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo (como es la presente), el consentimiento informado se puede obtener verbalmente (sin firma o la firma de dos testigos o huella digital) si hay una justificación adecuada”

TOMADO DEL FORMATO DE PROYECTO DE INVESTIGACION EN SERES HUMANOS, del COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL INPRF realizado el 05 de Julio del 2010.

RESULTADOS:

En la tabla 2 se encuentran descritas las características demográficas de la muestra. De las 38 encuestas contestadas, podemos observar que existió una mayor participación fue de parte del género femenino con 23 participantes (63% del total), contra 13 (6.12%), dos de los participantes no contestaron este rubro. Así mismo la escolaridad de la mayoría de la muestra correspondió al nivel de licenciatura con 22 personas (61.11%), dentro de nuestra muestra 4 personas tomaron un diplomado posterior (11.1%) además de la licenciatura, 8 (22.23%) de ellos tuvieron el grado de maestría y 2 (7.56%) de ellos tuvieron el grado de doctorado. Dos personas no contestaron este reactivo.

Tabla 2. Características demográficas de la muestra						
		Tipo Escuela				
		Pública	% total	Privada	% total	Suma %
Genero	Masculino	11	30.56	2	5.56	36.12
	Femenino	14	38.89	9	25	63.89
Escolaridad	Licenciatura	15	41.67	7	19.44	61.11
	Diplomado	0	0	4	11.11	11.11
	Maestría	6	16.67	2	5.56	22.23
	Doctorado	2	5.56	0	2	7.56

Dentro de la investigación, se realizaron algunas preguntas que valoran las actitudes hacia el TDAH, dichos datos se encuentran consignados en la tabla 3. Podemos ver que 22 personas dentro de la muestra (57.9%) no tenían formación previa sobre el TDAH, mientras que 16 tuvieron algún tipo de formación (42.1%). En cuanto al tipo de formación que recibieron las personas que la tuvieron, Cabe destacar que solo 16 contestaron que no habían recibido información previa sobre el TDAH, siendo estos 16 el 43.24% del total de la muestra, contrastando con los 22 que la habían contestado de manera previa. Siete (18.92%) mencionaron que les dieron información durante su formación como profesores, seis han asistido a un curso breve o conferencia sobre el TDAH, solo uno ha realizado algún curso específico sobre el TDAH y siete contestaron la opción de otros, siendo la más frecuente la lectura de revistas o artículos de divulgación.

Tabla 3. Actitudes hacia el Trastorno por Déficit de Atención

		Escuelas públicas	%	Escuelas privadas	%	Total %
Formación Previa sobre TDAH	No	17	44.74	5	13.16	57.9
	Si	8	21.05	8	21.05	42.1
Tipo de Formación	Ninguna	12	32.43	4	10.81	43.24
	Incluido en los programas de estudio universitario	7	18.92	0	0	18.92
	Curso Breve	2	5.41	4	10.81	16.22
	Curso Especifico	0	0	1	2.7	2.7
	Otros	3	8.11	4	10.81	18.92
Conoce usted a alguna persona que padezca TDAH fuera del entorno laboral.	No	5	13.89	6	16.67	30.56
	Si	18	50	7	19.44	69.44
Tipo de Enseñanza recomendada para un niño con TDAH	Sistema Escolarizado	9	25.71	8	22.86	48.57
	Sistema Abierto	3	8.57	1	2.86	11.43
	Educación Especial	10	28.57	2	5.71	34.28
	Otros	2	5.71	0	0	5.71

En la tabla 4 podemos observar las distintas sub-escalas que componen la escala de Estigma de link, en el comparativo podemos observar que no existieron diferencias significativas entre las escalas de devaluación (escuelas públicas 3.089, escuelas privadas 3.15 $p=0.84$), en la sub-escala de secreto (2.593 de escuelas públicas y 2.985 de escuelas privadas con una $p=0.072$), en la escala de educación (4.56 para escuelas públicas y 4.4 para escuelas privadas con una $p=0.573$), mientras que en la sub-escala de retirada las escuelas públicas tuvieron 3.41 y las escuelas privadas 3.47 con una $p=0.811$.

Tabla 4. Sub-escalas de la Escala de Estigma de Link. Y su comparativo con la muestra original del estudio (Link 1989).							
	Escuelas públicas	Escuelas privadas	t	gl	P	Media total de la muestra	Media de la población original
Devaluación	3.089	3.15	-0.225	20.535	0.824	4.08	3.1195
Secreto	2.593	2.985	-1.866	29.092	0.072	3.662	2.789
Educación	4.56	4.4	0.573	21.082	0.573	4.528	4.48
Retirada	3.41	3.47	-0.241	33.479	0.811	3.822	3.44

En la tabla 5, observamos cada uno de los reactivos que comprende la subescala de discriminación/devaluación, podemos observar que el reactivo 1 “La mayoría de los padres estarían dispuestos a aceptar a un niño o adolescente con TDAH como un amigo cercano de sus hijos” y el reactivo 3 “La mayoría de la gente cree que los niños y adolescentes con TDAH son tan confiables como el resto de los niños y adolescentes” fueron diferentes

entre los grupos de profesores de escuelas públicas y privadas. Dicha diferencia fue estadísticamente significativa (reactivo 1: escuelas públicas 2.0 y escuelas públicas 3.0, $p=0.025$ / reactivo 3: escuelas públicas 2.16 y escuelas privadas 3.46, $p= 0.002$).

