



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Influencia de la práctica comunitaria en salud mental sobre actitudes y creencias de estudiantes de enfermería hacia la enfermedad mental

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

Presenta:

Cadaagrossii Galeana Zamacona

Tutora:

Silvia Crespo Knopfler

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Tutora adjunta:

Elia Jazmín Mora Ríos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Ciudad de México, Mayo 2019



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.

“No hay ejercicio intelectual que no sea finalmente inútil.”

—Jorge Luis Borges

Agradecimientos institucionales

A la Universidad Nacional Autónoma de México, rincón en el ombligo de la luna que al brindarme visión me ha investido también con una gran responsabilidad. Hogar universal inasible que me ha formado como ser humano.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por enseñarme a cuidar, por hacerme saber que soy fuego y por ayudarme a cultivar esta sensibilidad que ahora me aterra perder cerca de los otros.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por propiciar mi desarrollo académico y profesional. Asimismo, por ser un lugar en el que he podido mantener un corazón cálido y blando, ese que se necesita para cuidar personas.

Al Programa de Maestría en Enfermería por recibirme en sus filas, por la oportunidad de adquirir experiencias y conocer personas que ahora son en todo sentido irremplazables en mi vida.

Al Comité de Investigación de la ENEO-UNAM por su aprobación para la aplicación del instrumento implementado en su población estudiantil para el desarrollo de esta investigación.

A la Royal Opera House, recinto en el que el 16 de diciembre de 2001 tuvo lugar un concierto de Björk cuya constante repetición fue indispensable para la realización de esta tesis.

Agradecimientos personales

A la Doctora Gandhi Ponce Gómez, alma que va más allá de lo grande, tu aceptación y acompañamiento durante mi proceso de formación han sido sustanciales. Eres ejemplo maravilloso de que ni las pérdidas más atroces deben arrebatar nos la alegría por la vida.

A la Doctora Silvia Crespo Knopfler por fungir como modelo docente y compartir conmigo tus vastos saberes. Por apoyarme a comprender que la labor docente suele ir más allá de lo académico.

A la Doctora Elia Jazmín Mora Ríos, por tu aportación trascendental para el descubrimiento de mi vocación, por tu guía a través de mi formación profesional y tu constante disposición para enseñar.

A la Doctora Laura Morán Peña, mente brillante poseedora de un legado que no ha hecho más que enaltecer a la enfermería mexicana expandiendo sus horizontes a través de su trabajo. Eres siempre claridad que inspira.

A las profesoras Celsa Huapen, Adriana Anaro, Silvia Serralde, Araceli Diosdada, Amparo Hinojosa, Magdalena López e Ivonne Sánchez por su autorización, actitud de apertura y amabilidad al recibirme en los diversos escenarios comunitarios en los que tuvo lugar la práctica de interés de este proyecto.

A los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del ciclo 2018-2 quienes fueron el centro de esta investigación y a los que acompañan mis mejores deseos en la senda que han comenzado a recorrer.

A mis compañeros de la 17^a generación del Programa de Maestría en Enfermería.

A Laura Ariza, Eduardo Velázquez y Alejandra Soria por hacer de un cubículo un nido, un refugio para pensar.

Dedicatoria

A Marcial, Margarito, Benigno, Rosa, Gaspar, Alfredo y Héctor: en mí viven.

A Leonarda; aquello que importa lo aprendí por ti. Cuando tus ojos lean esto déjalos llorar con la naturalidad con la que me criaste.

A Rufina, razón y origen, regente eterna de mi alma; a ti debo y agradezco la dulzura y ternura que sigo hallando escondidas detrás de cada dolor.

A Alejandro: pudiste intentar ser mejor padre. Pude intentar ser mejor hijo. Ambos nos habríamos equivocado.

A la familia Luna Galeana, en especial a Agripina; por demostrarme que ante el afecto las distancias más extensas languidecen.

A mis hermanos Ale, Óscar y Julia: son ejemplo para cualquiera, tuve la fortuna de que fueran el mío.

A Alfonso, Priscila y Daniel: crecer fue más fácil en su mirada.

A Andrea: tus regaños aún me persiguen a veces a la hora de la comida.

A Karla Elvira: mi primer amor.

A Joab, Mario, Carlos, Armando, Aldo y Mariela: por compartir esta incertidumbre.

A Susana, Sara y Jorge: por su ayuda para hacerme de norte en franco naufragio.

A María Ileri: sin importar donde estés te llevo conmigo.

Índice

1.1 Problema a investigar	2
1.2 Importancia del estudio	5
1.3 Propósito	9
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo general	9
1.4.2 Objetivos específicos	9
II Marco Teórico	10
2.1 Marco Conceptual	10
2.2 Marco Teórico	14
2.2.1 Teoría General de Sistemas	14
2.2.2 Teoría del Aprendizaje Social	15
2.2.3 Estigma	16
2.2.4 El enfermo mental	18
2.3 Revisión de la literatura	20
III Material y Métodos	23
3.1 Tipo de estudio y diseño	23
3.2 Población y muestra	23
3.3 Variables de estudio	25
3.3.1 Variable independiente	25
3.3.2 Variable dependiente	25
3.3.3 Variables intervinientes	25
3.4 Hipótesis	28
3.5 Procedimientos	29
3.5.1 Recolección de datos	29
3.5.2 Análisis de los datos	37
3.6 Instrumento de medición	38
3.6.1 Descripción	38
3.6.2 Confiabilidad y validez	38
IV Resultados	41

4.1 Descripción	41
4.1.1 Caracterización de la muestra	41
4.2 Análisis estadístico.....	45
V Discusión y conclusiones	51
5.1 Interpretación y discusión de resultados	51
5.2 Conclusiones.....	54
5.3 Recomendaciones	55
5.4 Implicaciones y sugerencias	57

Índice de Figuras

Figura 1 Caracterización de la muestra.....	41
Figura 2 Contacto previo con personas con enfermedad mental	42
Figura 3 Contexto del contacto previo con personas con enfermedad mental	43
Figura 4 Tipo de relación percibida ante el contacto previo	44

Índice de Tablas

Tabla 1. Medias por dimensión del instrumento antes y después de la práctica... 45	45
Tabla 2. Porcentaje de actitudes favorables y no favorables antes y después de la práctica †..... 47	47
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión <i>Exclusión y discriminación</i> † 48	48
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión <i>Mitos y atribuciones</i> 49	49
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión <i>Actitudes favorables y no favorables</i> 50	50

Resumen

Introducción: Para la realización de este estudio se valoraron las actitudes y creencias de estudiantes de enfermería en una Universidad de la Ciudad de México, antes y después de la práctica correspondiente a una asignatura llamada “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”. Se utilizó la Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas, compuesta por tres dimensiones; *Exclusión y discriminación*, *Mitos y atribuciones* y *Actitudes favorables y no favorables*. Se realizó un análisis estadístico para realizar una comparación entre las mediciones en ambos momentos.

Objetivo: El objetivo fue analizar la influencia de la práctica de la asignatura arriba referida en las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental de los estudiantes.

Método: Estudio cuantitativo de diseño observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo. La muestra se realizó a conveniencia y estuvo conformada por 60 estudiantes de octavo semestre pertenecientes a cinco grupos distintos.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la primera dimensión que integra al instrumento: *Exclusión y discriminación* antes y después de realizada la práctica.

Conclusiones: Se observó que la práctica influyó de manera en que las actitudes y creencias de algunos estudiantes fueron más favorables hacia quienes padecen alguna enfermedad mental, sin embargo, la misma intervención ocasionó un aumento del rechazo en una menor proporción de los estudiantes. Se recomienda la integración de asignaturas relacionadas con la salud y la enfermedad mental como un eje transversal, de manera que así se propicie que los estudiantes adquieran conocimientos sobre estos temas a lo largo de todo el plan de estudios y en función de que tanto la salud como la enfermedad mental varían de acuerdo a cada etapa de la vida.

