



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN HABITANTES DE LA CDMX

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
NORMA ANGÉLICA HERNÁNDEZ CATANEO

DIRECTORA:

MTRA. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE

COMITÉ:

MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
MTRO. RICARDO MEZA TREJO



Ciudad de México

Junio 2021



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.

Agradecimientos

Dedico este logro a la memoria de mi mamá, que con su ejemplo y amor me supo guiar, te amo con todo el corazón mamá y a donde quiera que vaya siempre estarás conmigo.

A mi hermano Fernando que siempre ha estado conmigo en los momentos más difíciles y más felices, gracias por ayudarme, por retarme para dar lo mejor de mí, por ser mi amigo y ser mi guía cuando me pierdo.

A mi papá Miguel por ser el mejor papá que la vida me pudo dar, gracias por siempre estar.

Al amor de mi vida Eduardo, gracias por tu invaluable apoyo a lo largo de estos años juntos, gracias por ser mi compañero de vida y mejor amigo, sin tu apoyo este logro no hubiera sido posible, te amo infinitamente.

A la Mtra. Felicitas Domínguez y mis asesores el Mtro. Edgar y el Mtro. Ricardo por ser una valiosa guía y apoyo en la realización de este proyecto. Gracias por su dedicación, paciencia y tiempo invertido en este trabajo. Les tengo un aprecio muy grande y un lugar especial en mi corazón.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por acogerme, brindarme la oportunidad de estudiar y poder conocer a personas maravillosas a lo largo de mi formación académica desde Iniciación Universitaria hasta mi etapa profesional, es un orgullo para mí poder ser parte de la máxima casa de estudios, siempre estaré agradecida por todas las experiencias que viví.

“El mayor enemigo del conocimiento no es la ignorancia, sino la ilusión del conocimiento...” -Stephen Hawking

Índice

Resumen	5
Introducción	7
Parte I. Marco Teórico	
Capítulo I. Enfermedad mental	11
Capítulo II. Actitudes	31
Capítulo III. Actitud hacia la enfermedad mental	43
Parte II. Metodología	50
1. Planteamiento del problema	50
2. Objetivo de investigación	52
3. Variables atributivas.....	52
4. Tipo y diseño de investigación	53
5. Participantes	54
6. Instrumento	54
7. Procedimiento	61
8. Análisis de datos	61
Parte III. Resultados	62
1. Estadísticos descriptivos.....	62
2. Análisis psicométrico.....	64
3. Análisis factorial	69
4. Actitudes hacia la enfermedad mental	73
Parte IV. Discusión y conclusión	
Discusión	77
Conclusión	80
Parte V. Referencias	82

Parte VI. Anexos 90

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer cuáles son las actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX. El estudio se llevó a cabo con habitantes de la CDMX con un rango de edad de los 15 a 55 años de edad (n= 215). Se tomó como base la escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud elaborada por Fernández, Torres y Carballal (1988) para poder realizar una nueva versión mexicana, se crearon 10 ítems que evalúan la dimensión afectiva de las actitudes y se modificó la redacción de algunos ítems para su adaptación a la población. Posteriormente la escala se sometió a un análisis de fiabilidad obteniendo así un Alfa de Cronbach total del instrumento de $\alpha=.830$. Los reactivos se agruparon en 3 factores que explican el 50.739% de la varianza total. La evaluación a la cual fue sometida el instrumento confirma que la escala de actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX es válida y confiable.

Palabras clave: enfermedad mental, habitantes, análisis de fiabilidad y factores.

Abstract

The objective of this investigation was to know which are the attitudes toward mental illness in dwellers of Mexico City. The study was carried out with dwellers of the Mexico City with an age range of 15 to 55 years old (n = 215). The scale for measuring attitudes towards the mentally illness in future health technicians was developed by Fernández, Torres and Carballal (1988) and was taken as a basis to develop a new Mexican version of that scale, 10 new items were created to evaluate the affective dimension of attitudes and the redaction of some items was modified

to adapt them to the population. Then, the scale was submitted to a reliability analysis, it was obtained a total Cronbach's Alpha of the instrument of $\alpha = .830$. The items were grouped into 3 factors that explain 50.739% of the total variance. The evaluation which the instrument was subjected confirms that the scale of attitudes towards mental illness in inhabitants of Mexico City is valid and reliable.

Introducción

En la antigüedad el hombre era concebido dualmente, ya que una parte correspondía a la mente y la otra parte correspondía al cuerpo. El conocimiento de la enfermedad mental en el hombre se remonta a muchos siglos atrás, por lo que la manera en que la enfermedad mental ha sido concebida cambia de acuerdo a la época (Salaverry, 2012). Hipócrates fue uno de los primeros médicos que se opone a la creencia de que la enfermedad mental se presenta por causas sobrenaturales, afirmaba que las enfermedades mentales son causadas por aspectos fisiológicos y naturales. Hipócrates comprendía la salud mental como un estado natural adecuado en el ser humano. La salud es producto de una mezcla de humores en los cuales la respiración fluye sin problemas. Cuando se presenta un desequilibrio de los humores lo cuales pueden ser: sangre, flema y bilis, cuando predomina alguno de ellos, es cuando aparece la enfermedad en el cuerpo (Rojas, De Lima, Eblen & Téllez, 2019).

Mientras que en la actualidad el hombre es concebido como un individuo integral, que se constituye por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que se encuentra en constante interacción con su entorno; este entorno comprende contextos familiares, culturales, políticos y económicos, los cuales son fundamentales para que se desempeñe como un individuo social (Gallego, 2012).

Sin embargo, dependiendo cómo se desenvuelve en los diferentes contextos, habrá un impacto en su salud, específicamente mental (De la Fuente & Heinze, 2014). Es importante mencionar que el contexto socioestructural se relaciona directamente con la estructura social, la clase a la cual pertenecen los individuos, así como su raza, de igual manera una distribución poco equitativa con los recursos junto con una jerarquía social baja, son condiciones estresantes. Un hallazgo interesante encontrado en la investigación de Fernández & Sánchez (2003) sugieren que la persona habitante de una zona urbana incrementa el riesgo de padecer esquizofrenia. La enfermedad mental está presente en todas las culturas en donde

la clase social, situación económica y hábitat influyen de manera directa en la prevalencia de padecer alguna enfermedad. De acuerdo a Toche (2019) las enfermedades mentales se manifiestan generalmente debido al constante estrés que provoca la violencia que se vive cotidianamente en el país, un efecto colateral de esta violencia puede generar adicciones a sustancias nocivas perjudiciales para la salud.

La actitud que se tiene acerca de la enfermedad mental comúnmente es negativa debido a que incluye miedo, rechazo y compasión. Relacionado con lo que se ha mencionado, la actitud hacia los enfermos mentales no es muy diferente debido a que se perciben como personas carentes de controlar impulsos, que pueden tener conductas agresivas e inclusive son percibidos como personas incapaces de realizar actividades cotidianas como cualquier otra persona. Estas actitudes tienen consecuencias negativas en las personas que padecen alguna enfermedad mental, así como en su contexto familiar. Lamentablemente en otras esferas como la social y del ámbito profesional, suelen prevalecer actitudes y conductas negativas hacia los enfermos mentales (Vicario & De la Villa, 2016).

Por otro lado, cabe destacar algunos datos estadísticos relevantes acerca de la salud mental en México debido a que las personas que padecen enfermedades mentales van en incremento en la Ciudad de México y el padecimiento que predomina entre muchos es la depresión ya que se ha convertido en la enfermedad mental más incapacitante debido a que provoca sentimientos negativos, baja autoestima, trastornos del sueño, cansancio, en general un mal funcionamiento del cuerpo. Afecta al 10% de los mexicanos, lo que queda claro es que por lo menos el 30% de los mexicanos se ha deprimido alguna vez en su vida lo equivalente a 33 millones de personas (Sandoval, 2015).

Es relevante mencionar que a lo largo de la historia de la humanidad han surgido cambios en la calidad de vida de las personas mejorando así el bienestar físico, sin embargo, también ha prevalecido un deterioro en la salud mental de los individuos,

dicha situación puede ser provocada por cambios sociales, los cuales desencadenan en: abuso de sustancias, violencia, inseguridad, entre otros fenómenos sociales tal como se mencionó con anterioridad (Hernández, 2009).

Información más reciente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2021 menciona que existen tres factores de riesgo que se relacionan con padecer alguna enfermedad. Los cuales se relacionan con: el tabaquismo, una dieta poco saludable e inactividad física. Adicional prevalecen otros factores, como las condiciones sociales, políticas y económicas, en las cuales desarrolla su vida un individuo.

Un aspecto importante al estudiar las actitudes son las creencias que tiene el colectivo hacia el enfermo y la enfermedad mental, dicho aspecto es generalmente concebido como algo erróneo o negativo cuya repercusión puede ser sumamente difícil de contrarrestar para el enfermo mental López, Fernández, Laviana, Aparicio, Perdiguero & Rodríguez (2010). Al estudiar las actitudes hacia la enfermedad mental es importante tomar en consideración las dimensiones que las componen las cuales son: el aspecto cognitivo, afectivo y conductual.

En el aspecto afectivo de las actitudes es común que se puedan experimentar sentimientos negativos, principalmente miedo. Con respecto a la dimensión conductual se relaciona con el distanciamiento social hacia el enfermo mental. Relacionado con el aspecto cognitivo se puede decir que tiene que ver con las creencias y pensamientos que se tiene acerca del enfermo mental (López, et. Al, 2010).

A partir de lo que se ha mencionado se desprende el objetivo principal de la presente investigación, el cual es conocer las actitudes que tienen los habitantes de la Ciudad de México ante la enfermedad mental. Es de suma relevancia continuar el estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental debido a que no se tiene mucha información al respecto dentro del contexto de la Ciudad de México,

otro elemento importante a considerar es que las personas con alguna enfermedad mental usualmente son personas “invisibles” ante el contexto en el cual se desenvuelven. Finalmente, el enfermo mental tiene que asumir su rol como persona enferma, sin embargo, dentro de la sociedad debe lidiar con el estigma que provoca padecer una enfermedad mental (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

Es de suma importancia mencionar un breve resumen de cómo está conformado el presente trabajo.

La parte I corresponde al marco teórico, el cual comienza con enfermedad mental, posteriormente con las actitudes, finalmente como se relacionan las actitudes con la enfermedad mental.

La parte II corresponde al apartado de metodología.

La parte III corresponde a los resultados de la investigación.

La parte IV corresponde a la discusión y las conclusiones.

La parte V corresponde a las referencias que se utilizaron para llevar a cabo la investigación.

Finalmente, la parte VI corresponde al apartado de los anexos que se utilizaron para la presente investigación.

Capítulo I. Enfermedad mental

Palabras como enfermo mental, loco se han convertido en palabras comunes dentro de diversos contextos y momentos históricos de la humanidad, sin embargo, actualmente la distinción ha recaído en dos categorías en la de enfermo mental o el sujeto que tiene salud mental. Otros conceptos relacionados con la salud mental son: el reconocimiento de los derechos humanos, inclusión social, así como inserción laboral (Fernández, 2012).

1.1 Definición de enfermedad mental

La enfermedad mental de manera concreta se define como la alteración que se relaciona con aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. Dicha alteración afecta a la persona en los procesos psicológicos básicos, por ejemplo: emoción, memoria, lenguaje, entre otros. Estas alteraciones afectan la curva de adaptación del individuo en el ámbito social y cultural (Padilla & Ramos, 2018).

La Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad mental como:

una combinación de alteraciones en: el pensamiento, percepción, emociones, la conducta y la manera en cómo se relacionan con las demás personas. Entre los trastornos más comunes se encuentran: la depresión, el trastorno afectivo- bipolar, esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y del desarrollo como el autismo. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Para la presente investigación la enfermedad mental es definida como patrones comportamentales que se pueden relacionar con malestar físico, emocional de un individuo, puede traer como consecuencia una discapacidad o deterioro paulatino, asimismo, afecta la independencia de los individuos en la vida cotidiana (Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014).

1.2. Sintomatología

La Organización Mundial de la Salud (2021) hace referencia a la sintomatología del trastorno mental como:

una perturbación de la actividad intelectual, estado de ánimo, comportamiento que dista de las creencias y normas culturales, en la mayoría de los pacientes los síntomas se acompañan de angustia e intromisión en las funciones personales. Dentro de la sintomatología que presentan los pacientes se puede observar:

- Síntomas físicos: trastornos del sueño, dolor.
- Síntomas afectivos: tristeza, miedo, ansiedad.
- Síntomas cognitivos: dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria.
- Síntomas del comportamiento: conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria y abuso de sustancias.
- Alteraciones en la percepción: percepción visual, auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

El desarrollo de la enfermedad mental está asociado a la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, así como a las experiencias de vida. La mayoría de los trastornos pueden diagnosticarse y tener un tratamiento eficaz. Como puede apreciarse la alteración en la salud mental puede estar sujeta a situaciones inesperadas y multifactoriales (Organización Mundial de la Salud, 2021).

1.3. Salud mental

La salud mental es concebida como un estado en el cual el individuo se encuentra habituado a un estado de bienestar emocional, siente gozo por la vida, se percibe en un estado positivo. En el ámbito social busca un estado de bienestar dentro de su comunidad, trata de cubrir las necesidades básicas, respetar los derechos humanos (Carrazana, 2003).

Para la OMS, la salud mental es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades de tipo psicológico” (Organización Mundial de la Salud, 2021).

1.4 Enfermedad mental

La enfermedad mental puede ocasionar incapacidad moderada o grave, dependiendo del tipo de problema, de la duración y manifestación de éste. Algunas consecuencias que trae consigo son: el desempleo; dificultad para sostener redes de apoyo social; necesidad de ayuda para desempeñar actividades cotidianas; en algunas ocasiones conducta social inapropiada (Padilla & Ramos, 2018).

Además, el enfermo mental tiene que lidiar con la forma en que es percibido por la sociedad, pues se tiene el estigma de que es una persona incompetente, agresiva, que es su responsabilidad estar enfermo y que además no contribuye para mejorar; provocando rechazo y discriminación (Iturriaga, 2019).

Se olvida que a lo largo de la vida el ser humano se ve permeado de diversos conflictos que suceden a su alrededor, estos conflictos al no darles solución o atención oportuna se van acumulando de tal manera que cuando percibe que tiene muchos conflictos en su vida, la persona puede sentirse sobrepasada ante dichas situaciones lo cual le traerá malestar en su vida y en algunos casos es posible que enferme. Es importante mencionar que las habilidades personales con las que

cuenta cada individuo son determinantes para que pueda afrontar los problemas cotidianos y proveer de una solidez mental. Las demandas actuales acerca de cómo se debe llevar la vida cumple un papel determinante ya que nos exige ir de prisa, la exigencia es cada vez más elevada y la salud mental se ve afectada por ese ritmo de vida (Rodríguez, 2015).

El término enfermedad mental es controversial, debido a que provoca ciertas actitudes y reacciones de aquellas personas que dicen ser normales hacia aquellos que son considerados anormales, la enfermedad es percibida diferente por el personal médico, que por las personas del entorno social y/o familiar, así como por el propio enfermo (De la Fuente & Heinze, 2014).