Tabla 5. Reactivos de la sub-escala de discriminación devaluación.				Pruebas T significancia.		
Reactivos	Muestra Original (Link 1989)	Escuelas públicas	Escuelas privadas	t	gl	Sig.
1	4.31	2.00	3.00	-2.414	20.322	0.025
2	3.95	2.32	2.54	-0.448	23.313	0.658
3	4.19	2.16	3.46	-3.420	36	0.002
4	4.76	3.24	3.54	-0.636	26.400	0.530
5	3.41	2.84	2.85	-0.013	25.871	0.990
6	4.45	3.29	3.67	-0.796	26.696	0.433
7	4.02	4.48	4.08	0.744	19.962	0.466
8	3.53	2.88	2.75	0.395	32.723	0.696
9	4.38	3.72	3.58	0.261	26.396	0.796
10	3.57	3.04	2.69	0.733	30.471	0.469
11	4.51	3.12	2.85	0.636	33.089	0.529
12	4.15	4	3.08	1.758	26.215	0.090

Con respecto a la escolaridad, para fines de análisis estadístico se estableció una equivalencia en años estudiados: Licenciatura= 17 años, Diplomado= 18 años, Maestría= 19 años y Doctorado=21 años. De la muestra obtenida, 22 de los participantes terminaron la licenciatura, 4 hicieron algún diplomado posterior, 8 de ellos tienen el grado de maestría y 2 de ellos tienen el grado de doctorado. Dos personas no contestaron este reactivo. En la Figura 3 pueden observarse las medias comparativas de los años de educación cursados por los profesores.

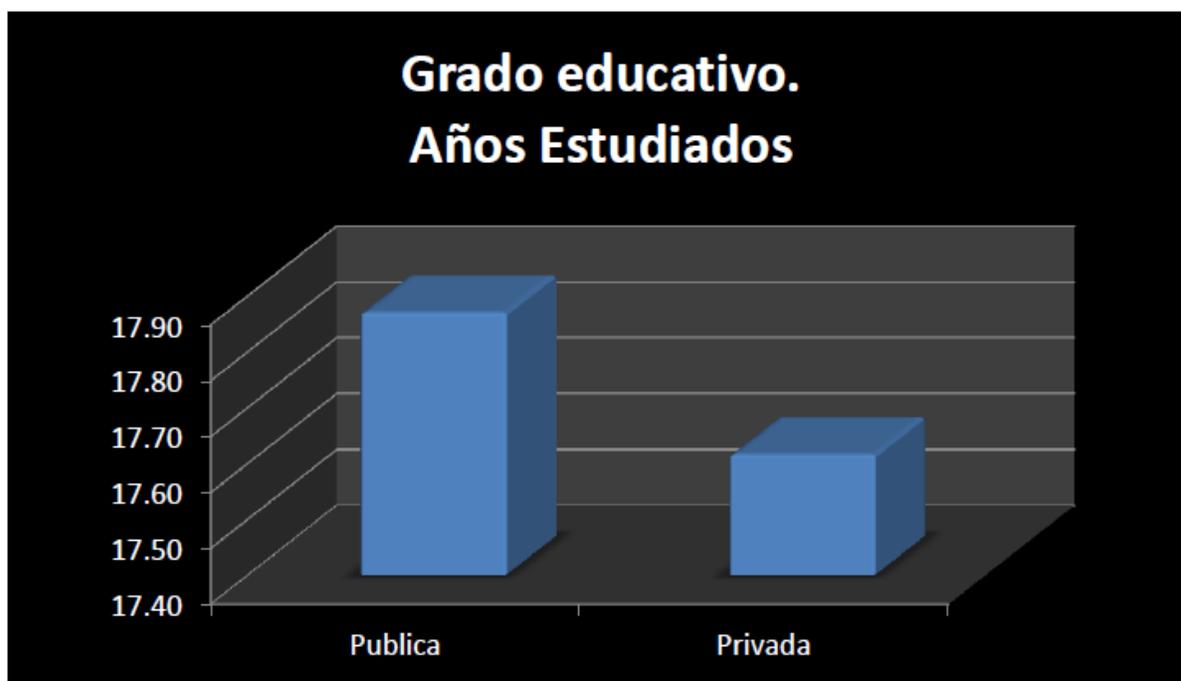


Fig. 3. Medias comparativas de los años de educación cursados por los profesores, (Escuelas públicas 17.87, escuelas privadas 17.62, $p = 0.532$).

En la tabla 6 podemos observar que no existe diferencia estadísticamente significativa por medio de las pruebas T (Escuelas públicas 17.87, escuelas privadas 17.62, $p = 0.532$).

Tabla 6. Medias comparativas en el número de años estudiados por los profesores participantes.

Escuela	Media	t	gl	Sig.
Pública	17.87	0.632	34	0.532
Privada	17.62			

En la figura 4 se observan las medias graficadas de la primera subescala discriminación/devaluación entre aquellos profesores que tenían formación previa sobre el TDAH vs aquellos que no la tenían, no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