Palabras Clave: Salud mental, estudiantes de enfermería, práctica, enfermedad mental, actitudes, creencias, comunidad.

Abstract

Introduction: To carry out this study, the attitudes and beliefs of nursing students in a University in Mexico City, before and after the practice corresponding to a subject called "Nursing in Community Mental Health", were evaluated. The Perceived Devaluation and Discrimination Scale, composed of three dimensions, was applied, the dimensions are; *Exclusion and discrimination*, *Myths and attributions* and *Favorable and unfavorable attitudes*. A statistical analysis was performed to make a comparison between the measurements in both moments.

Objective: It was to analyze the influence of the practice of the referred subject on the attitudes and beliefs towards the mental illness of the students. The Sample was a convenience and was composed of 60 students of eighth semester belonging to five intimate groups

Method: Quantitative study of observational, prospective, longitudinal and comparative design. The sample was carried out at convenience and consisted of 60 eighth-semester students who belonged to five different groups.

Results: Statistically significant differences were found in the first dimension that integrates the instrument: *Exclusion and discrimination* before and after the practice.

Conclusions: It was observed that the practice influenced in a way that the attitudes and beliefs of some students were more favorable towards those suffering from mental illness, however the same intervention caused an increase of rejection in a smaller proportion of the students. It is recommended the integration of subjects related to health and mental illness as a transversal axis, so that it is possible for students to acquire knowledge on these issues throughout the curriculum and on the basis that both health as the mental illness vary according to each stage of life.

Keywords: Mental health, nursing students, practice, mental illness, attitudes, beliefs, community.

I Introducción

Las principales actitudes hacia las personas con enfermedad mental suelen incluir miedo, compasión, rechazo y aversión. Esto bajo la idea, en la mayoría de los casos errónea, de que son personas incapaces; de manejar sus impulsos y con el potencial de comportarse de manera violenta, incapaces de tomar decisiones en su beneficio o el de personas cercanas a ellas, de controlar su cotidianidad como cualquier otra persona e incluso sin la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria de igual manera en que lo haría alguien sin su padecimiento.

Esta idea tiene un impacto directo en las personas que padecen enfermedades mentales y sus familiares, y aun cuando podría esperarse lo contrario, diversos estudios han mostrado que los profesionales de la salud en general, y de la salud mental en lo particular, muestran actitudes negativas hacia los pacientes con alguna enfermedad mental.¹

Como parte del equipo que conforma al personal de salud, el personal de enfermería adquiere una gran relevancia pues suelen ser quienes tienen mayor contacto con los usuarios de los servicios de salud y sus familiares debido a la naturaleza de su disciplina.

El inicio de las prácticas clínicas en unidades de salud mental, puede generar en los alumnos de enfermería emociones que fluctúan entre la inquietud y el miedo o rechazo. Los motivos suelen estar relacionados con el desconocimiento y las ideas preconcebidas respecto a la posible “agresividad” que se espera observar en las personas afectas de un trastorno mental.²

Al respecto hay estudios que demuestran que es posible promover un cambio de actitud hacia la enfermedad mental en estudiantes de enfermería mediante intervenciones educativas.³

Es así que se decidió realizar un análisis que permitiera dar cuenta de la influencia que tiene la práctica de una asignatura que relaciona enfermería y salud mental comunitaria, sobre las actitudes y creencias de futuros profesionales de enfermería hacia las personas con enfermedad mental.

1.1 Problema a investigar

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad.⁴

Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse.⁵

La prevalencia de trastornos mentales severos, según la cuarta versión revisada del Manual Diagnóstico de Enfermedades Psiquiátricas (DSM-IV por sus siglas en inglés), realizado durante 12 meses, fue del 12.1% y el uso de los servicios de salud mental fueron solamente del 24%. La búsqueda de atención puede tardar de 8 a 15 años y el 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse.⁵

Estos trastornos representan actualmente alrededor de 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad global que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se estima se incrementará al 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad. Actualmente, esta carga conforma 31% de los años vividos con discapacidad y representa seis de las 10 causas principales de discapacidad en el mundo; la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar y se estima que la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en el 2020, convirtiéndose así en un problema de salud pública.⁵

Una de cada cuatro personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental.⁴

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), una de cada cuatro personas entre los 18 y los 65 años presenta problemas como depresión, ansiedad o abuso de alcohol y drogas, pero solo una de cada cinco recibe atención especializada.⁶

De acuerdo con la información disponible se presentan algunos datos que permiten conocer de manera muy resumida la situación en México. La Secretaría de Salud estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última ENEP indican que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada.⁷

Como bien recuerda el *Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*, la palabra <<estigma>> viene del griego y significa <<atravesar, hacer un agujero>>. Aunque por mucho tiempo se aplicó a la marca del hierro candente infligida a un individuo infamado, y aunque en el imaginario cristiano el término remite todavía a las llagas de Cristo, hoy se habla sobre todo de estigmatización para aludir a los prejuicios que levantan diagnósticos como los del SIDA, la tuberculosis o la enfermedad mental. Alimentado por la ignorancia y el estereotipo, el estigma suele ir acompañado de una discriminación que priva a los afectados de sus derechos y puede convertirse en un problema que frene sin remedio su recuperación.⁸

El estigma se expresa por medio de opiniones negativas sobre las enfermedades mentales y por el rechazo hacia los enfermos. La configuración del estigma es por la presencia de tres componentes fundamentales: el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. A continuación, se brinda la definición de cada uno de estos componentes:

- Estereotipo: Es una estructura con cierta eficiencia del conocimiento empírico social, aprendida como un acuerdo colectivo sobre las creencias hacia un grupo de personas o condición (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
- Prejuicio: Es una respuesta cognitiva y afectiva, en la que subyace una conformidad tácita sobre una creencia que genera una emoción negativa hacia un grupo o condición (el estigma público provoca miedo, cólera; en el

autoestigma se presenta baja autoestima, desconfianza sobre la capacidad, vergüenza).

- Discriminación: Es una respuesta conductual al prejuicio (en estigma público rechazo, la negativa a emplear o rentar vivienda, el negar ayuda; en autoestigma la falta de aprovechamiento de oportunidades, rechazo a buscar ayuda).⁹

En México a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable. Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.¹⁰

Es claro que el estigma hacia la enfermedad mental se manifiesta en distintos ámbitos que involucran diversos actores: las personas que padecen alguna enfermedad mental, sus familiares, amigos y otras personas cercanas a ellos; como el personal de salud y las instituciones que les brindan atención y apoyo.

El presente trabajo se enfoca en los estudiantes de enfermería que, como futuros profesionales, formarán parte de las redes de apoyo de las personas con enfermedad mental.

El principal objetivo de este estudio es dar cuenta de la manera en que la práctica comunitaria en salud mental puede o no tener influencia en las actitudes y creencias de los estudiantes sobre la enfermedad mental, las personas que la padecen y quienes son cercanos a ellos.

1.2 Importancia del estudio

Los trastornos mentales impactan de una manera considerable en los adultos jóvenes que son la parte más productiva de la población. Sin embargo, los niños también se ven afectados cuando presentan problemas de aprendizaje por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, de ansiedad por separación, de desempeño escolar, de conducta o emocionales; lo que implica su asistencia a consulta con un especialista, el uso de psicofármacos si es necesario, así como recibir apoyo terapéutico, escolar y familiar.