De manera que la salud y la enfermedad mental son dos estados en el ser humano que cumplen una función adaptativa al medio. La adaptación aún siendo de carácter externo y de origen psicosocial en algunos casos puede ser de naturaleza nociva, que, al momento de ser interiorizada, puede perjudicar la función biológica normal del individuo (De la Fuente & Heinze, 2014).

Como se mencionó con anterioridad la enfermedad mental cumple una función adaptativa y es de carácter psicosocial por lo tanto es importante hacer referencia de la conceptualización realizada por Scharfetter en 1988 acerca de la enfermedad mental; la cual es considerada como un fallo parcial, total, provisional o duradero que afecta el dominio de vida y del mundo que le rodea al individuo, al considerarlo como un “ser distinto” es complicado que pueda establecer vínculos auténticos con otros individuos (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

Abordando la perspectiva de la psicología social hacia la enfermedad mental. Se considera como mayormente saludable a los individuos que tengan un mayor sentido de pertenencia. Las personas con un mayor grado de confianza en sí mismos y en los demás, gozarán de mejor salud mental, asimismo personas que no se dejen guiar por presiones sociales. Un aspecto muy importante que se relaciona con lo que se ha mencionado es que las personas cuentan con salud

mental son las personas que se sienten parte de una colectividad y que a su vez se sienten como individuos útiles dentro de la sociedad. Finalmente las personas que sienten confianza en la sociedad, del futuro y que consideren tienen un objetivo en su vida (Blanco & Díaz, 2006).

1.5 Antecedentes e historia de la enfermedad mental

Estudiar a la enfermedad mental no ha sido una tarea sencilla, se complica aún más cuando se trata de explicar su origen ya que distintas disciplinas dentro del campo de la medicina y diversas teorías psicológicas han intentado brindar una explicación clara.

Hace aproximadamente 30 años, se intentó dar una explicación a la psicosis desde el ámbito psicológico y orgánico. Ambas perspectivas se vieron obstaculizadas debido a que desde la perspectiva orgánica no podían demostrar la lesión física de la psicosis, mientras que desde la postura psicológica los pacientes no mostraban mejoría alguna con los tratamientos psicológicos (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

Por fortuna en años recientes se considera a la enfermedad mental como multifactorial, es decir que factores genéticos influyen para que se origine la enfermedad mental, así como el contexto también juega un papel determinante para su desarrollo (Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero, 2009).

En la época del Renacimiento aparecen diversas facetas del enfermo mental, fue por medio del arte (literatura, teatro y pintura) en estas fascinantes obras se intentaba plasmar el miedo que percibía el hombre hacia la enfermedad mental (Fernández, 2012).

Fue hasta la época moderna que en algunos países de Europa tales como; Francia, Inglaterra y Alemania instauraron el modelo de hospitalización para albergar a los enfermos de la razón, cabe señalar que en esta época de la humanidad no dista

mucho de la época del oscurantismo ya que de igual forma estaba permeada de violencia hacia el enfermo mental, a manera de terapias para asistir a los enfermos se encontraban los electrochoques y las lobotomías (Fernández, 2012).

Con respecto a la enfermedad mental, en México se tienen antecedentes acerca de la misma debido a que Becerra (2014) realizó una reseña acerca del primer hospital de salud mental que se creó en México, el cual fue el Manicomio General de La Castañeda, dicha institución fue creada e inaugurada en el periodo del porfiriato. Dicha institución cumplía la función de hospital y estancia para la atención psiquiátrica de los enfermos mentales de cualquier edad, nacionalidad, religión y de ambos sexos. El manicomio se distribuía mediante pabellones.

Este lugar fue cerrado en el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz debido a que los pacientes se encontraban en pésimas condiciones. Posterior a la clausura de este centro hospitalario en México se abrieron nuevos hospitales en donde se procura un trato digno y ético a los pacientes (Becerra, 2014).

1.6 Datos estadísticos de la enfermedad mental

Como se ha mencionado en México se busca la implementación de un trato ético para los enfermos mentales, sin embargo, el camino es muy largo por recorrer, debido a que desde hace un par de años a la actualidad se han incrementado las cifras en México de las personas que padecen alguna enfermedad mental esto parece ser por los cambios drásticos de carácter sociodemográfico (Campo & Cassiani, 2008). Por tal motivo se retoman datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2010 ya que según las estadísticas la enfermedad mental es concebida como una de las 7 discapacidades que puede sufrir algún mexicano, hasta el año 2010 en el país había un total de 5 millones 739 mil 270 personas que padecían algún tipo de enfermedad, esto es equivalente al 5.1 % del total de la población (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Para el año 2018 la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCYTU) realizó una investigación en la cual se encontró que el 18% de la población sufría alguna enfermedad mental (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

Fuentes (2013) retoma los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual se menciona que los trastornos mentales más frecuentes en nuestro país son: ansiedad con un 14.3% de prevalencia (esto lo han presentado las personas alguna vez en su vida), 9.2 % corresponde al uso de sustancias, el 9.1% corresponde a los trastornos afectivos y el episodio depresivo con un 3.3 % en la población nacional.

Al retomar las cifras del INEGI se menciona que los estados con mayor número de defunciones por enfermedad mental son: en primer lugar, Veracruz con 4.450 casos en un periodo del 2002 al 2011, el Estado de México con 4,192 casos; Puebla con 3.939; Oaxaca con 3007 casos; Jalisco con 3007 casos, el Distrito Federal con 2,882 casos y el último lugar lo tiene Guanajuato con 2.220 casos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Datos estadísticos más recientes del año 2018 arrojan que el panorama no ha mejorado con respecto a otros años ya que un 18% de la población en un rango de edades de los 15 a 64 años ha sufrido algún trastorno como: ansiedad, depresión, fobia. Adicional hay en promedio 3 millones de personas que son adictas a alguna sustancia nociva como el alcohol y cigarro, otro porcentaje de la población son adictos a sustancias psicotrópicas (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

Por otro lado, se puede mencionar que la tasa de suicidios ha ido en incremento ya que del año 2000 al año 2013 el país ha aumentado de 3.5 a 4.9 casos por 100 mil habitantes, otro dato alarmante es que la consumación de suicidios desafortunadamente ha aumentado (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

Padilla & Ramos (2018) realizaron una investigación relevante en la cual indica que en comunidades urbanas en México ha padecido en algún momento de su vida algún trastorno mental. Los porcentajes indican que 9.2% de la población ha padecido depresión. Según las estadísticas los trastornos mentales se manifiestan en los primeros años de vida. Adicional se menciona que los trastornos del pánico corresponden al 17.1 %, episodios de manía 12.7%, depresión mayor 11.9%.

Para puntualizar en México 43 mil de muertes anuales se relacionan con algún trastorno mental. El primer lugar lo ocupa la depresión, seguido por abuso de sustancias principalmente por alcohol, finalmente esquizofrenia. (Padilla & Ramos, 2018).

Por otro lado, es importante señalar que en América Latina estudios realizados con personas mayores de 18 años han informado que se tiene una tendencia del 45.9% de padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida (Campo & Cassiani, 2008). Aunque la OMS (2001 en Becerra, 2014) menciona que la prevalencia de enfermedad mental a nivel mundial afecta al 20% de niños y adolescentes. Sin embargo, los países con un nivel económico medio y bajo tienen acceso solamente a un psiquiatra infantil por cada millón de personas. En estos países el 75% de la población ha intentado suicidarse, en muchas ocasiones esto se relaciona con el consumo y abuso de sustancias nocivas para la salud. Otro factor que resulta nocivo para la salud mental de los individuos es la exposición a guerras y catástrofes.

Se calcula que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de enfermedad mental, aunado a lo mencionado se estima que 1 de 4 familias tiene algún miembro con padecimiento de enfermedad mental. Aunque son cifras que van en aumento se puede decir que las 5 principales enfermedades mentales presentes son la depresión, el abuso del alcohol, la bipolaridad, la esquizofrenia y por último los trastornos obsesivos compulsivos (Sandoval, 2015).

Datos más recientes del año 2016 arrojan que a nivel mundial aproximadamente de 450 a 500 millones de personas presentaron alguna enfermedad mental. Prevalece la depresión con 300 millones de personas; trastorno bipolar con 60 millones de personas y esquizofrenia con 21 millones de personas (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

En definitiva, a nivel mundial la mayor parte de las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental no recurren a los servicios de salud mental pública ya que sufren discriminación y estigmatización. Es así que debido a esta situación prevalecen las denuncias por violación a los derechos humanos (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

1.7 Estigma y Enfermedad mental

Estigma es una palabra de origen griego cuyo significado es diferenciar a una persona del resto por una característica que puede ser visible. Sin embargo, la palabra no siempre ha tenido una connotación negativa, en el cristianismo en una época antigua, la palabra estigma hacía referencia a una huella que fue impresa de manera sobrenatural en el cuerpo de algunos santos (Mendoza & Beatriz, 2018).

El estigma que sufren las personas con trastornos mentales es algo que viven de manera cotidiana que se ve directamente influido por las creencias culturales (Vicario & De la Villa, 2016).

El estigma inicia cuando las personas que padecen una enfermedad mental hacen evidente su padecimiento mediante algunas conductas, ya que esa persona es identificada la sociedad emplea estereotipos hacia la enfermedad mental y las personas que la padecen. Un concepto relacionado son los estereotipos que son creencias usualmente negativas hacia una persona o grupo de personas, aunque son compartidos por la sociedad no necesariamente son compartidos de manera

universal. Con respecto a los estereotipos relacionados con la enfermedad mental se atribuyen principalmente a comportamientos violentos o se perciben como personas poco competentes para llevar su vida de manera autónoma (Mendoza & Beatriz, 2018).

Haciendo referencia nuevamente al estigma se puede mencionar que se compone principalmente de actitudes, sentimientos, creencias y generalmente de emociones negativas (Vicario & De la Villa, 2016).

La estigmatización surge por una diferenciación entre características atribuibles a una persona con características según la normativa cultural.

Iturriaga (2019) hace mención del proceso por el cual pasan los pacientes enfermos mentales / psiquiátricos para ser estigmatizados. Menciona que el ser humano mediante el lenguaje internaliza eso que pasa a su alrededor, le da un significado y posteriormente aprende las opiniones del contexto acerca de la persona con enfermedad mental / psiquiátrica hasta que finalmente lo encasilla y discrimina de los demás individuos. Las opiniones cumplen un papel determinante debido a que se quedan arraigadas en la sociedad.

La estigmatización tiene un ciclo que comprende algunas conductas discriminatorias dando como resultado en algunas ocasiones violación de los derechos de la persona a la cual se está estigmatizando (Iturriaga, 2019).

Iturriaga (2019) clasifica estigmatización de acuerdo a:

- a. El estigma que se internaliza:
- b. El estigma dentro del ámbito familiar
- c. El estigma público

a) Las personas que padecen o han padecido alguna enfermedad mental pueden llegar a autoestigmatizarse esto quiere decir que el enfermo internaliza el estigma de la sociedad llegando a desvalorizarse lo cual lo lleva a aceptar el rechazo y discriminación, esto trae consigo consecuencias sumamente negativas en el enfermo, dentro de las consecuencias menos agradables es que en el enfermo se agudicen los síntomas de su enfermedad.

b) El estigma en el ámbito familiar se relaciona con un rechazo dentro de la sociedad simplemente por el hecho de que esa familia tenga un integrante con enfermedad mental, dentro de las consecuencias se encuentran el aislamiento y rechazo, algo importante a mencionar es que el estigma en muchas ocasiones se presenta con los mismos integrantes de la familia, siendo así la propia familia la que rechaza al enfermo mental.

c) En el ámbito público el estigma se presenta de manera generalizada en la población, lo cual se relaciona con lo que se mencionaba con respecto al ciclo de la estigmatización debido a que es un proceso de internalización y aprendizaje dentro de la sociedad, este proceso se lleva a cabo desde edades muy tempranas.

Cabe señalar que en la actualidad y para fines de esta investigación la palabra estigma relacionada con el concepto de enfermedad mental tiene una connotación negativa ya que hace referencia a exclusión social de un enfermo mental siendo así que se le puede privar del acceso a los servicios de salud, de oportunidades laborales, educativas. Retomando la relación de la palabra enfermedad mental con estigma, la palabra se utiliza en diversos contextos en los cuales se genera conductas, de exclusión hacia personas que padecen alguna enfermedad mental (Mendoza & Beatriz, 2018).

Se puede mencionar que existen 2 dimensiones que comprenden al estigma. Uno de ellos hace referencia al estigma público, conjunta todo el prejuicio y discriminación adoptado por la sociedad dirigido a las personas que padecen enfermedad mental.

La segunda entidad del estigma es autoestigma, hace referencia al daño que es causado cuando las personas que padecen enfermedad mental interiorizan los prejuicios sociales (Mendoza & Beatriz, 2018).

1.8 Clasificación de la enfermedad mental CIE- 10

Existen diversas enfermedades mentales, las cuales se pueden agrupar según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE- 10), a continuación, se describen algunas características de dicha Clasificación.

CIE- 10

El CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 1994) realiza una distinción en cuanto al trastorno mental categorizándolo según algunos parámetros, por ejemplo, si existe una cuestión de origen físico que origine el trastorno ya sea por lesiones o daños cerebrales que pueden afectar a diversos órganos u otros sistemas.

Dentro de su categorización del trastorno mental se encuentran los siguientes trastornos:

- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas

- Trastornos mentales y del comportamiento
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor
- Retraso mental
- Trastorno del desarrollo psicológico
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- Trastorno mental sin especificación

1.9 Clasificación de la enfermedad mental DSM-V

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM-V), agrupa y clasifica las diversas enfermedades mentales, dicho manual distingue entre trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de personalidad, entre otros (Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014).

El DSM – V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

El DSM – V se organiza mediante 3 secciones. La primera sección está orientada a brindar guía para el uso clínico. La segunda sección contempla criterios y diagnósticos de diversos trastornos. La tercera sección aborda la cuestión dimensional para la evaluación de los síntomas, incluyen aspectos culturales de cómo se gestan los trastornos, así como la descripción clínica de los mismos, incluye medidas de severidad (Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014).

Según el DSM – V los trastornos se clasifican:

- Trastornos del neurodesarrollo
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos bipolares y relacionados
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno obsesivo – compulsivo y relacionados
- Trastornos relacionados con traumas y estresores
- Trastornos disociativos
- Trastornos de síntomas disociativos
- Trastornos de síntomas somáticos
- Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria
- Trastornos de la eliminación
- Trastornos del sueño
- Disfunciones sexuales
- Disforia de género
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales
- Trastornos adictivos y consumo de sustancias
- Trastornos neurodegenerativos
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos parafilicos
- Otros trastornos

Algunas cuestiones de las cuales se comenta como deficiencias del DSM – V se encuentran que no se habla de enfermedades mentales se habla simplemente de trastornos, dicho manual no habla de la etiología en sí de la enfermedad mental ni de tratamientos en específico por lo que se puede hablar de un diccionario descriptivo acerca de los trastornos mentales. No bastaría con categorizar los trastornos mentales sino determinar el porqué es que le ocurre lo que le ocurre al paciente. Finalmente falta observar al trastorno mental como un fenómeno

multicausal esto quiere decir que es un fenómeno que se ve permeado por factores biológicos, psicológicos y sociales (Echeburúa, Salaberría & Cruz, 2014).