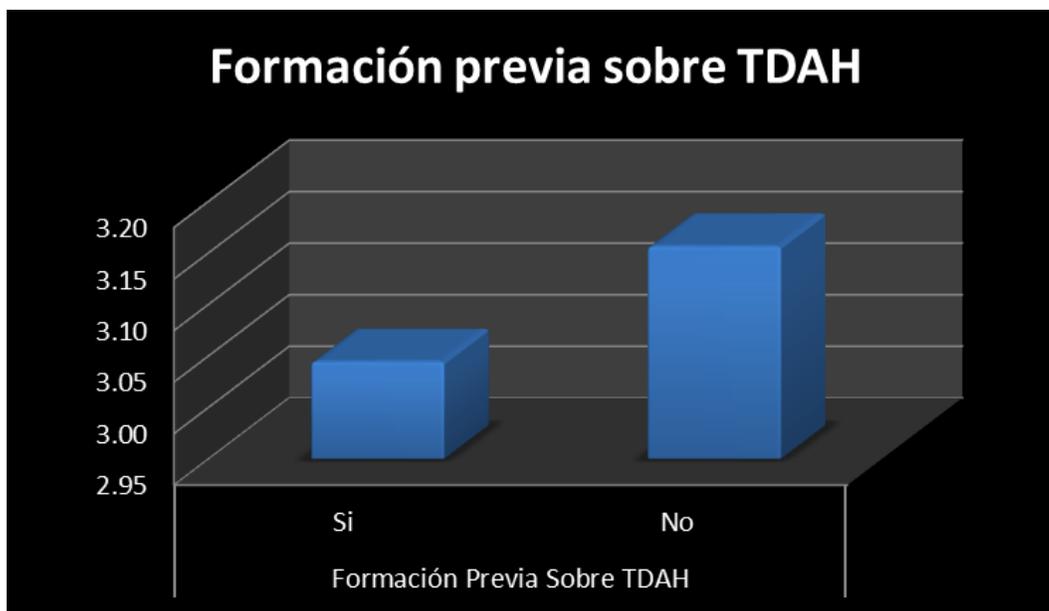


Fig. 4. Medias de la subescala devaluación/discriminación en cuanto a la formación previa sobre TDAH. (“Si” 3.04, “No” 3.16, p=0.599).

En la Tabla 7 se ilustran las medias comparadas de las distintas sub-escalas de acuerdo a la formación previa sobre TDAH. Aquellos que tuvieron una formación previa sobre el TDAH tuvieron una media de 3.04, mientras que los que no, tuvieron una media de 3.16, con una $p = 0.599$. En cuanto a la sub-escala de secreto, las personas sin formación previa sobre el TDAH tuvieron una media de 2.818, mientras que aquellos que no, tuvieron una media de 2.73, con una $p = 0.647$, educación 4.640 para aquellos con formación previa, y 4.582 para los que no la tuvieron $p = 0.791$; Retirada tuvo una media de puntuación de 3.61 para aquellos con formación previa y 3.32 para los que no la tuvieron $p=0.283$.

Tabla 7. Medias comparadas de las distintas sub-escalas de acuerdo a la formación previa o no sobre el TDAH.					
			T	gl	Sig.
Sub-escalas	Si	No			
Devaluación	3.04	3.16	-0.529	49.936	0.599
Secreto	2.818	2.730	0.461	49.533	0.647
Educación	4.640	4.582	0.266	48.000	0.791
Retirada	3.61	3.32	1.087	41.399	0.283

En la tabla 8 y en la figura 5, se observan las medias de las calificaciones de la sub-escala discriminación/devaluación comparadas por género. Cuando se realizan pruebas T comparativas no se encontró diferencias estadísticamente significativas (Masculino= 3.075, Femenino 3.098, $p= 0.925$).

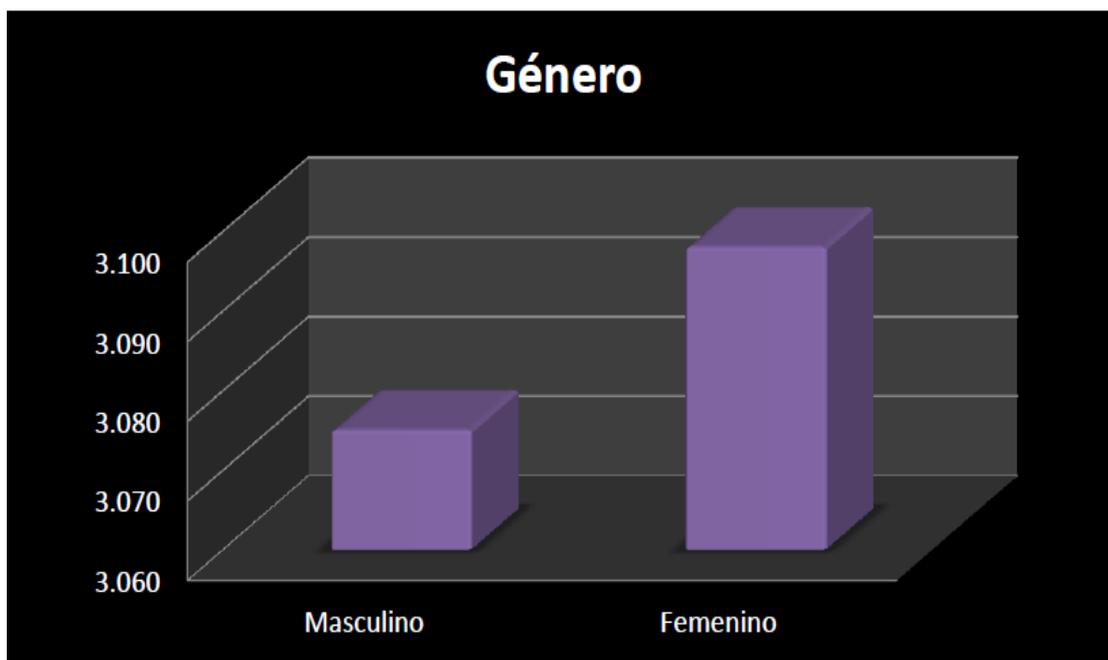


Fig. 5. Medias de la sub-escala discriminación/devaluación y su división por género (Masculino 3.075, Femenino 3.098, $p= 0.925$).