Respecto a los recursos financieros y a las políticas de salud mental se puede comentar que más de una cuarta parte de los países, es decir 28%, carecen de presupuestos específicos para la salud mental y que de los países con asignación de recursos para este rubro, 37% gasta menos del 1% de ese presupuesto.⁶

En todo caso, los gastos en salud mental equivalen a menos del 1% del presupuesto global, en 62% de los países en vías de desarrollo y en 16% de los países desarrollados. El 25% de las naciones no tienen acceso a los psicofármacos básicos de atención primaria, y 37% de los países carecen de servicios de salud mental comunitarios. El problema se agrava si se considera que 30% de los países no tiene un programa nacional de salud mental, que 40% carece más de una política de salud mental y que 25% de los países con políticas públicas para atención psiquiátrica no se les asigna ningún presupuesto. En México, se destina solo 1% del presupuesto a la salud mental cuando la OMS recomienda que se asigne 10%.⁶

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales, familiares, emocionales y personales para quienes los padecen. Por cuestiones de espacio se mencionan solamente dos ejemplos de índole económico: en los Estados Unidos se ha reportado en 148 billones de dólares el costo directo de los tratamientos, esto representa 2.5% del producto nacional bruto. Los costos indirectos en los países desarrollados son de 2 a 6 veces superiores en comparación con los que se registran en los países en vías de desarrollo, donde los costos son bajos generalmente.⁴

Se ha pronosticado también el incremento de la carga de los trastornos mentales, sobre todo en países con sistemas de salud mental poco desarrollados. Entre las razones de este pronóstico se mencionan a la rápida urbanización, los cambios macroeconómicos, los desastres naturales, los conflictos bélicos, así como la pobreza en que viven las personas sin hogar o en hacinamiento, con mayores niveles de contaminación, sin ningún tipo de apoyo social y con problemas en las relaciones familiares. También debe considerarse que es mayor el número de personas en el mundo que vive en situaciones de tensión social y/o conflictos armados, que provocan situaciones de crisis como la pérdida de sus hogares, la muerte de familiares, la hospitalización de familiares heridos y la discapacidad permanente, los desplazamientos geográficos, las repercusiones emocionales del conflicto, entre otros.⁴

Los costos sociales también pueden ser significativos e incuantificables en términos del rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Las familias también deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional de cuidar al enfermo si está discapacitado y apoyarlo económicamente si no trabaja, cubrir los costos de los tratamientos como consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, transportación a los lugares de atención, entre otros. Asimismo deben considerarse el tiempo que algunos familiares tienen que dejar de trabajar y no percibir ingresos por tener que llevar al paciente a sus consultas y tratamiento; las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado por la enfermedad y como consecuencia la presencia de trastornos mentales y problemas emocionales en los familiares del paciente, como la depresión y el abuso del alcohol; la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad sobre la familia por tener un enfermo mental en el hogar, e incluso el desgaste emocional en casos en que la discriminación intrafamiliar ocurre cuando algún integrante no acepta al enfermo, lo rechaza y lo discrimina negando así el apoyo emocional tan necesario para el paciente.¹¹

De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones que existen en la mayoría de los países del

mundo en infraestructura de servicios de salud mental; la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental. Pensemos que aproximadamente al 70% de la población mundial le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100,000 habitantes.¹²

De igual modo, alrededor de casi dos terceras partes de personas con algún trastorno mental no asisten nunca a un servicio o con un especialista en salud mental. Aun en situaciones en que se demostró la disponibilidad de un servicio de salud mental donde era posible recibir atención, solo 35% de personas afectadas por un trastorno mental acudió a consulta con un especialista en salud mental.¹³

Si bien se ha encontrado que los servicios comunitarios son más eficaces que los hospitalarios, en los hospitales psiquiátricos 65% de las camas están disponibles para los enfermos mentales. Sin embargo, la tendencia es incrementar la atención de los pacientes en centros comunitarios y reservar el hospital psiquiátrico para los casos más graves que ameriten hospitalización. En otros casos y por diversidad de razones como no saber dónde buscar atención, desinformación o desconocimiento de la enfermedad mental, el tiempo que tarda un paciente con esquizofrenia en llegar a un servicio de salud mental puede ser de hasta dos años, lo que complica la evolución de la enfermedad al no ser tratada oportunamente.¹⁴

De igual forma, existen otros factores comunes a la pobreza mundial como vivir en situaciones extremas de estrés psicosocial, pobreza, marginación, desilusión, desesperanza y con dificultades para recibir atención respecto a su salud mental. Cada vez es mayor el número de personas expuestas a la violencia al ser víctimas de asaltos, robos, secuestros e inseguridad; lo que incrementa su vulnerabilidad a padecer trastornos mentales como el trastorno de estrés post-traumático, la depresión, algún tipo de adicción o incrementa el riesgo de intentos de suicidio.¹⁵

La Junta de Andalucía, en su sitio “1 de cada 4”, comparte algunas estadísticas que ayudan a arrojar luz sobre este aspecto: “Según la Comisión Europea, en 2020 la depresión será la primera causa de enfermedad en el mundo y la segunda causa de discapacidad. El número de suicidios asociados a los problemas de salud mental es superior al de muertes anuales por accidentes de tráfico,

homicidios o SIDA. Las enfermedades mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por incapacidad permanente”.¹⁶

Al acotar el término “estigma” en el contexto de la salud mental, se puede observar que una de las más trágicas consecuencias de éste hacia la enfermedad mental es la posibilidad que engendra de una pérdida significativa de autoestima. El estigma en torno a las enfermedades mentales lleva a una proporción substancial de personas que desarrollaron determinada enfermedad a concluir que ellos son o tienen fallas y que tienen poco de qué sentirse orgullosos.¹⁷

El estigma puede afectar a las personas a través de mecanismos de discriminación directa tales como el rechazo a contratar a una persona; discriminación estructural, como la disposición de menos recursos de investigación y tratamiento; o procesos psicológico-sociales que rodean la percepción acerca de la persona estigmatizada lo que genera también inequidades en la atención a la salud. Esto además de presentarse en personas con enfermedad mental ha sido reportado en grupos de personas que padecen obesidad, personas con orientación sexual distinta a la de grupos mayoritarios, grupos religiosos constituidos por minorías y personas discriminadas por cuestiones raciales.¹⁸

Múltiples procesos psicológicos y comportamentales se ven también irrumpidos debido al estigma. Uno de los constructos más ampliamente investigados en el campo del estigma es la auto-estigmatización o la internalización de percepciones sociales negativas de alguna persona o grupo estigmatizado.¹⁹

Acerca del estigma hacia la enfermedad mental también se ha escrito:

“Las personas que viven con una enfermedad mental se encuentran con propietarios que se niegan a rentarles apartamentos, profesionales de la salud mental que los hospitalizan cuando no deberían, personal de salud del primer nivel de atención que retiene los servicios que ellos necesitan, (...) en muchos casos no por la manera en que las personas con enfermedades mentales actúan, sino por los prejuicios que se tienen acerca de ellos”.²⁰

El personal de salud no se encuentra exento de dichas actitudes hacia las personas con enfermedad mental, mismas que pueden presentarse antes de que los profesionales se desempeñen como tales, es decir, en su etapa de formación.

Por esta razón fue importante realizar un estudio como el presente, que permitiera conocer cuáles son las actitudes y creencias de los estudiantes de enfermería de una escuela universitaria de la Ciudad de México, cuyo plan de estudios incluye únicamente una materia relacionada con la salud y la enfermedad mental.

Dicha materia está compuesta por un bloque teórico con una duración de 48 horas y uno práctico de 128 horas, contando con un total de 176 horas.

1.3 Propósito

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera influye la práctica de la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” en las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental de estudiantes de enfermería de una universidad pública de la Ciudad de México?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar la influencia de la práctica desarrollada como parte del curso “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” en las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental de estudiantes de enfermería de una universidad pública de la Ciudad de México.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental de los estudiantes que terminaron el curso teórico de “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” antes de iniciada la práctica.
- Describir las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental de dichos estudiantes al término de la práctica de la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”.

- Determinar la presencia o ausencia de cambios en las actitudes y creencias de los alumnos hacia la enfermedad mental posteriores al curso “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”.