1.10 Modelos explicativos del concepto enfermedad mental

Modelo Médico

Se remonta en el siglo XVIII cuando los pacientes presentaban trastornos mentales los médicos comenzaron a dar una interpretación biológica a los padecimientos de los pacientes, posteriormente con el avance de la ciencia los médicos buscaron una explicación a dichos padecimientos mediante autopsias realizadas de la zona del cerebro que estaba afectada, así como con las manifestaciones conductuales que presentaba el paciente antes del fallecimiento (Jiménez, 2016).

Posteriormente en el siglo XX con el surgimiento de la Psiquiatría como una especialidad enfocada al tratamiento de las enfermedades mentales, la cual se ha enfocado en el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del trastorno psíquico (Jiménez, 2016).

Este modelo menciona que la enfermedad mental puede ser poco ventajosa para el individuo que la padece y su explicación está relacionada con causas físicas, ya que implica una anormalidad biológica en la estructura o función, recae en una causa orgánica como se ha mencionado y para realizar un diagnóstico se toma como base signos y síntomas del paciente, se puede apoyar de pruebas de laboratorio o imágenes (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

Modelo Psicoanalítico

Desde el punto de vista psicoanalítico la enfermedad mental se conceptualiza cuando el yo del sujeto se encuentra perturbado en las funciones autónomas del yo (Durán, 2005). En su teoría Freud habla del aparato psíquico que se relaciona con distintas unidades de la vida mental la primera es el Ello es la estructura más primitiva, es la fuente de energía cuya finalidad es mantener un nivel bajo de

tensión, conforme el individuo experimenta limitación surge el Yo, su función es la de equilibrar el impulso a el requerimiento del mundo real. Cuando no se logra el equilibrio surge la enfermedad.

Por último, en la teoría psicoanalítica se habla del Súper Yo, dicha estructura se relaciona con la apropiación de un modelo moral (Vázquez, 1986).

Dentro de la teoría se habla de la neurosis y psicosis las cuales se originan por una afectación en el aparato psíquico del individuo (Vázquez, 1986). A manera de conclusión se puede mencionar que la enfermedad se relaciona con la cantidad de energía (libido) que posee el individuo, dicha energía es lo que delimitará si el individuo tiende a la salud o a la enfermedad (Hernández, 2011).

Modelo Humanista

El modelo humanista o tercera fuerza aparece en los años 60, es nombrada la tercera fuerza ya que surge como alternativa al psicoanálisis y al conductismo. El humanismo cuestiona al psicoanálisis, así como al conductismo como modelos ya que los concibe como; elitistas y carentes de tomar en consideración los atributos humanos (Carrazana,2003).

Es importante mencionar que el principal aporte del Humanismo ha sido el destacar la normalidad social de la enfermedad mental. Con respecto a la salud mental la concibe no solo como ausencia de síntomas o enfermedad, la considera como un proceso de autorrealización en el individuo (Riveros, 2014).

Desde el humanismo se realiza un análisis interesante de cómo se concibe al enfermo mental como una persona que no es capaz de reconocer su diferenciador, es carente de poder tener congruencia y de poder ir adelante hacia su autorrealización, esto se debe a una percepción probablemente distorsionada de la realidad. La manera de desbloquear este proceso es mediante terapia en la cual se trabajará la aceptación incondicional total del paciente y el terapeuta, asimismo el terapeuta hará uso de intervenciones desde el aspecto cognitivo, conductual y algunas técnicas de relajación (Hernández, 2011).

Es importante enfatizar que el humanismo afirma que la mejor forma de poder entender a una persona es poder ponerse en su lugar para intentar percibir el mundo desde esa posición, rechaza el concepto de enfermedad mental y etiquetas de cualquier tipo, se asume que todo el comportamiento humano es normal ya que se debe mirar desde el punto de vista de la persona afectada (Tobías & García-Valdecasas, 2009).

Modelo Sistémico

En la década de 1950 surge el modelo sistémico con la finalidad de descentralizar la atención que se tenía hacia el paciente para considerar a la familia como unidad de análisis ya que la familia cumple un papel determinante para el desarrollo social e individual del paciente, asimismo, influye en el desarrollo de la personalidad del individuo y también en el proceso de salud- enfermedad (Acevedo & Vidal, 2019).

Otro elemento importante a considerar es el proceso de comunicación ya que interviene en la formación de la personalidad, funge como indicador para comprender el funcionamiento de los grupos. Lo anteriormente mencionado se relaciona con la teoría del doble vínculo que busca brindar una explicación hacia las enfermedades mentales en específico de la esquizofrenia, ya que resalta como influyen las dinámicas familiares en la causa y mantenimiento de las afecciones mentales (Acevedo & Vidal, 2019).

Relacionado con lo mencionado, la investigación sobre la esquizofrenia y desde el punto de vista psiquiátrico se consideraba la enfermedad mental más grave e inquietante. Un elemento primordial acerca del estudio de esta enfermedad, es la familia de los esquizofrénicos, ya que se descubre que ellos vivían en un ambiente inestable y de lucha. Después de años de investigación, se descubre un patrón definido como fractura conyugal, este patrón hace referencia a matrimonios caracterizados por relaciones conflictivas, es un patrón egoísta ya que en esa

relación cada uno busca satisfacer sus propias necesidades sin importarle las necesidades del otro (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por otro lado, existe un tipo de matrimonio oblicuo, en el cual cada uno tiene una patología definida, solamente uno de los miembros podrá ocupar el papel de figura dominante, dicho papel es aceptado por la pareja ya que satisface la necesidad de dependencia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

De acuerdo a lo que se ha expuesto acerca de la dinámica familiar, dentro del enfoque sistémico, surge el teórico Don Jackson quien indica la terapia familiar como una solución para el tratamiento de las enfermedades mentales. Indica de manera explícita que el problema es la familia y el rol del terapeuta es el de imposición de reglas, procurando una atmósfera expuesta (Bertrando & Toffanetti, 2004).

A continuación, se mencionan características importantes acerca de la terapia familiar expuesta por Jackson (Bertrando & Toffanetti, 2004):

- El terapeuta es claro y directo en la comunicación.
- Los mensajes importantes son comunicados sin explicaciones o aclaraciones.
- El terapeuta se anticipa ante la resistencia que se pudiera presentar.
- El terapeuta cumple un rol activo.
- El terapeuta no tienen preferencia por algún miembro de la familia.
- El terapeuta se enfoca en la forma y patrón de comunicación no al contenido.
- Con respecto al procedimiento, las sesiones serán grabadas para un adecuado análisis.

Finalmente, con respecto al enfoque sistémico y de manera muy concreta. La enfermedad mental es considerada como deficiencia en procesos que afectan la autonomía de la persona que se relacionan con:

-Exceso de autorreferencia se relaciona con una dificultad en el individuo de poder asimilar propiedades externas como el ambiente.

-Exceso de heteroreferencia en donde el ambiente ejerce un control importante en el individuo y puede influenciarlo en su toma de decisiones y determinación.

Esto quiere decir que cuando la autorreferencia y la heteroreferencia afectan al paciente y a su contexto familiar provocan una confusión en los individuos que sufren enfermedad mental y de igual manera afecta en cómo se relacionan con su familia y contexto inmediato (Miermont, 2014).

Modelo Cognitivo- Conductual

Es importante mencionar características de los modelos cognitivo y conductual por separado, se mencionan a continuación:

Modelo cognitivo: considera a la enfermedad mental como resultado de una representación distorsionada de la realidad. Es importante mencionar que utiliza términos amplios y difusos tales como; experiencias inusuales o anómalas para hacer referencia a la enfermedad mental (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

Modelo conductual: tiene como fundamento el condicionamiento operante y clásico. Considera a la enfermedad mental como un resultado del aprendizaje de hábitos inapropiados que pueden surgir en cualquier momento de la vida del individuo (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

Ahora haciendo referencia al modelo cognitivo – conductual postula que las cogniciones de los individuos cumplen un papel determinante ya que será la manera en la que las personas ven el mundo, así como las conductas, actitudes y síntomas, en específico características de la enfermedad mental. Por lo que se

puede mencionar que la enfermedad mental es consecuencia de una mala adaptación en la cognición y la conducta (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

El modelo cognitivo conductual se considera como un modelo empírico ya que toma evidencia de manera individual de cada paciente, integra dicha evidencia para poder brindar una intervención específica, con la finalidad de cambiar las distorsiones cognitivas hacia cogniciones adaptativas y positivas, adicional es un modelo colaborativo ya que el paciente debe de estar totalmente involucrado (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

Finalmente se ha demostrado que el modelo ha sido exitoso en la intervención de trastornos mentales desde estrés hasta efectos de la esquizofrenia (Torales, Barrios & Moreno, 2017).

La enfermedad mental es consecuencia de una mala adaptación en la cognición y la conducta, se relaciona con la influencia que ejerce la cultura a través de la socialización en diferentes contextos tales como; la familia, escuela y medios de comunicación. Por lo que es de suma importancia estudiar a la enfermedad mental así como la relación que tiene con las actitudes, se tomará como base para la presente investigación el modelo cognitivo- conductual. En el siguiente capítulo se va a abordar las actitudes desde sus antecedentes, conceptualizaciones, formación, función, principales teóricas y modelos psicológicos que las explican, finalmente su medición.

Capítulo II Actitudes

La importancia de estudiar las actitudes ha estado determinada por algunos elementos, tales como: que pueden fungir como un factor para poder predecir conductas, otro aspecto es que las actitudes pueden ser funciones psicológicas determinadas para cada persona debido a que crean la propia identidad y concepción de sí mismo, finalmente pueden ser la base para las relaciones sociales ya que mantienen y definen los grupos (Barra,1998).

1.1 Antecedentes de las actitudes

El concepto de actitud en la psicología social tiene sus inicios en la década de los años veinte. Sin embargo, se puede mencionar que dentro de la psicología ha tenido tres periodos determinantes.

El primero de ellos comienza en la década de los años veinte y treinta. Psicólogos destacados de la época tales como; Bogardus, Thurstone y Likert comienzan a realizar algunos aspectos de medición actitudinal los cuales siguen siendo vigentes (Barra,1998). Una de las primeras escalas que evaluaba la actitud fue la Escala de Distancia Social de Bogardus realizada en 1925. Se pretendía investigar la aceptación que se tenían a varios grupos raciales y religiosos en diversas habilidades (Aiken, 2003).

Thurstone y sus colegas a finales de la década de los 20 intentaron medir las actitudes mediante una escala de intervalo, estas escalas se elaboran recopilando enunciados tanto positivos como negativos hacia un tema dado. Thurstone y sus colegas crearon aproximadamente 30 escalas de actitud mediante el método de intervalo, las cuales en su mayoría cuentan con una confiabilidad de .80 (Aiken, 2003).

Rensis Likert creó uno de los procedimientos más populares, que es el escalamiento Likert ha sido muy popular debido a su sencillez y versatilidad. Dicho

procedimiento comienza con recopilación de una gran cantidad de ítems que expresen diversas actitudes tanto positivas como negativas hacia algún objeto o acontecimiento. El escalamiento Likert típicamente se expresa mediante 5 puntos que puede ir de muy de acuerdo a muy en desacuerdo (Aiken, 2003).

El segundo periodo data de la época de los años cincuenta y sesenta. Se considera un periodo importante debido a que el estudio de las actitudes pasa de ser estudiado como un fenómeno estático a uno dinámico (Barra,1998).

Como último y tercer periodo corresponde a la época de los ochenta y noventa. En este periodo el estudio de las actitudes se centra de manera más profunda ya que se interesa por el contenido, estructura y funcionamiento de las mismas (Barra,1998).

1.2 Concepto de actitudes

La actitud es un fenómeno que se puede observar debido a que cada ser humano usualmente genera una respuesta ante acontecimientos o símbolos. Se puede decir que los humanos no generan respuestas totalmente nuevas ante cada situación momentánea que se le presenta, esto se relaciona con lo que mencionó Solomon Asch en el año de 1955 en su teoría psicológica ya que afirmaba que el ser humano al encontrarse en sociedad elabora opiniones e intereses que generalmente perduran ante los acontecimientos sociales que se le presentan, este planteamiento es de suma importancia ya que se relaciona con la definición de actitud que han propuesto diversos autores (Campos, 1985).

El concepto de actitud es uno de los más antiguos, así como de los más controversiales, debido a que diversos autores han propuesto su definición. Una de las primeras definiciones fue propuesta por Thomas & Znaniecki, describen a la actitud como un estado de ánimo (Laca, 2005). Sin embargo, se puede decir que la actitud es entendida de manera general como el desarrollo empírico basado en

perspectivas teóricas y cómo estas pueden cambiar Zanna & Rempel (1988 en Cooper, Blackman & Keller, 2016) adicional se menciona que puede tratarse de una evaluación que resulta de información de índole cognitiva, conductual, afectiva o una combinación de las tres. Al realizar dicha evaluación se realiza al mismo tiempo un juicio en una posición negativa o positiva. Thurstone (1946 en Cooper, Blackman & Keller, 2016) mencionó que esos juicios son en contra o hacia el objeto, también esos juicios están basados desde una combinación de factores, por ejemplo: se puede tener una actitud tanto positiva como negativa hacia el mismo objeto.

Rosenberg, Hovland, Zimbardo & Ebbes (1970 en Cooper, Blackman & Keller, 2016) proponen que la cognición, el afecto y la conducta son los aspectos intrínsecos de las actitudes, en este punto de vista tripartita se menciona que las actitudes son una tendencia en los seres humanos a actuar por el camino que corresponda a sus creencias cognitivas y afectivas.

Para continuar con la definición de las actitudes se debe de tomar en cuenta algunos aspectos, tales como; la influencia que genera la actitud hacia los individuos, ya que puede estructurar los comportamientos y se debe tomar en cuenta que la actitud puede modificarse. William Isaac Thomas & Florian Znaniecki (1919 en Martínez, 2008) definen la actitud como un medio en el cual los individuos van a generar respuestas inmediatas o probables hacia su contexto social. También mencionan que las actitudes se componen por factores cognitivos que es la idealización de una actitud, los factores emocionales o juicios de valor y los conductuales los cuales hacen referencia a la manera de actuar.

Según Martínez (2008) se refiere a las actitudes como una circunstancia que hace que el sujeto se incline a ajustar su pensamiento al contexto, lo cual lo lleva a realizar evaluaciones tanto positivas como negativas que influye en sus intenciones y en su manera de actuar.

Otra definición de actitudes, la cual se tomará como base de la presente investigación refiere que las actitudes son una organización de creencias, sentimientos y conductas hacia un objeto. Las creencias usualmente se refieren a

opiniones. Los sentimientos comprenden desde sentimientos positivos hasta negativos, finalmente el aspecto conductual se refiere a los comportamientos demostrados de agrado o desagrado hacia algo en específico (Morris & Maisto, 1998).

1.3 Formación de actitudes

Se puede decir que a lo largo del tiempo el ser humano ha tenido cierta tendencia evaluativa. Regularmente prefiere situaciones que le provoquen placer en lugar de dolor. Cabe señalar que la mayoría de nuestras actitudes son a base de experiencias aprendidas, este aprendizaje puede desarrollarse debido a que el individuo entra en contacto con el objeto o debido al aprendizaje que es proveniente de otras fuentes, estas fuentes proporcionan una representación cognitiva del objeto que a su vez incluye información cognitiva, afectiva y conductual (Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado, 2007).