Tabla 8. Comparación de las medias de las distintas sub-escalas de acuerdo al género

Sub-escalas	Masculino	Femenino	t	gl	Sig.
Secreto	2.830	2.687	0.713	37.260	0.480
Educación	4.530	4.693	-0.766	47.979	0.447
Retirada	3.68	3.31	1.268	30.170	0.214

En la tabla 9 y en la figura 6 observamos la media de la sub-escala devaluación/discriminación en aquellos profesores que habían tenido contacto previo con personas con TDAH fuera del entorno laboral. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la sub-escala de discriminación devaluación, aquellas personas que tenían contacto previo tuvieron una media de 3.08, mientras que aquellas que no tuvieron 3.02, $p= 0.797$, para la sub-escala de secreto la media fue de 2.759 para los que tuvieron contacto previo y 2.765 para los que si, una $p=0.975$; En cuanto a la sub-escala de educación la media fue de 4.590 para los que tuvieron contacto previo y 4.691 para los que no, con una $p=0.76$, finalmente la sub-escala de retirada tuvo una media de 3.57 con las personas que tuvieron contacto previo y 3.43 para los que no lo tuvieron con una $p=0.699$.

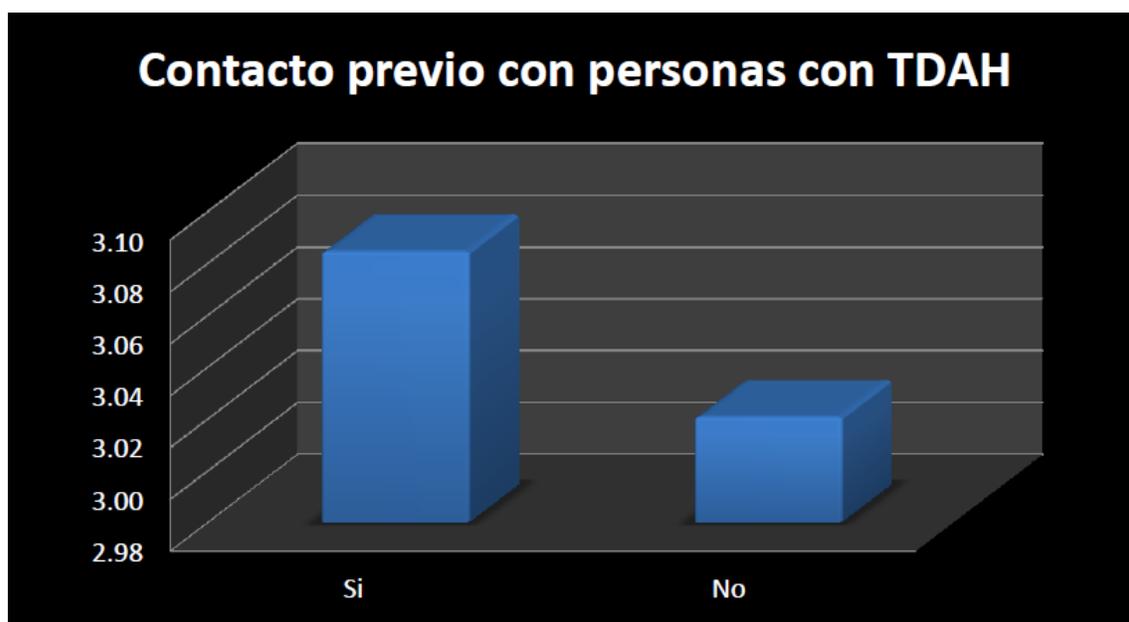


Fig. 6. Medias de la sub-escala devaluación/discriminación comparando a los profesores que tuvieron contacto previo con personas con TDAH vs. Aquellas que no. (“Si” 3.08, “No” 3.02; $p=0.797$)

Tabla 7. Comparación de las medias de las distintas sub-escalas de acuerdo al contacto previo con personas con TDAH.					
Sub-escalas	Si	No	t	gl	Sig.
Devaluación	3.08	3.02	0.261	18.948	0.797
Secreto	2.759	2.765	-0.032	24.017	0.975
Educación	4.590	4.691	-0.312	13.168	0.760
Retirada	3.57	3.43	0.395	13.632	0.699

En la tabla 8 puede observarse que hay una diferencia estadísticamente significativa en la sub-escala de devaluación/discriminación entre aquellos que proponen el sistema escolarizado (SE) contra la educación especial (EE), en cuanto a la sub-escala de devaluación las personas que proponían un sistema escolarizado para los niños con TDAH tuvieron una media de 2.87, mientras que aquellos que proponían educación especial puntuaron mas alto 3.42 (media), dicha diferencia fue estadísticamente significativa mediante pruebas t, $p= 0.024$, en cuanto a las escalas de secreto (SE=2.6663, EE=2.846, $p=0.421$), educación (SE=4.697 EE=4.708 $p=0.961$) y retirada (SE=3.69, EE=3.45 $p=0.439$) no hubo diferencias estadísticamente significativas. En la figura 5 se observan las medias graficadas y comparadas.