II Marco Teórico

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Práctica

Utilización de los conocimientos propios de una profesión particular. Incluye, en el caso del campo de la enfermería, a las actividades profesionales relacionadas a la atención de salud y al desempeño propiamente dicho de los deberes relacionados a la provisión del cuidado.²¹

2.1.2 Actitudes y creencias

Las actitudes son definidas por Triandis como: "la disposición o tendencia a responder positiva o negativamente acerca de cierta idea, objeto, persona o situación". Ello abarca o está estrechamente relacionado con las opiniones y creencias de las personas y están basadas en sus propias experiencias. Más adelante, el mismo autor plantea a la actitud de la siguiente manera: "es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones ante un determinando tipo de situaciones sociales".²²

En general las definiciones de actitudes involucran tres componentes relacionados entre sí: la idea como componente cognitivo se refiere a pensamientos, creencias, opiniones o percepciones acerca de un objeto actitudinal. Es decir, refleja cómo éste es mentalmente conceptualizado. Esto tiene directa relación con las categorizaciones que se hacen según los atributos o características de un objeto o persona independiente de las variaciones individuales que existen. Las personas con enfermedad mental usualmente han sido categorizadas por un atributo común cual es su incapacidad para valerse por sí mismas. El componente cognitivo de las actitudes suele ser medido utilizando instrumentos tales como las listas de adjetivos y el diferencial semántico.²³

El segundo componente se relaciona con la emoción, es el componente afectivo, todas las ideas traen asociado este componente que puede ser positivo o negativo dependiendo de las vivencias y experiencias previas de cada persona. Como señalan Triandis, Adamopoulos y Brienberg, el ser humano no puede pensar en muchas cosas "sin sentir una emoción".

La emoción y el afecto pueden ser expresados con grados variables de fuerza. Se asocian a expresiones verbales y/o respuestas de tipo fisiológico.

Finalmente, toda emoción o idea puede relacionarse con una forma de actuar, este sería el componente conductual. Las creencias respecto de un objeto actitudinal van asociadas a conductas que pueden ocurrir respecto de ese objeto, las opciones son limitadas: uno puede "ir hacia", "alejarse" o "ir en contra" de un objeto actitudinal.²⁴

2.1.3 Percepción social

La percepción es descrita como una instancia mediadora entre el estímulo y el objeto exterior y el concepto que de él nos hacemos. El término no se refiere a las características físicas observables sino a rasgos que la persona le atribuye al blanco de su percepción. La representación social no es una intermediaria sino un proceso que hace que concepto y percepción sean intercambiables puesto que se engendran recíprocamente.²⁵

2.1.4 Estudiantes de enfermería

Individuos matriculados en una escuela de Enfermería o en un programa formal de educación que culmina con el otorgamiento de un grado en Enfermería.²⁶

Alumnos del 8° semestre de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México que cursen la materia "Enfermería en la Salud Mental Comunitaria" durante el Ciclo Escolar 2018-2 que brindaron su consentimiento informado para participar en la investigación.

2.1.5 Salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.²⁷

2.1.6 Enfermedad mental

El trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.²⁸

2.1.7 Percepción social hacia la enfermedad mental

Representaciones simbólicas, factores personales y acontecimientos ambientales que suelen determinar y constituir el imaginario, las conductas y el lenguaje de las personas alrededor de la enfermedad mental, mismos que surgen y proliferan dentro de un contexto específico en un punto particular en el tiempo.^{29, 30}

Conjunto de significados que va más allá de esquemas cognitivos o construcciones psicológicas racionales.³¹

2.1.8 Estigma

De acuerdo a Erving Goffman, el estigma consiste en una serie de creencias, actitudes y conductas negativas de la sociedad hacia la enfermedad mental y todo lo que la rodea como enfermos, personas que los atienden, medios terapéuticos y espacios físicos, con graves consecuencias hacia todos los implicados.³²

Los individuos estigmatizados son frecuentemente objeto de estereotipos negativos y provocan reacciones emocionales como lástima, ira, ansiedad o desagrado, pero la característica central del estigma social es la devaluación y la deshumanización por parte de otros.³³

Por otro lado, el miedo al rechazo y la evaluación negativa de los demás pueden hacer que las personas estigmatizadas se abstengan de obtener el apoyo que necesitan.³⁴

2.2 Marco Teórico

La presente investigación se fundamenta en la Teoría General de Sistemas^{35, 38} desarrollada por Ludwig von Bertalanffy así como la Teoría del Aprendizaje Social³⁶ de Albert Bandura. Del mismo modo se han considerado y acogido aportaciones de Erving Goffman³² y Michel Foucault³⁷.

2.2.1 Teoría General de Sistemas

Esta primera teoría permite concebir a la persona, sujeto de estudio de enfermería, como un sistema abierto, que a su vez se encuentra dentro de otro más amplio, como un subsistema. Esto también ayuda a comprender cómo es que las actitudes y creencias permean y son transferidas a través de distintos niveles en los que los individuos se desarrollan y la manera en que el entorno en el que viven influye en su concepción y visión del universo, de ellos mismos y de los otros.

Al respecto podemos observar parte del postulado principal de dicha teoría:

“(…) el hombre no es solo un animal político; es, antes y sobre todo, un individuo. Los valores reales de la humanidad no son los que comparte con las entidades biológicas, con el funcionamiento de un organismo o una comunidad de animales, sino los que proceden de la mente individual. La sociedad humana no es una comunidad de hormigas o de termites, regida por instinto heredado y controlada por las leyes de la totalidad superordinada; se funda en los logros del individuo, y está perdida si se hace de éste una rueda de la máquina social.”³⁵

Esta teoría también funciona para explicar la manera en que los individuos ulteriormente replican aquello que es repetido a mayor escala. Los procesos que se llevan a cabo en los sistemas más amplios como las comunidades o una sociedad determinada tienen influencia en los sistemas más ínfimos como las familias, los grupos de amigos hasta llegar a un proceso individual. Así es como suelen reproducirse fenómenos provenientes o impuestos por grupos mayoritarios a minorías o grupos vulnerables.

2.2.2 Teoría del Aprendizaje Social

Por otra parte, en la Teoría del Aprendizaje Social se intenta explicar la actividad humana desde un modelo de reciprocidad “triádica” en el que *la conducta, los factores personales y los acontecimientos ambientales* se determinan recíprocamente. Se trata de un modelo interaccional de causación donde la reciprocidad no significa simetría en cuanto a intensidad de las influencias ni tampoco queda fijado en el proceso la proporción de las influencias mutuas, sino que la influencia relativa ejercida por los tres grupos de factores que interaccionan se explica en función de una variación acorde con la actividad, el individuo y la situación. Así, esta teoría, desde el momento en que la conducta es suscitada hasta que llega a su expresión final, concede especial atención a una serie de factores personales o procesos particulares que suceden en el individuo, siendo de especial relevancia los que a continuación se detallan:

- Procesos simbólicos. Las conductas observadas se representan a nivel interno y se toman esas representaciones como guía de acción conductual. Las personas estamos capacitadas para resolver problemas simbólicamente, puesto que nuestros procesos mentales nos pueden permitir la comprensión y previsión de conductas futuras.

- Procesos vicarios. No sólo aprendemos por experiencia directa, de ensayo y error, sino observando la conducta de otros, de modo que los otros funcionan como ejemplos y a través de su observación podemos adquirir nuevos comportamientos.