El ser humano busca formar actitudes que sean consistentes con eso que saben, sienten y experimentan. En algunos casos no siempre se tiene información consistente acerca de esos objetos por lo que se dejan guiar por argumentos en contra o favor de algún objeto, es importante mencionar algunos mecanismos beneficiosos los cuales serán mencionados a continuación:

- 1. Información unilateral:** los individuos buscan evitar inconsistencias en las opiniones relacionándose con otros individuos que tengan opiniones similares a las suyas. En caso de que se relacionen con nuevos individuos buscarán que la primera impresión prevalezca en futuras interacciones (Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado, 2007).
- 2. Ponderación de la información:** los individuos no le proporcionan el mismo peso a cada parte de la información cuando están generando una actitud, debido a esto pueden proporcionarle un peso más importante a los aspectos

afectivos, cognitivos o conductuales depende de la circunstancia (Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado, 2007).

- 3. Accesibilidad de la información:** la información que suele ser más accesible o aquella información que es perceptivamente sobresaliente ejerce un poder significativo en los juicios actitudinales (Morales, Moya, Gaviria & Cuadrado, 2007).

1.4 Función de las actitudes

Las actitudes cumplen una serie de funciones según Katz (1960 en Kimble, Hirt, Díaz, Harmon, Lucker & Zárate, 2002) Menciona que las actitudes cumplen 4 funciones: La primera hace referencia a maximizar los premios, minimizar los costes. La segunda es como protección en contra de conflictos internos del yo y evitar amenazas externas. La tercera para indicar el tipo de personas que se es y la última es para brindarle significado y orden a nuestro mundo.

Autores como Shavitt (1989; 1990 en Kimble, 2002), Han y Shavitt (1994 en Kimble, 2002), Shavitt, Lowrey y Han (1992 en Kimble, 2002) proponen otras funciones de las actitudes tales como: utilitaria, identidad social y preservación de la autoestima. Con respecto a la función utilitaria se relaciona con el ajuste debido a que las actitudes rigen en gran medida las decisiones que toman los seres humanos en la vida cotidiana indicando costo- beneficio. En cuanto a la identidad social se relaciona con el estatus o prestigio que tenga una persona dentro de la sociedad. Finalmente, la función de la preservación de la autoestima se relaciona con defender el yo con la finalidad de proteger la autoestima (Kimble, et al, 2002).

1.5 Teorías psicológicas que explican la actitud

Las teorías que explican la actitud postulan que las actitudes son conductas aprendidas y que las respuestas actitudinales se refieren a respuestas que fueron reforzadas mediante el condicionamiento clásico e instrumental. Por lo que a continuación se mencionan teorías referentes al condicionamiento (Ubillos, Paéz & Mayordomo, 2004).

- **Condicionamiento clásico de las actitudes:**

Se postula que un estímulo neutro no es capaz de explicar una respuesta, ya que esa asociación se establecerá cuando se someta de manera repetida a ese estímulo lo cual provocará una determinada respuesta.

Algunos autores afirman de manera concreta que la respuesta actitudinal se debe a una asociación entre el estímulo condicionado e incondicionado. Adicional cabe señalar que las actitudes pueden verse influenciadas por el contexto per se, siendo así que cuando estímulo y el contexto permanecen estables es posible que la actitud sea estable (Ubillos, Paéz & Mayordomo, 2004).

- **Condicionamiento instrumental de las actitudes:**

Se puede mencionar que los individuos cuentan con un repertorio de respuestas ante diversas situaciones por lo que dichas respuestas pueden ser reforzadas. Cuando dichas respuestas traen consigo consecuencias positivas es probable que sean replicadas por los individuos, en cambio cuando traen consigo alguna consecuencia negativa será probable que estas respuestas no sean replicadas.

Es necesario señalar que una manera de reforzar es mediante la verbalización, lo cual puede traer consigo un cambio de actitud en los sujetos, en ese sentido Cialdini & Insko (1969 en Ubillos, Mayordomo & Paéz, 2004) plantean que la verbalización tiene dos funciones: 1) presenta de manera específica la postura actitudinal del

entrevistador y 2) permite establecer una relación entre el entrevistador y el entrevistado.

- **Teoría de la consistencia afectiva, cognitiva de Rosenberg y Abelson**

De acuerdo a la teoría propuesta por Rosenberg y Abelson se concibe a la actitud desde un modelo tripartita:

Respuestas conductuales: se refiere al comportamiento que tiene un individuo con respecto a un objeto determinado.

Respuesta cognitiva: son las creencias o pensamientos ante un objeto.

Respuestas evaluativas: carga afectiva que está relacionada a un objeto.

Este modelo aporta al concepto de actitud, ya que lo enriquece desde una perspectiva evaluativa, debido a que no se puede evaluar un objeto sin antes conocerlo. El modelo anteriormente citado ha sido criticado debido a que da por hecho que existe relación entre actitud y conducta, lo cual no siempre sucede (Pacheco, 2002)

Cabe señalar que autores como Azjen y Fishbein (1980 en Pacheco, 2002) propusieron un modelo, el cual toma en cuenta solamente el aspecto evaluativo, esto sin dejar de tomar en cuenta el componente afectivo y actitudinal. Dentro de su modelo estos autores argumentan que el componente más importante para explicar la actitud es el componente evaluativo debido a que de este se deriva la conducta que tenga el individuo. Dicho modelo ha sido criticado debido a que no toma en cuenta el aspecto afectivo que acompaña al aspecto evaluativo de la actitud

- **La teoría del aprendizaje observacional de Albert Bandura**

Hace referencia a las actitudes y conductas que van adquiriendo las personas de acuerdo al entorno observado, es importante mencionar que estas conductas pueden no ser reforzadas y aún así ser aprendidas. El ser humano tiene la capacidad de imitar cualquier comportamiento observado a su alrededor, este efecto no es limitado por una cuestión de edad ya que desde niños hasta adultos están en constante estimulación en su contexto. En su teoría también se menciona que es preferible que los seres humanos repliquen o se rodeen de modelos positivos en lugar de rodearse con modelos negativos, siendo probable que algunas personas se relacionen con situaciones desagradables que les ocasionen alguna consecuencia negativa (Jara, Olivera & Yerrén, 2018).

Como se ha mencionado la teoría del aprendizaje relacionado con las actitudes, así como el cambio que surge en cada individuo. Se debe tomar en consideración las 3 dimensiones de las actitudes.

Bandura plantea componentes relacionados con el cambio de actitudes citado en (Quintanar, 2005)

Estrategia basada en las creencias: hace referencia a un cambio de actitudes por medio de la presentación de nueva información. Aquí interviene otras variables tales como:

Comunicante: poder de convencimiento y ocultación de intenciones de manipulación.

Comunicación: la manera en que se organizan los argumentos

1.6 Modelos psicológicos que explican la actitud

McGuire (1989 en Lamerias, 1997) señala que en las décadas de los ochenta y noventa se dio un auge por el estudio de las actitudes por lo cual se crearon algunos modelos explicativos de este fenómeno. A continuación, serán mencionados.

- **Modelo jerárquico**

Se basa en que la actitud al ser un constructo intangible e inaccesible a la observación es necesario que se recurra a las respuestas cuantificables de esa manera es posible observar las valoraciones realizadas por el sujeto desde lo afectivo, conductual y cognitivo (Lamerias,1997).

- **Modelo de cadena causal**

Se cuestiona acerca del modelo tripartito de las actitudes Fishbein & Ajzen (1975 en Lamerias, 1997) proponen un esquema teórico en el cual se consideran a los aspectos cognitivos y conductuales por separado debido a que las actitudes se rigen en función de las creencias.

- **Modelo socio cognitivo de Pratkanis**

Dicho modelo propuesto por Pratkanis en 1989, retoma a la actitud como un indicador valorativo simple que funciona como un proceso heurístico ya que codifica, organiza y estructura toda la información, un heurístico es una estrategia simple para darle solución a un problema, de tal modo; que las actitudes positivas se relacionan con una estrategia positiva mientras que las actitudes negativas denotan una estrategia negativa (Lamerias 1997).

- **Modelo de la acción razonada**

Este modelo es propuesto por Ajzen y Fishben el cual retoma a la actitud desde una postura unidimensional visto como un fenómeno afectivo pero también determinado por las creencias sobre el objeto. Este modelo menciona que la conducta está influenciada por la intención y las normas establecidas.

Cabe señalar que el individuo toma decisiones en función de los resultados y de las expectativas, tomando en cuenta la normatividad, así como las opiniones favorables y desfavorables de los demás individuos (Ubillos, Paéz & Mayordomo, 2004).

Relacionado con lo que se ha mencionado, para poder inferir lo que piensa una persona hacia un objeto es indispensable recabar dos tipos de información. La primer es la probabilidad subjetiva hace referencia al grado de probabilidad estimada de la creencia. El segundo tipo es la deseabilidad subjetiva hace referencia al grado en que alguien cree que las consecuencias derivadas de la creencia son positivas o negativas (Zubieta, 2014).

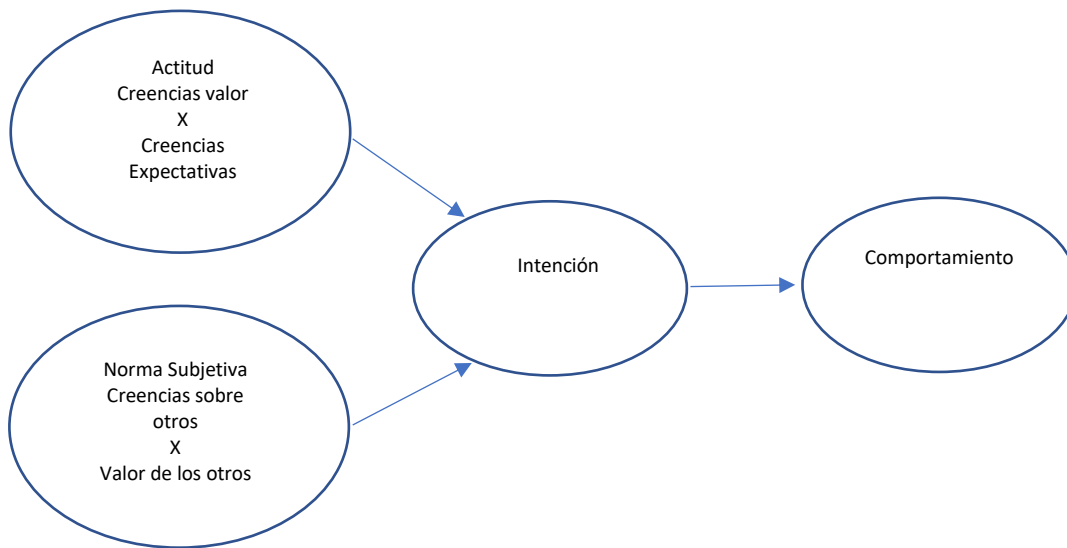


Figura 1. Representación de la Teoría de la Acción Razonada (Ubillos, Paéz & Mayordomo, 2004).

1.8 Medición de las actitudes

Las actitudes son un constructo que no son directamente observables, es mejor dicho una variable que se puede estudiar a través de las conductas o mediante las verbalizaciones de las personas. Un factor que puede dificultar el estudio de las actitudes es cuando el individuo percibe que está siendo estudiado puede llegar a modificar sus actitudes ante algún hecho (Álvarez & Almeida, 2008).

Sin embargo, a pesar de lo que se ha mencionado se ha logrado establecer una medición de las actitudes, estas pueden ser clasificadas en directas e indirectas.

En el caso de que sean directas el individuo sabe que su actitud está siendo evaluada. Respecto a las indirectas puede ser que el individuo esta consiente que está siendo evaluado, pero no sabe que lo que se está evaluando son sus actitudes (Álvarez & Almeida, 2008).

Como se ha mencionado la actitud es una tendencia evaluativa que implica dirección e intensidad, la dirección puede ser de carácter positivo o negativo y la intensidad se relaciona con la gradación. Dentro del carácter positivo o negativo es probable que el individuo caiga en un punto neutro, generalmente se debe a que el individuo no tiene una actitud bien formada (Zubieta, 2014).

En específico para la medición de las actitudes, se puede mencionar que se han desarrollado diversos instrumentos a partir de la teoría de un autor determinado Morales (2006). Como se mencionó al inicio del capítulo el escalamiento Likert ha sido mayormente utilizado en la creación de instrumentos de medición.

A lo largo del capítulo se mencionaron aspectos importantes de las actitudes, inicialmente que se conceptualizan como una organización de creencias, sentimientos y conductas hacia un objeto. Adicional, las actitudes pueden ser positivas, negativas o neutras. Se tomará como base para la presente investigación el modelo tripartita de las actitudes el cual las concibe desde el aspecto cognitivo, afectivo y conductual por lo tanto como parte central de la investigación es conocer cómo se relacionan las actitudes con la enfermedad mental, dicho lo anterior en el siguiente capítulo se va a abordar como se relaciona la actitud hacia la enfermedad mental.

Capítulo III. Actitud hacia la enfermedad mental

El estudio realizado por Esguerra (1996) menciona que las actitudes crean una predisposición para actuar ante el objeto, ya sea de manera positiva o negativa. Esta conducta está relacionada con los tres componentes actitudinales, aunque no siempre se logra una congruencia entre sí, esto quiere decir que no necesariamente si se tiene un pensamiento se actuará conforme a este. A su vez la presión y aceptación social desempeñan un papel de suma importancia al momento de tener una actitud.

Por consiguiente, la actitud ante la enfermedad mental es aprendida desde muy temprana edad, esto quiere decir que no surge de manera espontánea. De modo que en el contexto se enseña que existe una diferencia de comportamiento o de apariencia en personas “normales” y aquellas que padecen una enfermedad mental, comúnmente a estos se les llama “locos”, socialmente se tiene miedo y se evade al enfermo mental. Estas personas, los enfermos mentales son invisibles, por supuesto como se mencionó anteriormente se hace una distinción entre la “normalidad” y la “anormalidad” (Esguerra, 1996).

Adicional se puede mencionar que las prácticas supersticiosas han determinado durante muchos años la actitud hacia la enfermedad mental y los enfermos mentales. Durante la edad media los enfermos mentales eran venerados, así como figuras extrañas lo que pareciera una actitud más tolerante más que en la actualidad (Esguerra, 1996).

Por otro lado, cuando en el ámbito familiar un miembro de la familia padece alguna enfermedad mental, es común la presencia de una actitud ambivalente en la cual se tiene aceptación, aunque también se puede sentir miedo o rechazo al mismo. Estas actitudes tienen un sustento en la desinformación que existe ante la enfermedad mental (Esguerra, 1996).

De acuerdo a la teoría tripartita de las actitudes, se propone que el comportamiento está supeditado por alguna intención, la cual depende de las actitudes y se relacionan con las creencias en los individuos. Se puede mencionar que se tienen creencias acerca de la enfermedad mental estas creencias se ven influenciadas en gran medida por agentes de socialización (familia, escuela, trabajo y muy importante medios comunicación) en casos específicos se relaciona con lo aprendido en el entorno que suele ser el más cercano, la familia o de experiencias personales, que determinan de alguna manera las actitudes que tienen los individuos hacia la enfermedad mental, en algunos casos también determinan la relación de apoyo que puede existir entre el enfermo mental y el personal de salud (García, 2001).