Tabla 8. Comparación de las medias de las distintas sub-escalas de acuerdo a la educación recomendada para personas con TDAH					
Subescalas	Sistema Escolarizado	Educación Especial	t	gl	Sig.
Devaluación	2.87	3.42			
Secreto	2.663	2.846	-0.818	25.619	0.421
Educación	4.697	4.708	-0.049	35.385	0.961
Retirada	3.69	3.45	0.788	24.068	0.439

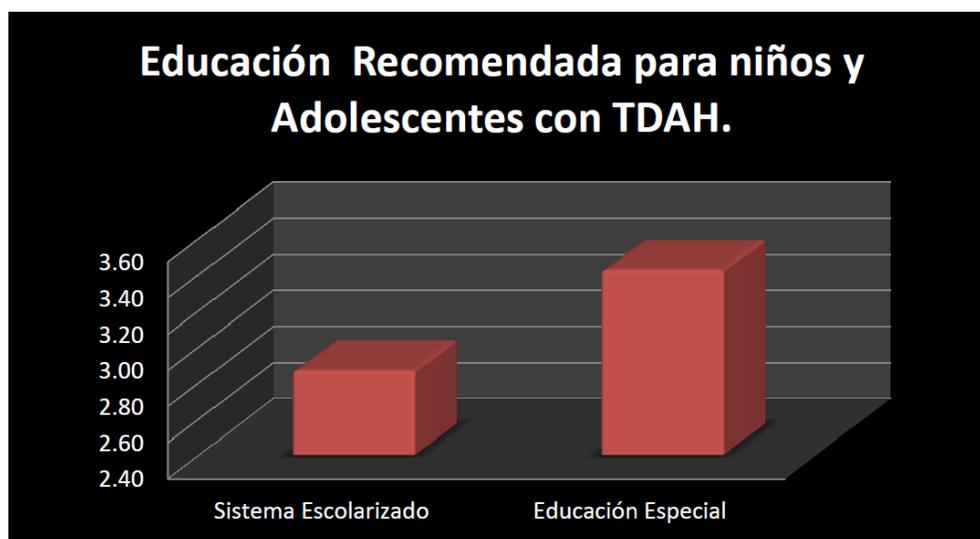


Fig. 7. Medias comparativas de la sub-escala devolución/discriminación entre aquellas personas que consideran como mejor opción educativa la educación especial Vs. Sistema Escolarizado. (SE=2.87, EE=3.42, $p=0.024$).

En la siguiente tabla (tabla 9) se pueden observar las correlaciones realizadas entre las diferentes sub-escalas; Devaluación/discriminación presento una correlación con la sub-escala secreto; Dicha correlación se considera moderada ($R=0.359$, $p=0.008$). Se encontró además una correlación leve a moderada entre la sub-escala educación y retirada ($R=0.308$, $P=0.026$).

Tabla 9. Correlaciones de Pearson.							
		Edad	Escolaridad	Devaluación	Secreto	Educación	Retirada
Edad	Correlación	1	0.14	-0.028	0.24	-0.158	-0.164
	Sig.		0.318	0.842	0.084	0.267	0.249
Escolaridad	Correlación	0.145	1	-0.108	0.034	0.235	0.178
	Sig.	0.318		0.452	0.812	0.099	0.215
Devaluación	Correlación	-0.028	-0.108	1	0.359	-0.076	0.125
	Sig.	0.842	0.452		0.008	0.589	0.373
Secreto	Correlación	0.243	0.034	0.359	1	-0.186	-0.055
	Sig.	0.084	0.812	0.008		0.185	0.694
Educación	Correlación	-0.158	0.235	-0.076	-0.186	1	0.308
	Sig.	0.267	0.099	0.589	0.185		0.026
Retirada	Correlación	-0.164	0.178	0.125	-0.055	0.308	1
	Sig.	0.249	0.215	0.373	0.694	0.026	

DISCUSION

El TDAH es una patología neuropsiquiátrica común a nivel mundial en la población pediátrica (5.29%), sin diferencias significativas en la prevalencia entre países, pero sí con un perfil demográfico, sintomatológico y de respuesta a tratamiento diferente. La identificación temprana del TDAH y su tratamiento adecuado, puede disminuir el desarrollo de futuras complicaciones. Sin embargo, en Latinoamérica menos del 7% de los niños tienen algún tratamiento farmacológico y menos del 23% tienen un tratamiento psicosocial para el TDAH. Por otra parte la documentación y evidencia científica en cuanto al diagnóstico y tratamiento integral del TDAH en la población latinoamericana es relativamente limitada, lo que conlleva a la necesidad de crear propuestas acordes a nuestra realidad regional. (Palacio 2010), (De la Peña 2010). El maestro constituye un punto clave en la identificación de los niños y adolescentes con TDAH (Little, M., McLennan J.,2010). De ahí la importancia de conocer algunas actitudes y sobre todo el grado de Estigma que puede llegar a generarse de su parte hacia sus alumnos con este padecimiento. Existía además la inquietud de que pudiera existir alguna diferencia en cuanto al tipo de educación recibida (escuelas públicas y privadas) y a la generación del Estigma.

Dentro de nuestra investigación, al comparar los datos de las escuelas en general contra la muestra original de la escala desarrollada por Link (1989), observamos que la mayoría de los reactivos que constituyen la sub-escala de Discriminación-Devaluación puntuaron menor en ambos grupos de profesores, comparados con la del grupo de personas sin psicopatología de una muestra obtenida de un barrio de la ciudad de Nueva York, EUA;

Como lo menciona López (López 2008) una probable explicación a estas diferencias podrían radicar en que se trata de diferentes culturas y su percepción en cuanto a la salud mental.