- Procesos autorreguladores. La conducta está también motivada por criterios internos y autoevaluaciones y, por tanto, no exclusivamente determinada por variables externas. Por ello, tenemos capacidad de anticipar las consecuencias de la conducta y poder manipular determinadas variables ambientales en la dirección adecuada para conseguir la meta anticipada.³⁶

2.2.3 Estigma

Para abordar el fenómeno del estigma se retoma lo mencionado por Erving Goffman:

“La sociedad establece medios para categorizar a las personas y también los atributos que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías. Esto permite que ante un extraño podamos prever por las primeras apariencias en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su “identidad social”. El término estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. Sin embargo lo importante es tener en cuenta las relaciones, ya que un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro, según sea el contexto. El estigma conlleva una doble perspectiva: la de los desacreditados cuya calidad de diferente es conocida o resulta evidente en el acto (señales en el cuerpo o minusvalías o deficiencias) y la de los desacreditables cuya diferencia no es conocida ni inmediatamente perceptible.”³²

Entre estas dos perspectivas, la de los desacreditados y la de los desacreditables, se localizan las personas con enfermedad mental, sin embargo, suelen agruparse en el segundo grupo debido a que es posible que la enfermedad mental pase desapercibida si no existe una convivencia duradera que permita la observación a detalle o la percepción de la manifestación de signos y síntomas que la componen.

Goffman habla de tres tipos de estigmas: las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, etc., que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas tribales de raza, nación, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar a los miembros de una familia. En todos los casos se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto. Goffman llama normales a

aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares, de lo que se espera de ellos.

Los normales consideran que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana y en función de eso practican diversos tipos de discriminación: “construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona”.³²

2.2.4 El enfermo mental

Finalmente, Michel Foucault ha trazado en los tres tomos de su genial "Historia de la locura en la época clásica" lo que podríamos llamar una arqueología de la enfermedad mental, en la que es notable la relación que guardan ésta y el estigma, siendo el ejemplo más representativo y cargado de simbolismo el de la *Stultifera Navis* o *Nef des fous* (Nave de los locos). Al respecto las siguientes líneas:

"...Así se comprende mejor el curioso sentido que tiene la navegación de los locos y que le da sin duda su prestigio. Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último. Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca. La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto. En cierto sentido, no hace más que desplegar, a lo largo de una geografía mitad real y mitad imaginaria, la situación liminar del loco en el horizonte del cuidado del hombre medieval, situación simbolizada y también realizada por el privilegio que se otorga al loco de estar encerrado en las puertas de la ciudad; su exclusión debe recluirlo; si no puede ni debe tener como prisión más que el mismo umbral, se le retiene en los lugares de paso. Es puesto en el interior del exterior, e inversamente. Posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días, con solo que admitamos que la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia.

El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de

la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el Pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuándo desembarca, de qué tierra viene. Solo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle.

(...)

Es que la barca simboliza toda una inquietud, surgida repentinamente en el horizonte de la cultura europea a fines de la Edad Media. La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres."³⁷

2.3 Revisión de la literatura

Se realizaron búsquedas bibliográficas alternando con los términos DeCS: “práctica”, “percepción social”, “trastornos mentales”, “estudiantes de enfermería”, “estigma” y “personal de salud”.

Los filtros utilizados fueron: artículos en inglés, portugués y español publicados en los últimos cinco años de libre acceso a texto completo.

Las búsquedas se realizaron en las siguientes bases de datos especializadas: Medline/Pubmed, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud, Biblioteca Digital UNAM, Lilacs, Cochrane, PsycINFO - APA, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL, SocINDEX, Health Business, Medic Lactina, Dynamed, Elsevier/Embase.com, Web of Science, Journal Citation Reports, Virtual Reference Library y Health Reference Center.

A partir de la revisión literaria completada se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1° No se encontraron artículos que detallen cambios o ausencia de éstos acerca de las actitudes y creencias de estudiantes de enfermería hacia las personas con enfermedad mental a partir de intervenciones educativas en México.

2° Es posible abordar el tema desde un enfoque cuantitativo y también desde una perspectiva cualitativa.

3° En la actualidad hay instrumentos validados que se han utilizado para valorar la percepción de estudiantes de enfermería en otras partes del mundo.^{38, 39, 40}

4° Varios estudios han captado las experiencias de diversos tipos de población, tales como:

- Personas con alguna enfermedad mental^{41, 42, 43}
- Familiares de personas con enfermedad mental^{44, 45, 46}
- Cuidadores primarios^{47, 48, 49}
- Personal de salud^{50, 51, 52}

5° Hay una ambigüedad que es posible observar en la literatura:

- Algunos artículos concluyen que experiencias o intervenciones como el contacto con los pacientes psiquiátricos disminuyen y ayudan a prevenir el estigma hacia la enfermedad mental.^{53, 54, 55}
- Otros artículos demuestran que este tipo de medidas o acciones también pueden contribuir a la perpetuación del estigma que se buscan disminuir.^{56, 57, 58}

6° Existen instrumentos validados en México que han valorado la percepción social acerca de las personas que padecen alguna enfermedad mental.^{59, 60}

7° Los medios de comunicación juegan un rol bastante importante, pues tienen el poder de difusión que puede servir tanto para dar continuidad a determinados estereotipos como para generar discusión que pueda despertar consciencia y atraer atención de manera positiva en torno a las enfermedades mentales.^{61, 62, 63}

8° Existe la recuperación cuando se habla de problemas de salud mental. Generalmente hay ideas fatalistas ante un diagnóstico de enfermedad mental, se suele pensar que ésta es distinta de las enfermedades físicas. Otra idea que debe ser compartida con tantas personas como sea posible es que la enfermedad mental no siempre incapacita a quienes la padecen, cada persona cuenta con recursos distintos de afrontamiento y se encuentra inmersa en un contexto de diversas determinantes que pueden contribuir a un buen pronóstico o mermar en su salud.^{64, 65, 66}

9° Las intervenciones que busquen combatir el estigma deben pretender ser trascendentes a través de un enfoque comunitario, no únicamente desde un nivel individual, en el entramado social entero y no solo a través de instituciones como escuelas u hospitales. La solución al problema puede actuar de la misma manera en que el rechazo llega a trastocar e instalarse en la vida de personas con enfermedades mentales y en la de sus seres cercanos; en distintas realidades y en muy diversos niveles.^{67, 68, 69}

10° El tratamiento de las enfermedades mentales va más allá de prescripciones medicamentosas; la persona con enfermedad mental es la piedra angular de un tratamiento que debe incluir interacción con otros, detección oportuna de signos de urgencia, ejercicio, higiene del sueño, una dieta balanceada, comunicación asertiva y expresión oportuna de sentimientos y emociones, por mencionar algunos aspectos.^{70, 71, 72}

11° Es necesario proponer y llevar a cabo intervenciones que contribuyan a disminuir el estigma, que solucionen el problema no solo a partir del conocimiento de sus causas, sino también por medio de mecanismos que propicien la circulación de información acertada sobre las enfermedades mentales, la educación para la salud y la orientación apropiada para la prevención de enfermedades y la promoción e la salud por medio de educación, orientación e información.^{73,74,75}

Una vez recabada la información al respecto del fenómeno y luego de un posterior análisis de la misma se procedió a establecer cuál sería el material necesario y la mejor manera de proceder para el proceso de investigación en beneficio del estudio, a continuación se describen estas partes del trabajo.

III Material y Métodos

3.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio cuantitativo de diseño observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo.⁷⁶

3.2 Población y muestra

Para la realización de esta investigación el universo de estudio fueron los estudiantes de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México que cursaron el Ciclo Escolar 2018-2.

3.2.1 Población

La población de estudio la conformaron los estudiantes de octavo (8°) semestre inscritos a la Licenciatura en Enfermería (LE). Que cursaron la asignatura de “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”.

3.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo a conveniencia considerando como unidades de investigación a los estudiantes que aún no habían iniciado el bloque práctico al realizar la primera medición, quienes luego de aceptar participar en el estudio leyeron y firmaron el consentimiento informado y contestaron en ambos momentos de medición, es decir, antes y después de la práctica.

El total final fue de 60 estudiantes pertenecientes a 5 grupos distintos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudiantes de 8° semestre de la LE de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México que se encontraban inscritos a la materia “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” en el Ciclo Escolar 2018-2.
- Estudiantes que brindaron su consentimiento informado para participar en la investigación.
- Estudiantes que aún no habían asistido a la práctica de la materia “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” en el primer momento de medición.
- Estudiantes que respondieron el instrumento de medición en ambos momentos; antes y después de la práctica.