Las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental están conformadas por el conocimiento personal acerca de la enfermedad mental, por los medios electrónicos, estereotipos culturales, por prácticas familiares y sociales.

Cuando las actitudes hacia la enfermedad mental son expresadas de manera positiva pueden emerger en conductas inclusivas y de apoyo hacia las personas con alguna enfermedad mental (Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015).

Derivado de lo que se ha mencionado acerca de las actitudes positivas hacia los enfermos mentales se puede mencionar la contraparte ya que cuando la sociedad muestra una actitud negativa hacia los enfermos mentales puede converger en conductas de evitación, exclusión en actividades de la vida cotidiana, sin embargo, en casos muy severos se pueden presentar conductas de explotación y de discriminación hacia los enfermos mentales.

1.1 La actitud del profesional de salud hacia el enfermo mental

En la práctica cotidiana del profesional de salud es cada vez más común que se encuentre con pacientes que requieren de atención en salud mental. Según el estudio realizado por Arrillaga, Sarasqueta, Ruíz & Sánchez (2004) mencionan que el 30% de casos detectados de necesidad de atención a la enfermedad mental se detectan con el profesional de atención primaria. Este primer acercamiento es crucial ya que, al ser el primer contacto entre el profesional y el enfermo, será la persona quién canalice al paciente a una entidad de especialización. Hay diversas cuestiones que influyen en el reconocimiento de la enfermedad mental. Por una parte, se encuentran las actitudes hacia el enfermo mental.

En esta investigación se pretende conocer cuáles son las actitudes hacia el enfermo mental. Se encontró que el 80% de los profesionales reflejaron una actitud favorable hacia el enfermo mental, así como una buena disposición para asistir a capacitación en materia de salud mental. En diversos estudios la actitud hacia el enfermo mental ha sido negativa, se han detectado algunas diferencias asociadas que corresponden a la clase social y el nivel de educación (Arrillaga, Sarasqueta, Ruíz & Sánchez, 2004).

Con respecto a la investigación realizada por Medina, Martínez, Morales & Gil (2018) busca conocer cuál es la actitud hacia el enfermo mental en estudiantes de las siguientes carreras universitarias; Psicología, Medicina, Derecho, Enfermería, Trabajo Social y Fisioterapia, es importante mencionar que el 73% de los estudiantes ha tenido contacto con personas enfermas mentales y el 27% no ha tenido contacto. A manera de conclusión se menciona que la actitud hacia las personas con trastorno mental es positiva, en concreto se puede decir que se perciben como personas menos peligrosas. Una distinción relevante es que estudiantes de carreras como Ciencias de la Salud y Jurídicas obtuvieron diferencias significativas, siendo la carrera de Jurídicas la carrera que obtuvo una actitud más negativa con respecto a la carrera de Ciencias de la Salud, esto puede ser debido a que son estudiantes que no conviven constantemente con personas

que padecen enfermedad mental. Se considera importante generar conciencia de la importancia que estos futuros profesionistas generen más empatía con las personas con esta condición ya que en su deber profesional es probable que se enfrenten con algunas situaciones de inserción al enfermo mental.

1.2 Escalas de Actitud hacia la enfermedad mental

La medición de las actitudes se ha facilitado mediante la creación de diversas escalas. Al realizar dicha evaluación la medición recae principalmente en la reacción que tienen las personas hacia algo en específico, se pueden relacionar con componentes tales como; opiniones, sentimientos o conductas, que corresponde a los tres elementos de las actitudes. Es importante mencionar que algunos instrumentos le dan mayor importancia a evaluar solamente un componente (Morales, 2006).

Por tal motivo es importante mencionar algunos instrumentos que han sido creados específicamente para la evaluación de las actitudes relacionadas con la enfermedad mental.

Escala de actitudes hacia trastorno mental

(Opinions about Mental Illness Scale-OMICC) dicha escala consta de 34 ítems que expresan actitudes tanto negativas, favorables y neutras con respecto al trastorno mental. Compuesta por una escala Likert de 5 elementos. El instrumento está dividido en 6 factores como: separación, estereotipos, restricciones, benevolencia, predicción pesimista y estigmatización. Con un coeficiente de confiabilidad total de la escala es Alpha de Cronbach $\alpha = 0.87$ (Álvarez & Almeida, 2008).

Escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI)

Cuestionario elaborado por Taylor & Dear (1981) basándose en la Escala de opiniones sobre la enfermedad mental (OMI). Evalúa las actitudes del público

general hacia los sujetos con un trastorno mental en cuatro dimensiones: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de salud mental. Cada subescala tiene diez ítems, con cinco afirmaciones en sentido positivo y cinco en sentido negativo, y un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas que van desde “totalmente de acuerdo” hasta “en total desacuerdo”. La consistencia interna del instrumento original muestra niveles aceptables para cada subescala con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.88$ para ideología de salud mental; $\alpha = 0.80$ para restricción social; $\alpha = 0.76$ para benevolencia; y $\alpha = 0.68$ para autoritarismo (Grandón, Saldivia, Cova, Bustos & Turra, 2013).

Estudio psicométrico de un cuestionario sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la salud mental: Cuestionario MAPSAM-14

Para la realización de dicho instrumento se tomó como base el instrumento realizado por Moreno, Bordallo & Sepúlveda (2018 en Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz & Sánchez, 2004) El instrumento está conformado por 46 ítems enfocado a distintas patologías que más prevalecen en el campo de la salud mental, dicho instrumento se compone de 3 dimensiones (relación, creencias, formación). Se realizaron algunas modificaciones quedando el instrumento finalmente con 14 ítems con una escala likert de 3 elementos. La fiabilidad de dicho instrumento dio un total de $\alpha = 0.672$ para la primera dimensión (relación); $\alpha = 0.502$ (creencias) y $\alpha = 0.625$.

Es importante mencionar la investigación de Rodríguez (1971) la cual se enfoca en conocer las actitudes hacia los enfermos mentales, se utilizó una escala tipo Likert. La muestra estuvo conformada por 20 personas de ambos sexos, dicha muestra se dividió de manera igualitaria, 10 personas con parientes enfermos mentales y la otra parte de la muestra estuvo conformada por 10 personas sin parientes enfermos mentales. La hipótesis de dicha investigación fue que habría una diferencia actitudinal en los dos grupos. El instrumento estaba conformado inicialmente por 50 ítems posteriormente se sometió a validez por jueces hasta que la versión final quedó en 25 ítems. Los hallazgos de dicha investigación revelan que se tienen

actitudes positivas cuando hay algún miembro con enfermedad mental en la familia el porcentaje fue de 80%. Con respecto al grupo que no tiene parientes con enfermedad mental el porcentaje de actitud positiva disminuyó y se obtuvo un porcentaje de 55%.

Otra investigación relevante con respecto a las actitudes hacia la enfermedad mental es la realizada por Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz & Sánchez (2004), dicha investigación tenía como objetivos principales: obtener la fiabilidad del instrumento de las actitudes hacia el enfermo mental, conocer la actitud hacia la psiquiatría, los centros de salud, la autopercepción de conocimientos y que tan probable era que las personas acudieran a tomar algunos cursos relacionados con la salud mental. El total de la muestra fue de 113 personas médicos y personal de enfermería, el 60% correspondía a médicos y el 70% de la población fueron mujeres, la media de edad fue de 45 años. Los resultados de esta investigación son muy interesantes ya que se encontró que el 80% de la muestra mostró una actitud favorable hacia los enfermos mentales, asimismo mostraron buena disposición para asistir a cursos en salud mental, no se encontraron diferencias entre los médicos y el personal de enfermería.

En esta investigación también se encontró como limitante escasez de escalas actualizadas que brinden apoyo a poder medir las actitudes hacia la enfermedad mental, por lo que se ha tenido que recurrir a la creación de una escala ítem por ítem lo cual podría afectar la validez.

Las conclusiones a las cuales llegan los autores son: que no hay una actitud negativa hacia el enfermo mental, falta información acerca del tema y que existe buena disposición para que el personal se capacite en el tema de salud mental.

Finalmente es sumamente relevante describir la Escala de Fernández, Torres & Carballal (1988) ya que de este instrumento se tomó como guía para poder realizar el instrumento que fue aplicado para la presente investigación.

Para la realización de la Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud se comenzó eligiendo la muestra de alumnos de las licenciaturas en Psicología, Farmacia, Medicina, Enfermería y Trabajo Social. Posteriormente para la selección de los ítems, se realizó la puntuación de las escalas que se pasaron a la totalidad de la muestra y ordenadas según la puntuación obtenida fueron tomados dos grupos que corresponden al 25 % superior e inferior de las puntuaciones, posteriormente se hallaron los valores de “t” para cada uno de los 60 ítems con los cuales estaba conformada la escala inicialmente para dejar 20 ítems que configurarán la escala final.

Con respecto a la validez y confiabilidad del instrumento se obtuvo a partir de una muestra de 115 alumnos. Para llevar a cabo el cálculo de la validez se tomó a un grupo de expertos y a un grupo de no expertos ya que no poseían tanta sensibilización al tema de estudio, la escala se aplicó a ambos grupos calculando la media de las puntuaciones obtenidas por cada grupo, resultando para el grupo “experto” de 56.4 y para el grupo de no “expertos” una media de 46.5. La diferencia de medias resultó altamente significativa en la prueba “t”, $t = 7.10$ para el presente estudio debía superar 1.97. Posterior a que se sometió a validez y fiabilidad la escala se procedió a administrar en grupos pequeños. La escala cuenta con cinco opciones de respuesta tipo Likert, dichas opciones tienen un puntaje que oscilan entre 0 (muy de acuerdo) y 4 (muy en desacuerdo). Debe tenerse en cuenta que a cada respuesta se le asignará de 0 a 4 puntos según su grado de desacuerdo o acuerdo

Cabe destacar que la Escala anteriormente descrita cuenta con aspectos sensibles debido a que no contempló el aspecto afectivo de las actitudes por lo que se tomó la determinación de realizar algunas modificaciones e integrar algunos ítems que intentarán reflejar el constructo ver Tabla 1.

Parte II. Metodología

1. Planteamiento del problema

Actualmente se comienza a brindar mayor atención a la salud mental a nivel mundial debido a que las personas que padecen o han padecido alguna enfermedad mental han ido en incremento. Los países desarrollados se han enfocado en atender dicha situación debido a que genera un alto costo económico. Sin embargo, en los países con bajos recursos, las técnicas de intervención se tornan cada vez menos clínicas y accesibles para los habitantes, por tal motivo en su mayoría los sistemas de salud se han enfocado en darle solución a otros padecimientos, no tomando en consideración que son cada vez más los habitantes que padecen alguna enfermedad mental. Según las estadísticas Estados Unidos es el país a nivel mundial con mayor prevalencia de enfermedades mentales, México se encuentra en el cuarto lugar después de Colombia y España. En México la atención a la enfermedad mental se brinda en el tercer nivel cuando debería de brindarse desde el primer nivel de atención. A México se le otorga en promedio solamente el 2% del total del presupuesto destinado a salud a la atención de la salud mental. Existen en promedio 1.4 psicólogos y 1.6 psiquiatras por cada 100,000 habitantes de la Ciudad de México. Otro dato es que el 30% del total de la población ha padecido o padecerá a lo largo de su vida alguna enfermedad mental (Carreño & Medina. 2018, diapositiva 13). Las estadísticas mencionan que las enfermedades mentales en México van en incremento, del total de la población en México se tiene que el 7% de las personas sufren depresión, 1.6% sufren de trastorno bipolar, 1% sufren esquizofrenia, 1% trastorno obsesivo compulsivo y 7% sufren de angustia y pánico (Senado de la República, 2019). Otro factor determinante relacionado al fenómeno de la enfermedad mental son las creencias que se tienen en la sociedad acerca del enfermo y de la enfermedad mental debido a que siguen vigentes los pensamientos mágicos - religiosos acerca del origen de las mismas, así como también el tratamiento hacia las enfermedades mentales (Osada & Arriola, 2009). Es necesario mencionar que, de manera adicional a los

pensamientos, se encuentra el estigma hacia las personas con alguna enfermedad mental y que puede expresarse en el trato diferencial que se da a los enfermos mentales, las personas sanas al realizar esta diferenciación pueden experimentar emociones como miedo, ansiedad y compasión hacia los enfermos mentales. Asimismo, la percepción y actitud que se tiene acerca de las personas enfermas, es que tienen dificultad para controlar sus conductas, pueden ser agresivos, violentos y hasta peligrosos, que difícilmente podrán encontrar una cura a la enfermedad que padecen; además de mostrar rechazo hacia ellos. Esta forma de visualizar al enfermo mental traer consecuencias negativas, debido a que puede provocar al enfermo desmoralización y vergüenza, en algunos casos se presenta una agudización de los síntomas pudiendo incrementar la probabilidad de suicidio y de aislamiento social (Loubat, Lobos, Carrasco, 2017).

De acuerdo a lo que se ha mencionado es innegable qué aunque se está tratando de dar atención a la salud mental, aún existe descuido en el tema, esto se debe principalmente a la escasez de recursos económicos y humanos, así como la priorización de atención hacia otros padecimientos, principalmente físicos. En México se tiene una grave pérdida económica y social, para brindar atención oportuna y de calidad en todas las instituciones de salud públicas desde las diferentes ramas de la salud mental como la psiquiatría y la psicología, ambas se han preocupado por comprender el origen y la manera de intervenir (Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015).

Aunado a lo anterior, hay que visualizar que, en el contexto social, aún en pleno siglo XXI, se continúa viviendo discriminación, estigma y prejuicio hacia la enfermedad y el enfermo mental, que se manifiestan en actitudes que se tienen hacia este tipo de enfermos. Las actitudes cumplen un papel determinante debido a que establecen la manera en la que las personas asimilan la información, específicamente sobre las enfermedades mentales (Hernández, 2009). Así como los sentimientos y comportamientos que manifiestan hacia estas personas. Por lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de investigación:

¿Qué actitud hacia la enfermedad mental manifiestan una muestra de personas habitantes de la CDMX?

2. Objetivos de la investigación

Objetivo general: Describir qué actitudes muestran hacia la enfermedad mental personas habitantes de la CDMX.

Objetivo específico: Identificar cuál de los componentes de las actitudes: cognitivo, afectivo o conductual hacia la enfermedad mental predomina en las personas habitantes de la CDMX.

3. Variables atributivas

V1: Muestra de habitantes de la Ciudad de México

Definición conceptual: el habitante se refiere a las personas que residan en la Ciudad de México (Constitución Política de la Ciudad de México, 2017).

Definición operacional: Indicar en la ficha de datos sociodemográficos, en el apartado de lugar de residencia, que habita o vive en la Ciudad de México.

V2: Actitudes hacia la enfermedad mental

Definición conceptual:

La actitud hacia la enfermedad mental hace referencia a una evaluación en favor o en contra de las personas que presentan algún tipo de enfermedad mental (Hernández, 2009). Las actitudes hacia la enfermedad mental están conformadas

por aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, puede ser adquirido a través de los medios de comunicación, estereotipos culturales, por prácticas familiares y sociales (Mascayano, Lips, Mena & Manchego en 2015).

-Cognitivo: hace referencia a la información que posee el individuo acerca de la enfermedad mental, esto es expresado mediante ideas, opiniones y creencias, con base en esto el individuo va a tomar cierta actitud, la manera en la que el individuo va a reaccionar se relaciona estrechamente con este componente (Martínez, 2008).