Un estudio publicado en 2008 por Vance y colaboradores (Vance 2008) mencionan que los profesores con diferentes niveles educativos, años de experiencia, sitio de impartición de clases, contacto previo con personas con TDAH o entrenamiento previo en TDAH, no difirieron significativamente en cuanto a conocimientos y actitudes sobre el TDAH. En este estudio se analizaron 253 encuestas, por medio de ANOVA. Estos resultados pueden traspolarse a los encontrados en nuestro estudio ya que no existieron diferencias en los datos sociodemográficos, en las actitudes hacia el TDAH y en su relación con las diferentes sub-escalas de la escala de Estigma de Link.

Otro de los datos destacables en su investigación es que solo 27 de 253 (10.67%) de los profesores participantes había recibido formación previa sobre TDAH (comparado con el 41.2% de nuestra muestra).

Un punto a resaltar es que si existió una diferencia significativa al tomar a todos los profesores (de escuelas públicas y privadas) y dividirlos de acuerdo a la educación que ellos recomendaban para niños y adolescentes con TDAH, se observó que aquellos que recomendaban educación especial para dichos niños puntuaban mayor en la escala de discriminación/devaluación. Poniendo de referencia nuevamente el estudio de Vance (2008), ellos obtuvieron que el 12.3 % de los profesores participantes mencionan que los

estudiantes que presentan TDAH deben de tener un lugar especial en el salón de clases y el 25.7% de los profesores no aceptaría materias alternas o proporcionarle material con los apuntes a sus alumnos con TDAH. Se deben de realizar futuras investigaciones para clarificar esta relación entre el tipo de educación recomendado y la presencia de Estigma.

En cuanto a las correlaciones realizadas, Link (1991) encontro que las correlaciones entre las diferentes subescalas eran: Retirada y secreto $r= 0.365$ ($p<0.001$), educacion y retirada $r=0.266$ ($p<0.001$) y secreto y educacion $r= -0.180$ ($p<=.05$). Las correlaciones entre la escala de discriminacion/devaluacion y las subescalas de afrontamiento fueron $r=0.513$, ($p>0.001$) para secreto, $r=0.163$ ($p<0.05$) para retirada y $r= -0.67$ para educacion. En su estudio de 1989 (Link, 1989), las correlaciones entre secreto y devaluación/discriminación fueron $r=0.575$ y entre secreto y retirada $r=0.405$. (no se menciona significancia).

Cuando las comparamos con nuestra investigación observamos resultados similares, Discriminación/Devaluación y secreto ($r=0.359855$, $p<0.01$), $r=0.12$ para Retirada ($p=0.3$), $r= -.07$ $p=0.5$ para educación. Dichos resultados apoyan una adecuada traducción y adaptación del instrumento.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- La presente muestra puede no constituir una muestra estadísticamente significativa ya que la mayoría de los profesores corresponden a zonas del norte y del sur de la ciudad. Un

estudio demográfico que incluya a todas las delegaciones del DF pudiera llevarse a cabo con mayores recursos.

-La muestra a pesar de corresponder con las necesaria para que tenga potencia estadística da la impresión de ser pequeña para el universo que estamos estudiando, para futuras investigaciones, al ampliar la muestra podremos hacer los estudios de validez y confiabilidad pertinentes.

- La muestra obtenida constituyo esencialmente a los profesores que tienen acceso a Internet por el método de distribución y obtención de la muestra. Futuras investigaciones deberán enfocarse a los profesores que no tienen acceso a este recurso educativo.

-Queda la posibilidad de que haya existido un sesgo de participación ya que como hipótesis probablemente los profesores que quisieron participar sean los mas sensibilizado y con menor tendencia al Estigma. Se requieren futuras investigaciones al respecto.

CONCLUSIONES

El presente estudio constituye hasta el momento uno de los primeros en utilizar una medida estandarizada y mas objetiva (en niños y en Latinoamérica), para medir un concepto tan abstracto como lo es el Estigma hacia la enfermedad mental, utilizando la escala de

Estigma de Link, lamentablemente por el tamaño de la muestra no pudieron realizarse además los estudios de validez y confiabilidad.

Es agradable saber, que al menos en nuestra muestra, no hay distinciones entre las escuelas públicas y privadas en cuanto a la medición del Estigma por medio de la escala de Link, además de que en general los profesores de nuestra muestra puntuaron en menor grado que la población muestreada de la ciudad de nueva Cork, aunque no pudo realizarse una comparación estadística, ya que carecemos de los datos completos del estudio original. Es alentador saber que algunos profesores se encuentran concientizados e informados sobre como podemos ayudar de una mejor manera a los niños y adolescentes que padecen TDAH, ya que como hemos mencionado de manera reiterada, ellos constituyen un elemento clave en la identificación y referencia para su atención.

Podemos concluir entonces que:

1. No existió diferencia significativa entre las escuelas públicas y privadas en cuanto a la Escala de Estigma de Link y sus diferentes sub-escalas, no existieron diferencias entre género, grado educativo, formación previa sobre TDAH, tipo de información.
2. Existió una diferencia significativa en la sub-escala de discriminación/devaluación entre aquellos profesores que proponen “educación especial” como método de educación para los niños y adolescentes con TDAH y aquellos que proponen sistema escolarizado. (Educación Escolarizada 2.87 y Educación especial 3.42, $p=0.024$).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Díaz H. (2000). *La carrera de maestro: Factores institucionales, incentivos económicos y desempeño*. Banco Interamericano de Desarrollo. NY. EUA.
2. De la Peña Olvera F, Palacio Ortiz J, Barragán Pérez E. (2010). *Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma*. Rev. Cienc. Salud, Ene/Abr 2010, 8:1, p.95-100.
3. Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.
4. Henderson C, & Thornicroft G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *The lancet* , 373 (6), 1928-1929.
5. Hudson Jones A. (1998). Mental Illness made public: Ending the stigma? *The lancet* ,352, 1060.
6. Jarque-Fernandez S, Tarraga Mínguez R, Miranda Casas A. (2007). Conocimientos, Concepciones Erróneas y lagunas de los maestros sobre el TDAH. *Psicothema* , 19 (4), 585-590.
7. Link B. (1987). Understanding Labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectation of rejection. *American Social Reviews* , 96-112.
8. Link B, Mirotznik J, Cullen F. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54, 3: 400-423
9. Link B, Mirotznik J, Cullen F (1991); The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32:302-320
10. Link B, Phelan J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* (27), 363-385.
11. Little M, McLennan J.(2010). *Teacher Perceived Mental and Learning Problems of Children Referred to a School Mental Health Service*. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19:2, 94-99.
12. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A (2008); *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia*

compleja basada en la información disponible; Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 28:101, pp. 43-83.

13. Mak W, Poon C, Pun L, Cheung S. (2007). Metanalysis of Stigma and Mental Health. *Social Science And Medicine*, 245-261.
14. Mukolo A, Heflinger C, Wallston K. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* , 49 (2), 92-103.
15. Palacio Ortiz J, De la Peña Olvera F, Barragán Pérez E. (2010). *Declaración de Cartagena para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): un compromiso para todos*. Rev Med Hondur, 78: 3, 142-144.
16. Pescosolido B. (2007). Culture, Children, and Mental Health Treatment: Special section on the national stigma Study-Children. *Psychiatric Services*, 58 (5), 611-612.
17. Pescosolido B, Jensen P, Martin J, Perry B, Sigrun O, & Fettes D (2008). Public Knowledge and assessment of child mental health Problems: Findings form the national Stigma Study-Children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47 (3), 339-349.
18. Porter R. (1998). Can the stigma of mental illness be changed? *The Lancet*, 352, 1049-1050.
19. Rush N, Angermeyer M, & Corrigan P (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 529-539.
20. Sartorius N. (1998). Stigma: What can psychiatrist do About It? *The lancet*, 352, 1058.
21. Sartorius N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370 (8), 810-811.
22. Scambler G (1998). Stigma and Disease: Changing Paradigms. *The lancet*, 352.
23. Taylor S, Dear M. (1981). Scaling Community attitudes toward the mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 225-240.
24. Vance T, Weyandt L. (2008). Professor Perceptions of college students with attention deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Of American College Health*, 57, 303-308.

ANEXOS

Carta a los profesores:

Fecha:

Estimado Profesor:

Mi nombre es Fernando Junior Félix Orta, soy médico Psiquiatra y en estos momentos me encuentro realizando el posgrado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El motivo de la presente es para solicitar su amable cooperación para participar en un proyecto de investigación que estoy desarrollando con motivo de mi tesis. Estoy interesado en conocer el grado de Estigma en pacientes que padecen trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH); Además de lo anterior tengo interés en conocer el grado de información con el que los docentes cuentan en relación al TDAH.

Le agradezco de antemano el tiempo invertido (aproximadamente 10 min para llenar la escala y la ficha de datos) en esta investigación y tengo la certeza de que los conocimientos adquiridos beneficiaran a sus alumnos. Le anexo a continuación:

- 1) Una ficha de datos que permanecerán confidenciales y en las que su nombre no es incluido.
- 2) Una escala en donde se mide el Estigma hacia la enfermedad mental.

No existe remuneración económica por su participación en este estudio, con su participación nos ayudara a generar nueva información sobre las necesidades docentes para

la enseñanza de los niños que padecen TDAH. Una vez llenados le solicitamos nos envíe a través del correo electrónico proyectoestigmatdah@gmail.com contraseña: proyectoest su cedula de datos y la escala de Estigma de link a la dirección doctorfernandofelix@gmail.com. Independiente de su participación usted podrá descargar un manual con información sobre el TDAH en proyectoestigmatdah@gmail.com.

Los datos que usted nos proporcione permanecerán en total confidencialidad. Si usted llegase a necesitar una copia de los datos proporcionados, no dude en solicitarla.

Cuando conteste, tenga en mente algún alumno dentro de su clase con el diagnóstico de TDAH. Si usted no ha tenido algún alumno con estas características, le solicitaremos de la manera más atenta que complete ambas escalas.

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, usted es totalmente libre de decidir el momento en que abandona la investigación. Esta investigación no está relacionada con ningún tipo de evaluación realizada por la institución en donde usted labora. Sus datos serán totalmente confidenciales. Si usted tiene alguna duda sobre este estudio, usted puede contactar directamente al investigador principal por medio del Teléfono 56-55-28-11 o al teléfono celular 044 55-12-96-78-20. Correo electrónico: littlevoyager@hotmail.com.

Muchas gracias por su participación.

Atte. Dr. Fernando J. Félix Orta.

Carta de Consentimiento Informado

Lugar: _____ **Fecha:** _____

A quien corresponda:

Por medio de la presente yo: _____ hago constar que el Dr. Fernando Junior Félix Orta me ha explicado de forma clara y completa sobre los objetivos de su investigación y mi participación dentro del proyecto:

Estudio sobre el Estigma percibido en profesores de educación media básica sobre sus alumnos con TDAH: Comparación entre escuelas públicas y privadas.