Criterios de eliminación

- Estudiantes que no concluyeran con la práctica de la materia “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”.
- Estudiantes que no respondieron en ambos momentos de medición.

3.3 Variables de estudio

3.3.1 Variable independiente

Práctica del curso “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” de la LE de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México del Ciclo Escolar 2018-2.

3.3.2 Variable dependiente

Actitudes y creencias hacia la enfermedad mental por parte de los alumnos de 8° semestre que cursen la materia “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México durante el Ciclo Escolar 2018-2.

3.3.3 Variables intervinientes

- Experiencias de vida con relación a la enfermedad mental.
- Edad.
- Sexo.

3.3.4 Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Concepto</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Categoría de medición</i>
Edad	Tiempo vivido por el individuo.	Número de años que la persona ha vivido.	Cuantitativa Ordinal	Años
Sexo	Condición orgánica asignada a los individuos al nacer.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre 	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
Actitudes y creencias hacia la enfermedad mental	Serie de creencias, actitudes y conductas de la sociedad hacia la enfermedad mental y todo lo que la rodea como enfermos, personas que los atienden, medios terapéuticos y espacios físicos.	Nivel de rechazo o aceptación hacia la enfermedad mental por parte de los estudiantes de 8° semestre de la LE de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México a lo largo del Ciclo Escolar 2018-2.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Favorables • No favorables
Lugar de nacimiento	País y entidad federativa en la que nació la persona.	Lugar en el que nació la persona.	Cualitativa Nominal	Entidad Federal del país
Lugar de residencia	División territorial político-administrativa en la que viven los participantes.	Lugar en el que viven los participantes.	Cualitativa Nominal	Municipio o Delegación
Experiencia cuidando personas con enfermedad mental	Actividades realizadas a lo largo de la vida, enfocadas al cuidado de personas con enfermedad mental.	Presencia o ausencia de actos de cuidado hacia personas con enfermedad mental.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Tipo de experiencia	Naturaleza de la interacción al brindar cuidado a personas con enfermedad mental.	Contexto en el que se brindó cuidado a personas con enfermedad mental.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Laboral • Social • Familiar

<p>Relación con las personas con enfermedad mental</p>	<p>Percepción personal acerca de la relación que mantienen o mantuvieron con quien padece alguna enfermedad mental.</p>	<p>Visualización de la relación con las personas con enfermedad mental.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala • No existe relación
--	---	---	----------------------------	--

3.4 Hipótesis

Ho: La hipótesis nula planteada para este estudio fue que la práctica correspondiente a la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” no tendría influencia estadísticamente significativa en las actitudes y creencias de los estudiantes de enfermería hacia las personas con enfermedad mental.

H₁: Con base en las investigaciones reportadas en otros países se esperaba que la práctica que forma parte de la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”, como suelen hacerlo las intervenciones educativas, tuviera influencia en las actitudes y creencias de los estudiantes de enfermería, haciéndolas más favorables.

3.5 Procedimientos

3.5.1 Recolección de datos

Para poder aplicar la escala a los estudiantes se estableció contacto con la escuela, la institución facilitó los datos de las profesoras al frente de cada uno de los grupos así como los lugares en los que se encontrarían dirigiendo la práctica.

Las profesoras facilitaron el acceso en sus entornos de trabajo luego de conocer el objetivo y procedimiento de este estudio, de igual manera presentaron y respaldaron al autor de este trabajo al inicio y en todo momento a lo largo de la aplicación de las escalas.

A los estudiantes de 8° semestre de la LE de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México, inscritos en la materia “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” en el Ciclo Escolar 2018-2 que en el primer momento de medición no se encontraban realizando prácticas de la asignatura arriba referida, se les aplicó un cuestionario de datos generales con el fin de tener control sobre las variables intervinientes consideradas, y una escala para identificar sus actitudes y creencias hacia la enfermedad mental llamada Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas (DDS por sus siglas en inglés) que se encuentra validada y adaptada transculturalmente por Mora-Ríos et. al. para población mexicana.⁵⁹

Dicha escala se aplicó antes y después de la práctica luego de que leyeran y firmaran el consentimiento informado para participar en la investigación. Esto para observar y analizar de qué manera la práctica influyó en sus actitudes y creencias hacia la enfermedad mental.

A continuación, se realiza una descripción referente a los contenidos de la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria”, perteneciente al Programa de Estudio de la LE de una Universidad de Enfermería de la Ciudad de México:

Denominación de la asignatura: Enfermería en la Salud Mental Comunitaria

Ciclo: Cuidado de la salud colectiva

Ubicación: Octavo semestre

Carácter: Obligatoria de elección

Tipo: Teórico-práctica

Duración del programa: 16 semanas

Horas: Teoría 3 / Práctica 8

Total de horas: 176

Créditos: 14

Descripción de la asignatura

Esta asignatura de orientación teórico práctica estudia los modelos de intervención en el cuidado de la salud mental individual y colectiva, para el desarrollo de estrategias que permitan la valoración, diagnóstico e intervenciones de enfermería ante situaciones de crisis y de sufrimiento emocional que afectan a la población, así como para el fomento de la cultura del autocuidado.

Esta asignatura se desarrollará eminentemente en la comunidad, en el trabajo con grupos específicos, para el fomento de la salud mental, intervención en crisis y referencia de personas que lo requieran.

Objetivo:

Analizar la situación de la salud mental en México, sus fundamentos teóricos y tendencias actuales con el objeto de realizar intervenciones de enfermería en la promoción y prevención de la salud mental en la comunidad aplicando

herramientas teórico metodológicas y actitudinales para el desarrollo de la praxis de la enfermería, en el marco de la familia y comunidad.

Unidad 1. La enfermera en salud mental comunitaria

Número de horas por unidad: 12

1.1 La salud mental comunitaria

1.2 Teorías para el trabajo en comunidades: de cuidado de sistemas, de comunicación, de redes y de grupo.

1.3 Los recursos y factores protectores de la comunidad en materia de salud mental.

1.4 los factores de riesgo para la salud mental en la comunidad.

1.5 Aspectos psicosociales del trabajo en las comunidades. Tratamiento ambulatorio y de enlace, rehabilitación de personas y grupos con sufrimiento psíquico.

1.6 Aspectos éticos del trabajo en comunidad.

1.7 Modelos que sustentan la enfermería para la salud mental:

1.7.1 Enfermería psicodinámica (Peplau).

1.7.2 Modelo de vulnerabilidad y enfermería en salud mental.

1.7.3 Modelo psicoeducativo para la enfermería en salud mental.

1.8 Modelo de autocuidado.

1.9 Modelo de intervención en crisis.

Unidad 2. Salud mental de la familia

Número de horas por unidad: 12

2.1 Influencia de los cambios sociales en lo familiar.

2.2 Alteraciones de la dinámica familiar; estructurales, del ciclo evolutivo (tareas, logros y funciones), de comunicación, de aprendizaje de límites, violencia.

2.3 Trastornos más frecuentes relacionados con sufrimiento psíquico (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones)

2.4 Corresponsabilidad de la familia con la salud comunitaria. Grupos de familias como red de apoyo a personas con sufrimiento psíquico.

Unidad 3. Intervenciones de enfermería

Número de horas por unidad: 12

3.1 Modelos de intervención en el cuidado a la salud mental.

3.2 Rol de la enfermera.

3.3 Acciones para la promoción de la salud mental, construcción de redes, construcción de entornos saludables para estilos de vida saludables, en el hogar la escuela y el trabajo (comunicación asertiva, sexualidad, habilidades sociales).