-Afectivo: este componente se relaciona con la carga afectiva que el individuo tiene hacia algo Cialdini & Insko (1969 en Ubillos, Mayordomo & Paéz, 2004). En específico se vincula con las emociones y sentimientos hacia el enfermo mental, lo cual puede generar una actitud de aceptación o rechazo (Martínez, 2008).

-Conductual: se expresa en la conducta observable de un individuo, se refiere a mantener distanciamiento social y/o acciones de rechazo hacia el enfermo mental (Martínez, 2008).

Definición operacional: Son las respuestas emitidas en el instrumento de las actitudes hacia la enfermedad mental expresadas en las tres dimensiones (afectivo, cognitivo y conductual).

4. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

Es una investigación de tipo exploratoria, se utilizó un diseño de investigación no experimental de tipo descriptivo.

5. Participantes

La muestra estuvo conformada por 215 hombres y mujeres que participaron de forma voluntaria, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico. La edad de los participantes se encontraba entre 15 y 55 años, 63% eran mujeres y 37% hombres, 66% de los participantes contaba con estudios de licenciatura y el 90% eran solteros.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser habitante de la CDMX.
- Ser mayor de 15 años de edad.

Los criterios de exclusión fueron:

- No ser habitante de la CDMX.
- Ser menor de 15 años de edad.

6. Instrumento

La información fue recolectada con los siguientes instrumentos:

- A. Ficha de datos sociodemográficos.

Se integró al formato del instrumento una ficha de datos sociodemográficos conformada por los siguientes apartados: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral, religión, si habita en la CDMX (Ver anexo 2).

B. Escala de actitud hacia la enfermedad mental.

Se retomó la Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud, elaborada en España por Fernández, Torres & Carballal (1988); es una escala tipo Likert con 20 reactivos (afirmaciones) con opciones de respuesta que van de muy de acuerdo 0 a muy en desacuerdo 4. La población con la cual se llevó a cabo la fiabilidad del estudio estuvo conformada por 115 alumnos inscritos en la carrera de Psicología. El cálculo de fiabilidad de la escala fue hallado a partir de la fórmula de Roulon mitades paralelas, el instrumento obtuvo una fiabilidad de .087 (Ver anexo 1)

Para realizar la validez de dicho instrumento se sometió a un grupo de expertos y a otro grupo de personas no expertas ni sensibles al tema, pertenecientes a licenciaturas de: Física, Química y Matemáticas. El primer grupo experto obtuvo una media en las puntuaciones de: 56,4, el segundo grupo obtuvo una media de: 46, 508, siendo de esta manera una diferencia significativa en las medias obtenidas por la prueba "t", obteniendo una $t= 7.110$ por lo que se considera que el instrumento es válido y confiable. Después de este proceso de validez el instrumento quedó en su versión final integrado por 20 reactivos, 10 afirmaciones enfocadas a la actitud negativa hacia la enfermedad mental y 10 afirmaciones enfocadas a la actitud positiva hacia la enfermedad mental (Ver anexo 1).

Previo a la aplicación en la muestra mexicana se revisó la redacción, se corroboró la direccionalidad de los reactivos y se identificó que algunos reactivos contenían palabras que no se utilizan en el lenguaje cotidiano, por lo que se modificaron sin alterar el significado, los cambios pueden apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1

Modificación de reactivos por dimensiones

Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud	Aspectos modificados	Escala de medición de actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX	Dimensión
En mi futuro profesional preferiría no tratar a enfermos mentales	Se realizó modificación en la redacción del ítem	En el futuro preferiría no trabajar/ convivir con enfermos mentales.	
No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitase un enfermo mental	Se realizó modificación en la redacción del ítem	No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitará un enfermo mental.	
No debiera aconsejarse que los enfermos mentales estuviesen en contacto con personas normales , ya que, debido a su propia dolencia, saldrían perjudicados	Corresponde a la pregunta 3 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	NO debería aconsejarse que los enfermos mentales estuvieran en contacto con personas “normales” .	Cognitiva
Aunque supiera que padece una enfermedad mental, confiaría mis problemas a un amigo	Corresponde a la pregunta 17 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas.	
Todo enfermo mental debiera tener derecho, como cualquier persona, a un trabajo remunerado	Corresponde a la pregunta 8 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado	

No **debiera dejar matricularse en la** Universidad a personas que **padeciesen enfermedades mentales**, ya que ocupan **el puesto** de otras más capacitadas

Corresponde a la pregunta 18 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

NO deberían **de inscribirse** a la universidad personas **con enfermedad mental** debido a que ocupan un **lugar** que podrían aprovechar

No iría de viaje con una persona que **padeciese una** enfermedad mental

Corresponde a la pregunta 14 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

No iría de viaje con una persona **sabiendo** que padece alguna enfermedad mental.

A los "**locos**", en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico

Corresponde a la pregunta 5 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

A los **enfermos mentales** en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico.

Cognitiva

No **sería de mi agrado** que un enfermo mental **se afiliase** a una organización a la que pertenezco

Corresponde a la pregunta 7 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

NO **me agradaría** que un enfermo mental **perteneciera** a una institución a la cual pertenezco.

Convendría que en toda **comunidad se conociese** bien qué **individuos están "locos"**, para estar prevenidos hacia ellos

Corresponde a la pregunta 9 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

Sería conveniente que en la **sociedad se conociera** bien que **personas padecen alguna enfermedad** mental, para **así** poder estar prevenido hacia ellos.

Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud	Aspectos modificados	Escala de medición de actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX	Dimensión
En los manicomios debiera permitirse a los internados la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.	Corresponde a la pregunta 10 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.	Conductual
Invitaría a pasar unos días en mi casa a un amigo aunque supiera que padece una enfermedad mental	Corresponde a la pregunta 13 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	
Si estuviese ingresado en un hospital general, no tendría inconveniente en compartir habitación con un enfermo mental	Corresponde a la pregunta 4 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental.	
No rehusaría alquilar un piso aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental	Corresponde a la pregunta 11 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	NO rechazaría rentar una vivienda , aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.	
No confiaría dinero a cargo de un enfermo mental	Corresponde a la pregunta 20 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem	NO le confiaría mi dinero a un enfermo mental.	

No pondría un negocio con una persona que tuviera **una** enfermedad mental

Corresponde a la pregunta 16 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

NO pondría un negocio con una persona que tuviera **alguna** enfermedad mental.

No aceptaría **de buen grado** compartir **mesa en un comedor público** con un enfermo mental

Corresponde a la pregunta 12 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

NO aceptaría compartir **algún espacio público** (ej. cafetería, cine, centro comercial) con un enfermo mental.

Conductual

Dejaría **quedar** solo en mi casa **a un conocido aun sabiendo** que padece **un trastorno mental**

Corresponde a la pregunta 19 de la escala original, se realizó modificación en la redacción del ítem

Dejaría que **se quedará** solo en mi casa **un conocido** que padece **alguna enfermedad mental**

Tabla 2

Reactivos realizados para la dimensión afectiva

Escala de medición de actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

Sentiría miedo si en la calle se me acerca un enfermo mental.

Si un enfermo mental me agrede, sentiría enojo sin embargo no haría nada debido a su condición.

Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental.

Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil.

Sentiría el mismo cariño por mi pareja aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.

Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental.

Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental.

Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.

Ver que un enfermo mental necesita ayuda me haría sentir empático (a).

Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental

La “Escala de actitudes hacia la enfermedad mental” quedó conformado con 10 reactivos para cada una de las dimensiones (cognitivo, afectivo y conductual), se solicitó a expertos en el tema que valoraran los ítems de la dimensión afectiva y la modificación de los ítems previos. Así mismo se modificó la escala de respuesta tipo Likert que va de totalmente en desacuerdo 1 a totalmente de acuerdo 5.

Por las modificaciones que se realizaron a la escala, se sometió a un proceso de validez y confiabilidad (ver apartado de resultados).

7. Procedimiento

Para la aplicación del instrumento de 20 reactivos que corresponde la versión adaptada española se creó un formulario desde la plataforma de Google, que se distribuyó en los grupos públicos y privados de Facebook y WhatsApp solicitando a los participantes se compartiera a otros grupos. La condición que se estableció para responder el formulario fue ser habitante de la CDMX mayor de 15 años. Se indicó que no había tiempo límite, que toda la información era confidencial y con fines de investigación, que no había respuestas correctas o incorrectas. Posteriormente, la muestra participó de manera voluntaria, no remunerada, anónima y confidencial. Al terminar de responder, se agradeció por su participación. Finalmente se realizó la confiabilidad de la versión adaptada española.

8. Análisis de Datos

Las respuestas obtenidas de la aplicación del formulario se almacenaron en una hoja de cálculo de la plataforma Google, posteriormente se exportaron a una base de datos del programa estadístico SPSS en su versión 25 para Windows.

Posteriormente se realizaron los siguientes análisis

1. Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos
2. Evaluación psicométrica de la escala

3. Análisis de media de los resultados para conocer la actitud hacia la enfermedad mental

Parte III. Resultados

Los datos se sometieron a análisis mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 25. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, en segundo lugar, se realizó el análisis para la validación psicométrica del instrumento y por último se aplicó un análisis de media para identificar la actitud de los habitantes de la CDMX hacia la enfermedad mental

1. Estadísticos descriptivos

Se trabajó con una muestra no probabilística compuesta por 215 participantes, 80 hombres y 135 mujeres de la Ciudad de México. El rango de edad fue de 15 a 55 años. Con respecto al estado civil 195 personas indicaron estar solteros. Respecto a la escolaridad 143 personas indicaron tener estudios licenciatura. Finalmente, en cuanto a religión 70 personas mencionaron no practicar ninguna religión (ver tabla 3).

Tabla 3

Datos sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	80	62.8
Mujer	135	37.2
Total	215	100.0
Edad		
15-25 años	195	90.6

Actitud hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

	26-36 años	15	7.1
	37- 47 años	1	.5
	48-55 años	2	1
	Total	213	99.2
Estado civil			
	Soltero	195	90.7
	Casado	20	9.3
	Total	215	100.0
Escolaridad			
	Secundaria	4	1.9
	Carrera técnica	11	5.1
	Preparatoria	51	23.7
	Universidad	143	66.5
	Posgrado	6	2.8
	Total	215	100.0
Religión			
	Católico	58	
	Protestante	1	
	No practican	70	
	Otra religión	15	
	Total	215	100.0

2. Análisis psicométrico

El análisis psicométrico de la presente investigación se llevó a cabo tomando como guía el estudio de Reyes & García (2008).

- a. Análisis de frecuencias para cada uno de los reactivos de la escala de actitud hacia enfermos mentales en personas habitantes de la CDMX, solicitando media y desviación estándar, con la finalidad de verificar que ningún valor estuviera fuera del rango de respuesta, se indicaron los valores perdidos.

- b. Análisis de discriminación de reactivos: después de que se determinó que la base de datos se encontraba libre de errores, se obtuvo una variable equivalente al resultado de la suma de cada uno de los reactivos de la escala, para posteriormente obtener los valores del percentil 25 y 75. A partir de los valores obtenidos se creó una variable dicotómica basada en los cuartiles extremos de la suma de los reactivos. Obtenida dicha variable se utilizó como variable de agrupación para realizar la prueba t de student, consiguiendo los resultados presentados en la tabla 4. en esta fase solo se conservan los reactivos que tienen un nivel de significancia menor o igual a 0.05

Tabla 4

Análisis de Discriminación de reactivos

Ítem	t	gl	Sig. (bilateral)
NO tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitará un enfermo mental.	-7.696	73.145	.000
Si un enfermo mental me agrede, sentiría enojo sin embargo no haría nada debido a su condición.	-3.968	95.727	.000
En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.	-2.935	95.697	.004
NO tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	-4.970	82.112	.000
Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental.	-3.792	86.285	.000
Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas.	-6.879	86.636	.000
Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	-9.407	72.574	.000
Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental.	-10.259	72.832	.000
Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado.	-4.787	87.109	.000
NO rechazaría rentar una vivienda, aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.	-5.991	67.001	.000
Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil.	-9.929	88.614	.000

Actitud hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

Sentiría el mismo cariño por mi pareja aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	-5.996	67.993	.000
Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental.	-5.148	89.091	.000
Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental.	-4.374	62.467	.000
Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	-4.482	88.554	.000
Dejaría que se quedara solo en mi casa un conocido que padece alguna enfermedad mental.	-3.894	95.912	.000
Ver que un enfermo mental necesita ayuda me haría sentir empático (a)	-7.244	95.754	.000
Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental	-3.941	88.647	.000

- c. Confiabilidad: Con todos y cada uno de los reactivos que obtuvieron puntajes aprobatorios en los análisis previos, se realiza una prueba de confiabilidad mediante la fórmula de Alfa de Cronbach, donde se revisan valores de correlación de cada reactivo con el total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación estadístico de confiabilidad al eliminar el reactivo, obteniendo así un valor Alfa de Cronbach de $\alpha = .84$ (Ver la tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos de correlación y eliminación de elemento de Alfa de Cronbach

Ítem	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
En el futuro preferiría no trabajar/ convivir con enfermos mentales.	-0.83	.250	.841
No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitará un enfermo mental.	.554	.440	.808
Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales.	.240	.337	.825
Si un enfermo mental me agrede, sentiría enojo sin embargo no haría nada debido a su condición.	.130	.118	.830
En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.	.252	.308	.823

Actitud hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

NO tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	.525	.486	.809
Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental.	.331	.402	.819
Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas.	.680	.644	.800
Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	.769	.782	.796
Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental.	.710	.649	.800
Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado.	.504	.450	.811
NO rechazaría rentar una vivienda, aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.	.526	.559	.810
Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil.	.320	.283	.820
Sentiría el mismo cariño por mi pareja aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	.531	.411	.809
Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental.	.437	.584	.815

Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental.	.421	.582	.817
Sería conveniente que en la sociedad se conociera bien que personas padecen alguna enfermedad mental, para así poder estar prevenido hacia ellos.	-.100	.251	.840
Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.	.400	.459	.816
Ver que un enfermo mental necesita ayuda me haría sentir empático (a).	.365	.314	.817
NO aceptaría compartir algún espacio público (ej. cafetería, cine, centro comercial) con un enfermo mental.	.502	.426	.811
Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental	.349	.382	.818

3. Análisis factorial: Para identificar si era pertinente realizar un análisis factorial con los datos de la escala se realizó una prueba de adecuación de la muestra mediante el índice Kaiser- Meyer- Olkin (KMO), obteniéndose un valor de .845 ($\geq .05$) lo cual se considera aceptable. Por otro lado la prueba de esfericidad de Barlett debe de presentar un valor de 0.05. Los valores obtenidos fueron una χ^2 de 1595.811 a un nivel de significancia de .000 ($p \leq 0.001$), por lo tanto, existe dependencia y factores comunes. Como los resultados confirman y justifican el análisis factorial, se realizó una extracción de componentes principales y con rotación Varimax. Se tomó la decisión de establecer el 0.5 como el peso factorial mínimo para evitar varianza compartida de reactivos. Los reactivos que se apegaron al criterio

anterior se agruparon en 3 factores que explican el 50.739% de varianza total.