Comprendo que como parte del estudio llenare una escala en donde proporcionare información sobre mi persona y mi actividad laboral, dicha información no tendrá repercusión alguna sobre mi desempeño o evaluación laboral, entiendo también que dicha información es de carácter confidencial y solo el personal a cargo de la investigación tendrá acceso a ella. Sé que puedo solicitar que se interrumpa mi participación en el estudio en cualquier momento. Ante cualquier duda puedo comunicarme con el Dr. Fernando Félix a los teléfonos: 56552811 o 0445512967820.

Autorizo que los resultados de la evaluación formen parte anónimamente en una publicación científica.

Firma del Maestro: _____

Firma del Dr. o Psic. _____

II... Otros anexos

Agradecemos su participación en este proyecto de investigación, sus respuestas nos serán de gran ayuda, tenga la seguridad de que todos los datos serán confidenciales y sus respuestas serán usadas solo con fines de investigación. A continuación le pediremos que llene diversos formatos.

No ponga su nombre

FICHA DE IDENTIFICACION (CONFIDENCIAL)	
1. Edad: <u> </u> años	2. Genero: a)Masculino / b)Femenino
3. Grado Máximo de Estudios: a)Licenciatura b)Diplomado c)Maestría d)Doctorado e) Post Doctorado	
4. ¿Tiene usted alguna formación previa sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)? Si / No.	
5. ¿De que tipo? a) Recibí información durante mi formación. b) Asistí a un curso breve (Seminario/Conferencia) sobre el TDAH. c) Realice un curso sobre el TDAH (Diplomado/Posgrado). d) Otros: _____	
6. ¿Conoce usted a alguna persona que padezca TDAH? Si / No	
7. ¿Que tipo de enseñanza considera usted la mas adecuada para un paciente con TDAH? a) Sistema Escolarizado b) Sistema Abierto c)Educación en Casa d) Educación Especial. e) Otro: _____	

¡Muchas Gracias por Su participación!. Lea cada uno de los enunciados y marque usted el grado de acuerdo que tenga usted con lo que el enunciado menciona.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
La mayoría de los padres estarían dispuestos a aceptar a un niño o adolescente con TDAH como un amigo cercano de sus hijos.						
La mayoría de la gente cree que los niños y adolescentes con TDAH son tan inteligentes como una persona promedio.						
La mayoría de la gente cree que los niños y adolescentes con TDAH son tan confiables como el resto de los niños y adolescentes.						
La mayoría de las personas aceptaría a una persona que padece TDAH como profesor de sus niños.						
La mayoría de la gente cree que tener un niño o adolescente con TDAH es un signo de fracaso como padre.						
La mayoría de la gente no contrataría a una persona que se sabe tiene TDAH.						
La mayoría de la gente espera menos de un niño y adolescente con TDAH, que de uno sin TDAH.						
La mayoría de los empleadores contrataría a una persona que padece TDAH si él o ella está calificado para el trabajo.						
La mayoría de las instituciones educativas dará ventaja a otro solicitante si se enteran de que el Solicitante padece TDAH.						
La mayoría de la gente en mi comunidad trataría a un niño y adolescente con TDAH del mismo modo que trataría a cualquier persona.						

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
La mayoría de las mujeres jóvenes rechazarían salir con un joven que tiene TDAH.						
Una vez que saben que una persona tiene TDAH, la mayoría de la gente tomara sus opiniones menos en serio.						
Con el fin de conseguir un trabajo o entrar en una institución educativa, una persona con TDAH tendrá que ocultar en lo posible su enfermedad.						
No hay razón para que una persona oculte el hecho de que es un niño o adolescente con TDAH.						
Si usted tiene niños y adolescentes con TDAH lo mejor que puede hacer es guardar el secreto.						
Si yo tuviera un hijo con TDAH, le aconsejaría no contarle a nadie acerca de su enfermedad.						
Si tuviera TDAH, no intentaría ocultarlo.						
He descubierto que es mejor ayudar a la gente cercana a mí entender lo que es el TDAH.						
Si creyera que un amigo se siente incomodo sabiendo que tengo TDHA, tomaría en mis manos la responsabilidad de educarlo sobre mi padecimiento.						
Si creyera que un maestro se siente incómodo de trabajar con un niño o adolescente con TDAH, trataría de explicarle que la mayoría los niños y adolescentes con TDAH son buenas personas.						
Si yo tuviera TDAH, me gustaría educar a otros sobre lo que significa tener dicha enfermedad.						
Me gustaría participar en alguna organización que enseñe al público más información sobre el tratamiento del TDAH y los problemas de las personas que lo padecen.						
Pienso que seria fácil para mí ser amigable con los niños y adolescentes con TDAH.						
Si supiera que alguien que yo conozco tiene una opinión negativa sobre los niños y adolescentes con TDAH, yo trataría de evitar(lo/la).						
Después de estar en tratamiento para el TDAH, es una buena idea no comentar nada al respecto.						
Si busco escuela y recibo una solicitud en donde se pregunte sobre historia de tratamiento psiquiátrico, yo no llevaría a mis hijos a esa institución.						
Si supiera que un maestro se mostró renuente a admitir a niños o adolescentes por tener TDAH, recomendaría a mis conocidos que no entraran a dicha escuela.						
Si yo creyera que una persona que conozco esperara menos de mí, por padecer TDAH, la evitaría.						
Cuando conozco gente por primera vez, debo esforzarme para ocultar que tengo TDAH.						

MUCHAS GRACIAS!!!

Para mayor información sobre el proyecto o TDAH, Contactar al responsable doctorfernandofelix@gmail.com