3.4 El abordaje en los grupos: grupo psicoeducativo. Grupos de autoapoyo y grupos surgidos de la comunidad.

3.5 Intervenciones de enfermería ante situaciones de crisis y sufrimiento emocional, mental o psíquico.

3.6 Terapia comunitaria.

3.7 Terapias complementarias; masaje, yoga, terapia de movimiento, biomúsica.

Unidad 4. Cuidados en las necesidades de salud mental de la familia y comunidad

Número de horas por unidad: 12

4.1 Modelos de intervención en el cuidado a la salud mental (El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker).

4.2 Rol de la enfermera.

4.3 Valoración integral de la salud mental en el individuo, familia, grupos y comunidad.

4.4 Diagnósticos más frecuentes en la salud mental:

Afrontamiento de la comunidad, afrontamiento familiar, ansiedad, riesgo de automutilación, duelo anticipado, duelo disfuncional, deterioro de la interacción social, negación ineficaz, patrones sexuales inefectivos, interrupción de los procesos familiares por alcoholismo, drogadicción, síndrome postraumático, riesgo de soledad, riesgo de suicidio, sufrimiento espiritual, síndrome traumático de violación, violencia autodirigida o violencia dirigida a otros.

4.5 Factores relacionados con el sufrimiento emocional y la salud mental: Nivel socioeconómico y cultural, marginalidad social, analfabetismo, discriminación, desempleo, falta de acceso a los servicios, incapacidad física o intelectual, participación social y democrática, anomia social, hábitos de vida, calidad de vida, herencia.

4.6 Cuidados y tecnología para la salud mental comunitaria.

Comunicación asertiva, entornos saludables, aptitudes y actitudes saludables y estilos de vida saludables, identificación de factores de riesgo y factores protectores de la comunidad y grupos vulnerables, desarrollo y potenciación de las habilidades, formación y construcción de redes en la comunidad, hogares protegidos, casa de medio camino, atención domiciliaria, talleres protegidos y casas de día, grupo psicoeducativo. Grupos de autoapoyo y grupos surgidos de la comunidad.

4.7 Terapia comunitaria.

4.8 Terapia complementarias; masaje, yoga, terapia de movimiento, biomúsica.

Análisis de los contenidos

Al realizar una revisión de los contenidos del Programa es posible hallar aspectos positivos:

- Hay congruencia entre la parte siguiente del objetivo y los tópicos señalados más adelante en las unidades, que precisamente parecen detallar los fundamentos teóricos y tendencias actuales que le permitirán a los futuros licenciados realizar intervenciones de enfermería en salud mental en la comunidad.
- Los contenidos que componen cada una de las unidades guardan relación con el tema principal expuesto al inicio.
- Los temas integrados en la totalidad del Programa de la asignatura guardan relación entre sí, lo cual quizá pudo ser un motivo para abordarlos nuevamente en unidades posteriores.
- Aunque el programa es sobre temas que involucran principalmente a la comunidad y los colectivos no se dejan de lado temas de salud mental individual.

Así como algunas áreas de mejora:

- En el comienzo el objetivo plantea que se analizará la situación de la salud mental en México, sin embargo, ninguna de las unidades aborda temas específicos que parezcan detallar dicha situación en el país.
- Algunos temas tratados que integran las unidades resultan ambiguos o demasiado generales.
- Existe disparidad en la extensión de los temas abordados en cada unidad, lo cual podría dificultar el proceso de enseñanza-aprendizaje pues se asigna el mismo número de horas por unidad (12).
- También se observó que algunos temas se repiten dentro de las unidades, por ejemplo, los contenidos de la unidad 3 y la unidad 4.

Escenarios para la práctica

La práctica fue desarrollada en diversos entornos comunitarios de la Ciudad de México; centros de desarrollo social y cultural como el Centro de Desarrollo Integral Comunitario Los Vergeles para el caso de los estudiantes que tuvieron prácticas en la zona de Villacoapa. Otro grupo tuvo como centro de trabajo un asilo localizado en la zona de Santa Úrsula.

Por otra parte un par de grupos se desplazaron a Xochimilco en donde realizaban visitas domiciliarias y localizaban centros de reunión en la comunidad que les permitiera un mejor desempeño de la práctica, entre estos escenarios atendieron a personas que asistían a escuelas e iglesias luego de una campaña de promoción para hacer saber a la comunidad lo que se encontrarían haciendo por un determinado periodo cerca de ellos. En esta última zona la escuela cuenta con un espacio similar a un local que fungía como punto de reunión para los estudiantes y sus profesores, en donde podía organizar sus actividades antes de iniciarlas y en el que las personas podían acudir para que se les valorara.

También hubo centros de atención en los que los estudiantes colaboraron con otros profesionales de la salud integrándose en su quehacer cotidiano como el Centro Integral de Esparcimiento Lúdico y Orientación (CIELO).

Poblaciones

Los estudiantes trabajaron con diversos grupos que conforman a la población general entre los que se podía encontrar en su mayoría adultos mayores, personas que asistían solas o en familia a los centros comunitarios para realizar actividades como yoga, tomar clases de baile y otras actividades recreativas como pintar. Cabe destacar que la mayoría de las personas que atendían eran de sexo femenino pues suele haber mayor disposición por este grupo para actividades de promoción a la salud en comparación con el grupo de los hombres.

Actividades

Las actividades de la práctica comunitaria iban encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se buscaba realizar detección de casos oportuna que permitiera brindar orientación a los individuos o grupos de personas que presentaban alguna alteración en su salud mental. Asimismo, se brindaba orientación e información sobre temas relevantes relacionados a la salud mental para fomentar el empoderamiento de quienes componían las comunidades a las que los estudiantes acudían. También se buscaba que los estudiantes realizaran referencias a otros profesionales con la guía de sus tutores clínicos cuando los casos que atendían así lo ameritaban.

3.5.2 Análisis de los datos

Se realizó el análisis de los resultados a través de medidas de tendencia central y dispersión, así como por frecuencias y porcentajes.

Se utilizó el programa SPSS versión 21 para el análisis inferencial de los resultados obtenidos de las pruebas de comparación y asociación realizadas en este estudio.

Se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Asimismo, se utilizó el test de Wilcoxon para saber si existieron cambios entre ambas mediciones, tanto en la totalidad del instrumento como en cada una de sus dimensiones.

3.6 Instrumento de medición

3.6.1 Descripción

El instrumento aplicado para el desarrollo de esta investigación fue la escala de Percepción de la Discriminación y la Devaluación hacia la Enfermedad Mental (DDS, por sus siglas en inglés), que pasó previamente por una adaptación cultural para su aplicación en la población perteneciente a la Ciudad de México por Mora-Ríos et. al.

El instrumento adaptado está compuesto por 19 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Exclusión y Discriminación; Mitos y Atribuciones; y Actitudes Favorables y No Favorables.

3.6.2 Confiabilidad y validez

Dicho instrumento cuenta con una consistencia interna global de 0.76, obtenida a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach.⁵⁹

3.7 Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó con base a lo establecido en la Ley General de Salud,⁷⁷ la cual señala en el:

- Art. 14. Se hace referencia al consentimiento informado del sujeto de estudio, una vez que se le ha dado una amplia explicación sobre los objetivos del estudio y la libertad para que éste decida su participación.
- Art. 16. Señala la protección y privacidad del sujeto de estudio.

Asimismo, los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki⁷⁸ en donde se hace referencia a:

- El objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

En esta investigación también se respetará el principio de autonomía de los participantes establecido en el Código de Ética para Enfermeras⁷⁹, al recordarles que se encuentran en total libertad de expresar su aceptación o rechazo ante la participación en este estudio.

Los datos obtenidos se recolectarán una vez que los participantes hayan leído y entendido los alcances de la investigación, conocido la naturaleza de los procedimientos y den fe, por medio de un consentimiento informado (ver anexos), de que cuentan con la capacidad de libre elección, sin coacción alguna.