Fiabilidad de la escala final: A través del Alpha de Cronbach se realizó la confiabilidad de cada uno de los factores que conforman la escala. El factor conductual obtuvo un índice de $\alpha=.866$, lo cual quiere decir que se obtuvo una confiabilidad significativa y positiva. El factor afectivo obtuvo un índice de $\alpha=.761$ que fue significativo y positivo. El factor cognitivo obtuvo un índice de $\alpha=.453$ lo cual significa que obtuvo una confiabilidad poco significativa y positiva. En tanto que el análisis de consistencia interna para la escala total arrojó un valor de $\alpha=.830$ (ver tabla 6). La escala final quedó conformada por 20 reactivos ver anexo 4.

Tabla 6

Agrupación de ítems en 3 componentes rotados con su respectivo índice de confiabilidad

	Factor conductual	Factor afectivo	Factor cognitivo
Alfa de Cronbach	$\alpha=.866$	$\alpha=.761$	$\alpha=.453$
Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental			(.765)
Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas			(.732)
No tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental			(.717)

Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado	(.679)	
Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental	(.669)	
NO rechazaría rentar una vivienda aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental	(.593)	
Dejaría que se quedara solo en mi casa un conocido que padece alguna enfermedad mental	(.549)	
En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que existe en los hospitales generales	(.548)	
Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental		(.790)
Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental		(.756)
Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental		(.711)

Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental	(.693)
Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental	(.639)
Ver que un enfermo mental necesita ayudar me haría sentir empático	(.664)
Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil	(.646)
No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitara un enfermo mental	(.537)

4. Actitudes hacia la enfermedad mental

Para conocer las actitudes de la muestra hacia la enfermedad mental se realizó un análisis de medias de las puntuaciones de cada ítem, posteriormente se obtuvieron las medias de las actitudes, finalmente se utilizó un criterio para agrupar dichas medias siendo de 1-2 actitud moderadamente y muy negativa, de 3-4 actitud moderadamente y muy positiva. Con respecto a los resultados obtenidos se puede mencionar que predomina la actitud positiva (ver tabla 6).

Tabla 6

Resultados correspondientes a las actitudes negativas y positivas

Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Actitud muy negativa	1	.5
Actitud moderadamente negativa	29	14
Actitud moderadamente positiva	92	43
Actitud muy positiva	93	43
Total	215	100

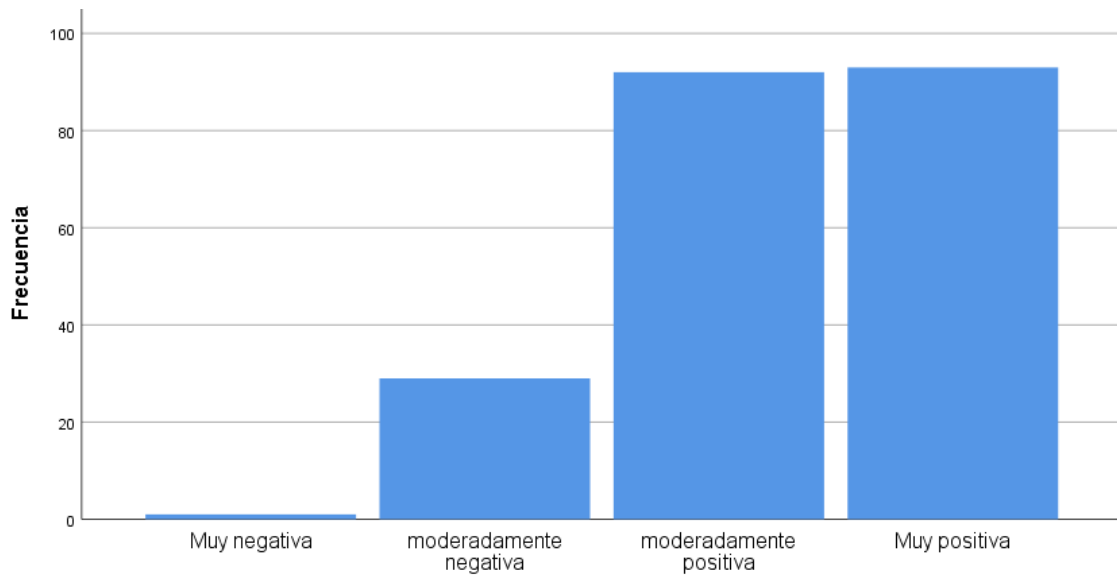


Figura 2. Actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

Posteriormente se realizó un ejercicio de cruce de variables para poder obtener como se relacionan las actitudes con la variable de sexo, como se puede apreciar en la figura 3 predomina una actitud moderadamente y muy positiva en mujeres con respecto a los hombres.

Tabla 7

Resultados correspondientes a las actitudes negativas y positivas por sexo

Actitudes	Frecuencia mujeres	Frecuencia hombres
Actitud muy negativa	0	1
Actitud moderadamente negativa	21	8
Actitud moderadamente positiva	53	39
Actitud muy positiva	61	32
Total	135	80

Actitud hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX

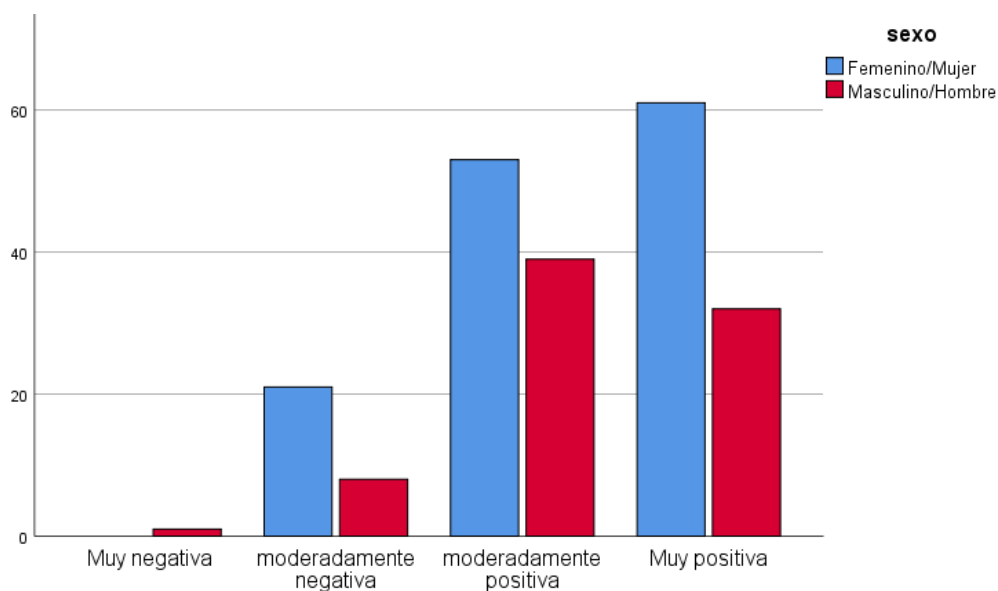


Figura 3. Actitudes hacia la enfermedad mental por sexo

En la figura 4 se puede apreciar que existe una actitud muy y moderadamente positiva en personas solteras, separadas o divorciadas.

Tabla 8

Resultados correspondientes a las actitudes negativas y positivas por sexo

Actitudes	Frecuencia casados / unión libre	Frecuencia soltero / separada / divorciado
Actitud muy negativa	0	1
Actitud moderadamente negativa	5	24
Actitud moderadamente positiva	6	86
Actitud muy positiva	9	84
Total	20	195

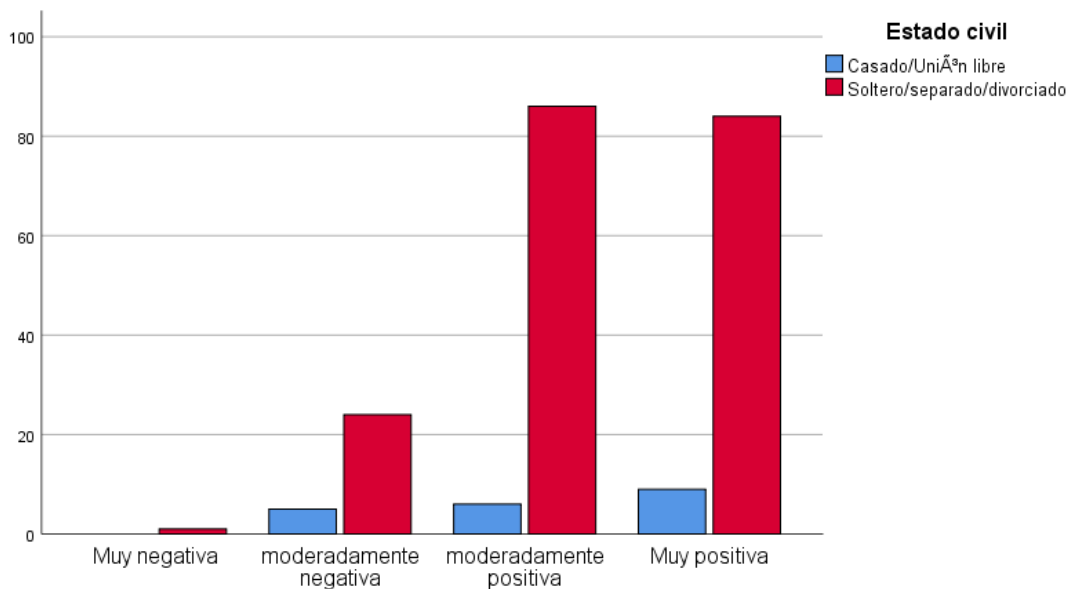


Figura 4. Actitudes hacia la enfermedad mental por estado civil

Parte IV. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue conocer las actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX, sin embargo, también se logró el objetivo de poder crear la escala de actitudes hacia la enfermedad mental en habitantes de la CDMX, dicha escala conformada por 20 reactivos, es válida y confiable para evaluar las actitudes, obtuvo un Alfa de Cronbach global de $\alpha=.830$ (ver anexo 4). La escala obtuvo una confiabilidad significativa y positiva en los factores conductual con un índice de $\alpha=.866$, el factor afectivo obtuvo un índice de $\alpha=.761$. El factor cognitivo obtuvo un índice de $\alpha=.453$ lo cual significa que obtuvo una confiabilidad poco significativa y positiva.

La enfermedad mental es considerada como una alteración que se relaciona con la cuestión cognitiva, emocional y conductual, dicha alteración impacta en la manera en la que las personas se adaptan al ámbito social y cultural. La enfermedad mental trae consigo complicaciones en la vida de las personas en especial una dificultad para que puedan desempeñar una vida como los demás individuos (Padilla & Ramos, 2018).

Fuentes (2013) retoma los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual se menciona que los problemas de salud mental más frecuentes en nuestro país son: ansiedad con un 14.3% de prevalencia (esto lo han presentado las personas alguna vez en su vida), 9.2% corresponde al uso de sustancias, el 9.1% corresponde a los trastornos afectivos y el episodio depresivo con un 3.3% en la población nacional. Datos estadísticos más recientes del año 2018 arrojan que el panorama no ha mejorado con respecto a otros años ya que un 18% de la población en un rango de edades de los 15 a 64 años ha sufrido algún trastorno como: ansiedad, depresión, fobia. Adicional hay en promedio 3 millones de personas que son adictas a alguna sustancia nociva como el alcohol y cigarro, otro porcentaje de la población son adictos a sustancias psicotrópicas (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión, 2018).

Cuando las actitudes hacia la enfermedad mental son expresadas de manera positiva pueden emerger en conductas inclusivas y de apoyo hacia las personas con alguna enfermedad mental (Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015).

Derivado de lo que se ha mencionado acerca de las actitudes positivas hacia los enfermos mentales se puede mencionar la contraparte ya que cuando la sociedad muestra una actitud negativa hacia los enfermos mentales puede converger en conductas de evitación, exclusión en actividades de la vida cotidiana, sin embargo, en casos muy severos se pueden presentar conductas de explotación y de discriminación hacia los enfermos mentales

Es importante mencionar que en Latinoamérica en específico México existen investigaciones limitadas en torno a las actitudes hacia la enfermedad mental, a continuación, se mencionaran investigaciones relevantes relacionadas con los resultados obtenidos.

De acuerdo a la literatura y a los resultados obtenidos de la presente investigación se puede mencionar que la población que respondieron el instrumento, más del 50% tiene una actitud positiva ante la enfermedad mental, esto se puede relacionar a que la edad de la población se encontraba en un rango de 15 a 25 años y más del 50% eran personas con una escolaridad de nivel superior, dicho hallazgo se apoya con la investigación realizada por García, De las Cuevas, González de Rivera & Henry (1990) ya que en la muestra estudiada fueron médicos con pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Canarias se obtuvo una actitud positiva ante la Psiquiatría y en el enfermo mental.

Estos resultados mencionan que puede deberse a cuestiones multifactoriales y como posible sugerencia se encuentra que los médicos puedan convivir con médicos psiquiatras para que puedan sensibilizarlos, de esta manera los médicos con una actitud negativa puedan volverse más sensibles hacia la situación que deben enfrentar las personas con enfermedad mental (García, De las Cuevas, González de Rivera & Henry, 1990).

La investigación de Gilaberte, Failde, Salázar y Caballero (2012) resulta relevante debido a que aborda la actitud de alumnos de medicina hacia la salud mental. Como objetivo se tiene conocer la asociación entre la actitud hacia la enfermedad mental y la actitud hacia la psiquiatría. Los autores mencionan que el instrumento se ha aplicado a población en general.

Adicional a lo que se ha mencionado y relacionado con los hallazgos encontrados como finalidad de la presente investigación aborda un punto importante el cual hace referencia a que el estigma se relaciona directamente con la educación que tienen las personas, ya que al tener poca información o que sea errónea es probable que se produzca una actitud negativa hacia el individuo. Mientras mayor sea el grado de estudios es probable que exista una mayor empatía hacia los enfermos mentales y una disminución en el estigma hacia dichas personas. De acuerdo a datos arrojados por el INEGI en el año 2020 el promedio de escolaridad en habitantes de la CDMX es de 12 años, esto quiere decir que llegan a escolaridad media superior.

Como se ha mencionado anteriormente las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental están conformadas por el conocimiento personal acerca de la enfermedad mental, por los medios electrónicos, estereotipos culturales, por prácticas familiares y sociales. Finalmente perciben a la enfermedad mental como una consecuencia de la cultura, no como algo negativo ya que el enfermo mental es considerado como una persona que puede recuperarse e insertarse en el mundo social.

Parte V. Conclusión

La enfermedad mental es un aspecto que trae consigo muchas afectaciones desde lo individual hasta el ámbito social y político de un país, provocando estigma y desigualdad. Como se ha mencionado en la presente investigación, el mejoramiento de la calidad de vida en los individuos ha traído consigo múltiples beneficios como lo son el aumento en la esperanza de vida, acceso a mejores oportunidades para el desarrollo humano, pero al mismo tiempo un ritmo de vida sumamente acelerado, el fácil acceso a todo tipo de información por el internet y redes sociales, así como el consumo de sustancias nocivas para la salud, el estar permeados en un entorno violento trae consigo también un incremento en la prevalencia de enfermedades mentales en la población a nivel mundial. México es uno de los países que ha presentado un incremento considerable en personas que padecen o han padecido alguna enfermedad, es preocupante saber que el sistema de salud pública no cuenta con todo el recurso humano para poder cubrir la necesidad de la población, otro problema fuerte que se puede observar es que aún con toda la información que se tiene al alcance de la población ya sea por medios formales o informales se tiene la creencia de que si una persona acude al psicólogo o psiquiatra es porque está “loco”, que una de las mejores alternativas es asistir con personas que no cuentan con la formación profesional ni personal para atender pacientes, otra solución es contarle tus problemas a un amigo o a tu familia, que a veces ese sentimiento se va a pasar solo, en fin hay infinidad de creencias que tienen los mexicanos acerca de la enfermedad y del enfermo mental. Al realizar la presente investigación fue difícil encontrar algún instrumento o literatura reciente que aborde la problemática que presenta el país con respecto al estudio de la enfermedad mental es por eso que se espera que este trabajo pueda representar un aporte y genere en futuras generaciones de profesionales orientados a la salud la curiosidad por generar más investigaciones acerca las actitudes hacia la enfermedad mental, pero sobre todo de qué manera se podría intervenir para generar en la sociedad mexicana una conciencia de la higiene mental, eliminando

poco a poco el estigma que se tiene aún hacia estos temas y que más que ver a las personas con una condición mental verlos como humanos.

Además, lo que se pretende con la presente investigación es poder brindar un instrumento para futuros investigadores que quieran enfocarse en evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental en población mexicana específicamente. Es un instrumento que puede beneficiar al enfermo mental ya que los resultados obtenidos podrán brindar un panorama del contexto actual en CDMX y para futuras investigaciones tomarlo como una base de la cual partir. Finalmente, como se pudo mencionar en el apartado de resultados valdría la pena ampliar la dimensión afectiva del instrumento ya que posterior al análisis factorial la dimensión quedó con solo 4 reactivos (afirmaciones). En general el instrumento cuenta con un alfa de Cronbach positiva y significativa por lo que se recomienda pueda ser replicada, claro que con las modificaciones que el investigador considere pertinentes.

Referencias

- Acevedo, L., & Vidal, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23 (1), 131-145.
- Aiken, L. (2003). *Test Psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Álvarez, L., & Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(2), 91-100.
- Arrillaga, M., Sarasqueta, C., Ruiz, M., & Sánchez, A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención primaria*, 33(9), 491-496.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Barra, E. (1998). *Psicología Social*. España: Universidad de Concepción.
- Becerra, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2), 238-253.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. España: Panamericana.
- Campo, A., & Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.

- Campos, A. (1985). *Introducción a la Psicología Social*. Costa Rica: Euned.
- Carranzana, V. (2003). El concepto de salud mental en Psicología Humanista-Existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19.
- Carreño, S., & Medina, Ma. *Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia* (Diapositiva de Power Point).
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Constitución Política de la Ciudad de México. (2017). Título cuarto.
http://www.infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
- Copper, J., Blackman, S., & Keller, K. (2016). *The Science of Attitudes*. New York: Routledge.
- De la Fuente, J., & Heinze, G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37(6),523-530.
- Durán, L (2005). Visión psicoanalítica del trastorno mental frente a otras condiciones psicológicas en el código penal colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1), 49- 59.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 65-74.
- Esguerra, I. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances enfermería*, 14(1), 62-74.

- Fernández, C. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un Otro que no existe (A). *Tesis Psicológica*, (7),82-91.
- Fernández, J., & Sánchez, M. (2003). La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. *Intervención Psicosocial*, 12 (1), 7-18.
- Fernández, L., Torres, M., & Carballal, M. (1988). Una escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8 (27), 637- 651.
- Fuentes, M. (16 de julio de 2013). Salud Mental: Una agenda invisible. Excélsior. <http://www.mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/309-salud-mental-una-agenda-invisible.html>.
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Católica del Norte*, 35, 326-345.
- García, A., De las Cuevas, C., González de Rivera, L. & Henry, M. (1990). Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica. *AN. Psiquiatría*, 6(4),167-170.
- García, S. (2001). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44(4), 289-296.
- Gilabarte, I., Failde, I., Salazar, A., & Caballero. (2012). Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación médica*, 15 (4), 227- 233.
- Grandón, P., Saldivia S., Cova, F., Bustos, C., & Turra, V. (2013). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15 (2), 153-162.

Hernández, M. (2009). *Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes del primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*. Tesis de Especialidad: Universidad Nacional Autónoma de San Luis Potosí.

Hernández, Y. (2011). *Enfermedad mental y psicología: una historia compartida en el hospital psiquiátrico de Santiago de Cuba*. Tesis de Licenciatura: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Salud mental.
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

Iturriaga, J. (2019). *Estigma sobre la enfermedad mental en médicos del hospital de especialidades Dr. Bernardino Sepúlveda del Centro Médico Nacional Siglo XXI*. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México.

Jara, M., Olivera, M., & Yerrén, E. (2018). Teoría de la personalidad según Albert Bandura. *Revista JANG*, 7(2), 22-35.

Jiménez, J. (2016). La profecía de Freud: del psicoanálisis a la biología de la mente en el estudio del origen y tratamiento de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7 (1).

Kimble, Ch., Hirt, E., Díaz, R., Harmon, H., Lucker, G., & Zárate, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. Estados Unidos de América: Pearson.

Laca, F. (2005). Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 117-126.

- Lamerias, M. (1997). *Las actitudes: situación actual y ámbitos de aplicación*. Valencia: Promolibro.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguero, D., & Rodríguez, A. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla: Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 219-248.
- Loubat, O., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25.
- Martínez, O. (2008). Actitudes hacia la matemática. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 237-256.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.
- Medina, Y., Martínez, C., Morales, L., & Gil, P. (2018). Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental. *La Psicología y valores actuales*, 3 (1), 209-218.

- Mendoza, E. & Beatriz, G. (2018). Estigma en Psiquiatría. Argentina: APAL Ediciones.
- Miermont, J. (2014). Terapias Familiares y enfermedades mentales complejas. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 229-246.
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (2007). Psicología Social. España: McGraw- Hill Interamericana.
- Morales, P. (2006). Medición de actitudes en psicología y educación. Madrid: Comillas.
- Morris, Ch., & Maisto, A. (1998). Introducción a la Psicología. México: Pearson.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). Salud mental en México. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2021). Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud. <https://www.un.org/es/chronicle/article/enfermedades-relacionadascon-el-estilo-de-vida-una-carga-economica-para-los-servicios-de-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Temas de salud. <https://www.who.int/features/qa/38/es/>

Osada, J., & Arriola, I. (2009). El enfoque de la salud mental. *Revista médica de Chile*, 137(11), 1432- 1533.

Pacheco, F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*, 5, 173-186.

Padilla, S., & Ramos, J. (2018). *Efecto de la psicoeducación en la promoción de consciencia de enfermedad mental*. Tesis Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México.

Quintanar, M. (2005). *Creencias y actitudes saludables*. Tesis de Licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Reyes, L., & García, L. (2008). *La Psicología Social en México XII*. México: s/e.

Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12 (2), 135-186.

Rodríguez, A. (1971). Actitudes hacia el enfermo mental. *Revista Interamericana de Psicología*, 5, 3-4.

Rodríguez, E. (2015). *Conocer la enfermedad mental (Salud Mental para el Siglo XXI: Cuidar, Rehabilitar e Integrar)*. México: Díaz Santos.

Rojas, C., De Lima, M., Eblen, A., & Telléz, P. (2019). Salud y enfermedad mental. *Del corpus Hippocraticum a una aproximación termodinámica*. *Revista de Neuro- Psiquiatría*, 82 (4), 274-284.

- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 143- 148.
- Sandoval, J. (2015). La salud mental en México. Servicio de Investigación y análisis. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Senado de la República (2019). Gaceta del Senado. https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/98907
- Toche, N. (9 de abril de 2019). México es deficitario en cuidar la salud mental. El economista. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Mexico-es-deficitario-en-cuidar-la-salud-mental-20190409-0163.html>
- Tobías, C., & García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico – existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (2), 437- 453.
- Torales, J., Barrios, I., & Moreno, M. (2017). Modelos explicativos en psiquiatría. *Revista Científica de la UCSA*, 4 (3)
- Ubillos, S., Paéz, D., & Mayordomo, S. (2004). Actitudes, definición y medición. Componentes de la actitud. *Psicología social, cultura y educación*, 301-326.
- Vázquez, H. (1986). Del incesto en psicoanálisis y en antropología. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Vicario, A., & De la Villa, M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud y Sociedad*, 3, 254-269.
- Zubieta, E. (2014). Las Actitudes. En Valencia, J., & Delfino, G. (Ed.), *Psicología social y política* (pp. 25-46). Buenos Aires: Eudeba.

Parte VI. Anexos

ANEXO 1

Escala de Actitudes Hacia los Enfermos Mentales en futuros Técnicos de Salud.

0= Muy de Acuerdo **1=** De Acuerdo **2=** Indiferente **3=** En Desacuerdo **4=** Muy en Desacuerdo

ESCALA ORIGINAL

Preguntas	0	1	2	3	4
1.- En mi futuro profesional preferiría no tratar a enfermos mentales.					
2.- No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitase un enfermo mental.					
3.- No debería aconsejarse que los enfermos mentales estuviesen en contacto con personas normales, ya que, debido a su propia dolencia, saldrían perjudicados.					
4.- Si estuviese ingresado en un hospital general, no tendría inconveniente en compartir habitación con un enfermo mental.					
5.- A los "locos", en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico.					
6.- No tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aun sabiendo que padece una enfermedad mental.					

7.- No sería de mi agrado que un enfermo mental se afiliase a una organización a la que pertenezco.					
8.- Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquier persona, a un trabajo remunerado.					
9.- Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están “locos”, para estar prevenidos hacia ellos.					
10.- En los manicomnios debería permitirse a los internados la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.					
11.- No rehusaría alquilar un piso aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.					
12.- No aceptaría de buen grado compartir mesa en un comedor público con un enfermo mental.					
13.- Invitaría a pasar unos días en mi casa a un amigo aunque supiera que padece una enfermedad mental.					
14.- No iría de viaje con una persona que padeciese una enfermedad mental.					
15.- Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales.					
16.- No pondría un negocio con una persona que tuviera una enfermedad mental.					
17.- Aunque supiera que padece una enfermedad mental, confiaría mis problemas a un amigo.					

18.- No debería dejar matricularse en la Universidad a personas que padeciesen enfermedades mentales, ya que ocupan el puesto de otras más capacitadas.					
19.- Dejaría quedar solo en mi casa a un conocido aun sabiendo que padece un trastorno mental.					
20.- No confiaría dinero a cargo de un enfermo mental.					

ANEXO 2

Ficha de datos sociodemográficos

Edad		
Sexo	Mujer	Hombre
Habitante de la CMX	Si:	No:
Estado civil	Soltero / Separado / Divorciado	Casado / Unión libre
Nivel de estudios	Sin estudios formales	
	Primaria completa / incompleta	
	Secundaria completa / incompleta	
	Preparatoria completa / incompleta	
	Carrera técnica completa / incompleta	
	Universidad completa / incompleta	
	Posgrado completo / incompleto	
Actualmente te encuentras trabajando	Si	No
Practicas alguna religión	No tengo ni practico alguna	
	Católica	
	Judía	
	Protestante	
	Musulmana	
	Budista	
	Otra	

ANEXO 3

ESCALA DE MEDICIÓN DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN HABITANTES DE LA CDMX

El propósito de este estudio es evaluar cómo responden las personas ante diversas situaciones. Se evalúan algunos aspectos individuales, así como aspectos que tienen que ver con tu vida social. Por favor contesta con honestidad, NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS. Toda la información es confidencial y será utilizada sólo para fines de investigación.

La evaluación completa lleva alrededor de 15 minutos. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta y contesta adecuadamente

1= Muy de Acuerdo **2=** De Acuerdo **3=** Ni de acuerdo Ni en desacuerdo **4=** En Desacuerdo **5=** Muy en Desacuerdo

Preguntas	1	2	3	4	5
1.- En el futuro preferiría no trabajar/ convivir con enfermos mentales.					
2.- NO tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitará un enfermo mental.					
3.- Sentiría miedo si en la calle se me acerca un enfermo mental.					
4.- Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales.					
5.- Si un enfermo mental me agrede, sentiría enojo sin embargo no haría nada debido a su condición.					

6.- NO debería aconsejarse que los enfermos mentales estuvieran en contacto con personas "normales".					
7.- En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.					
8.- NO tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
9.-Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental.					
10.- Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas.					
11.- Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
12.- Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental.					
13.- Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado.					
14.- NO rechazaría rentar una vivienda, aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.					
15.- Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil.					
16.- NO deberían de inscribirse a la universidad personas con enfermedad mental debido a que ocupan un lugar que podrían aprovechar personas capacitadas.					

17.- Sentiría el mismo cariño por mi pareja aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
18.- No iría de viaje con una persona sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
19.-NO le confiaría mi dinero a un enfermo mental.					
20.- Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental.					
21.- A los enfermos mentales en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico.					
22.- NO pondría un negocio con una persona que tuviera alguna enfermedad mental.					
23.- Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental.					
24.- NO me agradaría que un enfermo mental perteneciera a una institución a la cual pertenezco					
25.- Sería conveniente que en la sociedad se conociera bien que personas padecen alguna enfermedad mental, para así poder estar prevenido hacia ellos.					
26.- Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
27.- Dejaría que se quedara solo en mi casa un conocido que padece alguna enfermedad mental.					

28.- Ver que un enfermo mental necesita ayuda me haría sentir empático (a)					
29.- NO aceptaría compartir algún espacio público (ej. cafetería, cine, centro comercial) con un enfermo mental.					
30.-Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental					

ANEXO 4

ESCALA VERSIÓN FINAL DE MEDICIÓN DE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN HABITANTES DE LA CDMX

Preguntas	1	2	3	4	5
1.- En el futuro preferiría no trabajar/ convivir con enfermos mentales.					
2.- No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitará un enfermo mental.					
3.- Aceptaría un trabajo cuidando enfermos mentales.					
4.- En los psiquiátricos debería estar permitido que los internados tengan la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.					
5.- NO tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
6.-Sentiría enojo de observar algún maltrato hacia un enfermo mental.					
7.- Aunque supiera que un amigo padece alguna enfermedad mental le confiaría mis problemas.					
8.- Invitaría a algún amigo a quedarse en mi casa aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					

9.- Si estuviera internado en un hospital general, NO tendría inconveniente en compartir la habitación con un enfermo mental.					
10.- Todo enfermo mental debería tener derecho, como cualquiera otra persona a un trabajo remunerado.					
11.- NO rechazaría rentar una vivienda, aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental.					
12.- Me incomoda saber que los enfermos mentales tienen una vida difícil.					
13.- Sentiría el mismo cariño por mi pareja aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
14.- Sentiría el mismo cariño por algún amigo aún sabiendo que padece una enfermedad mental.					
15.- Sentiría el mismo cariño por algún familiar aún sabiendo que padece una enfermedad mental.					
16.- Sería conveniente que en la sociedad se conociera bien que personas padecen alguna enfermedad mental, para así poder estar prevenido hacia ellos.					
17.- Sentiría el mismo cariño por un conocido aún sabiendo que padece alguna enfermedad mental.					
18.- Dejaría que se quedara solo en mi casa un conocido que padece alguna enfermedad mental.					
19.- Ver que un enfermo mental necesita ayuda me haría sentir empático (a)					
20.- Sentiría alegría de ayudar a un enfermo mental.					