El autor se compromete a mantener los datos recolectados bajo resguardo y confidencialidad, apegándose a lo establecido en el Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud⁸⁰ y el Código de Ética para Enfermeras antes mencionado.

IV Resultados

4.1 Descripción

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la recolección de datos del estudio. Al inicio se encuentra la caracterización de la muestra, posteriormente se presentan los resultados descriptivos y, finalmente, los de estadística inferencial.

4.1.1 Caracterización de la muestra

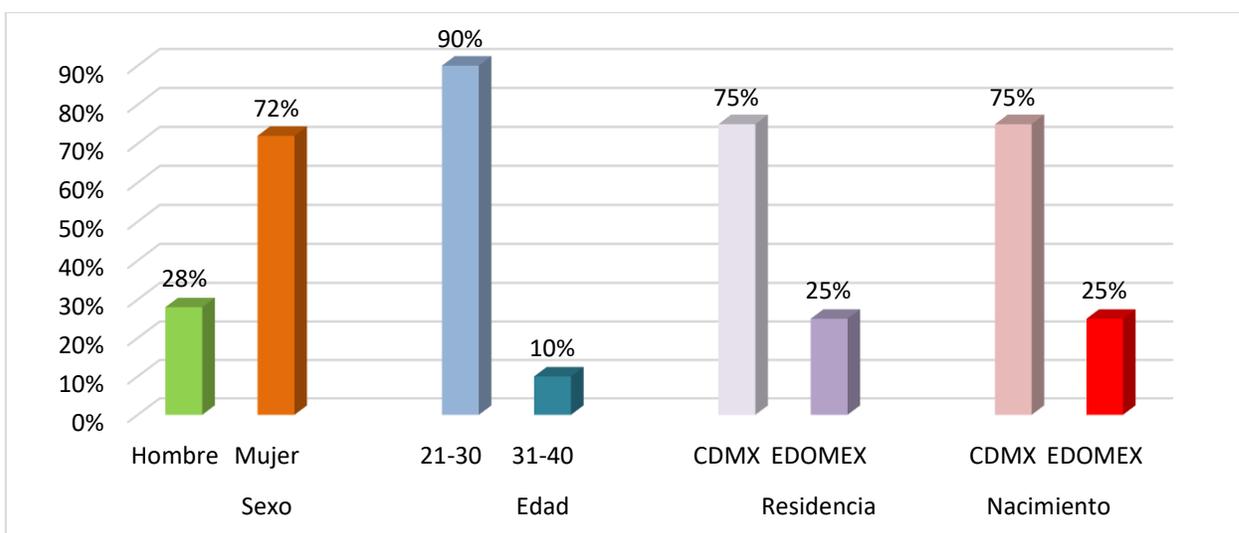
Respecto al sexo de los estudiantes la mayoría fueron mujeres, conformando casi tres cuartos de la muestra, lo cual coincide con la manera en que suelen estar compuestos los grupos de estudiantes de enfermería pues, en general, la concepción sociocultural del cuidado y las actividades que lo integran están a cargo de ellas.

La mayoría de los estudiantes se encontraba en el grupo de edad de los 21 a los 30 años, conformando el 90%.

Así como la mayoría de los estudiantes nació en la Ciudad de México, el mismo porcentaje de ellos reside en ese lugar, el 25% restante lo hace en el Estado de México.

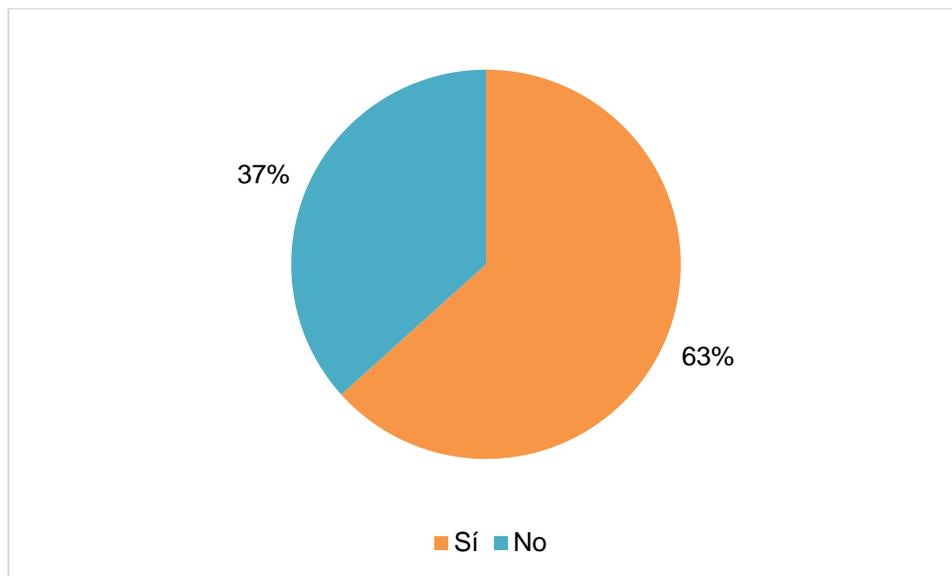
Todo lo anterior puede verse representado en la Figura 1.

Figura 1 Caracterización de la muestra



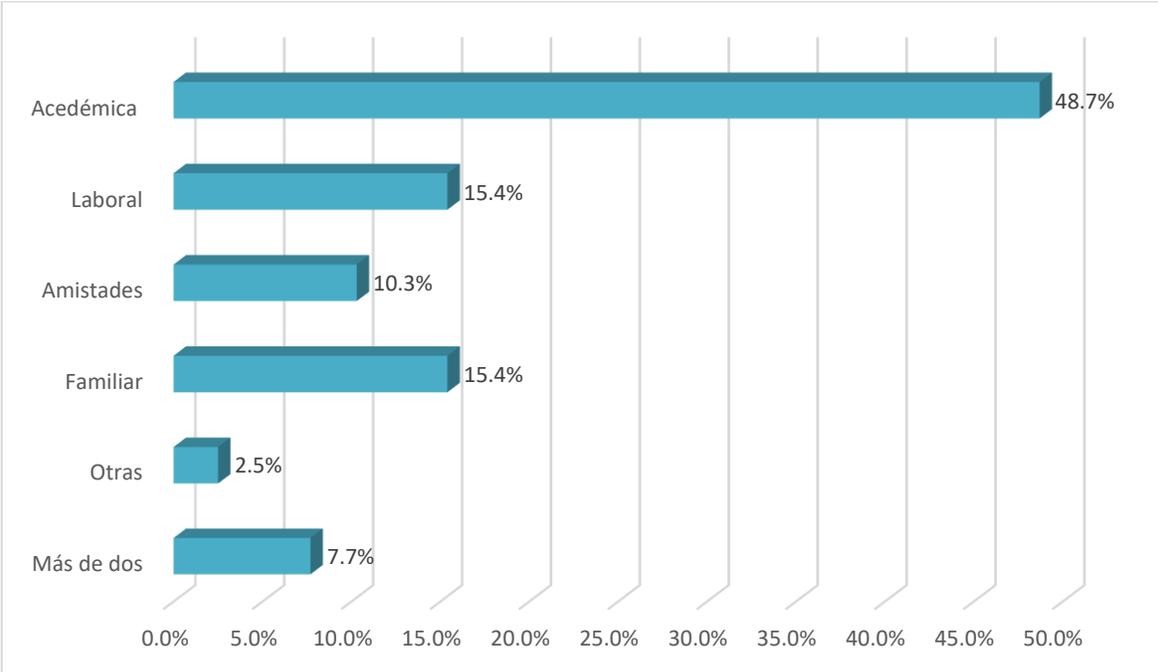
Respecto a otras variables intervinientes como el contacto previo con personas con enfermedad mental, es destacable el hecho de que casi dos tercios de la población que conformó la muestra habían tenido algún contacto con personas con enfermedad mental (Figura 2).

Figura 2 Contacto previo con personas con enfermedad mental



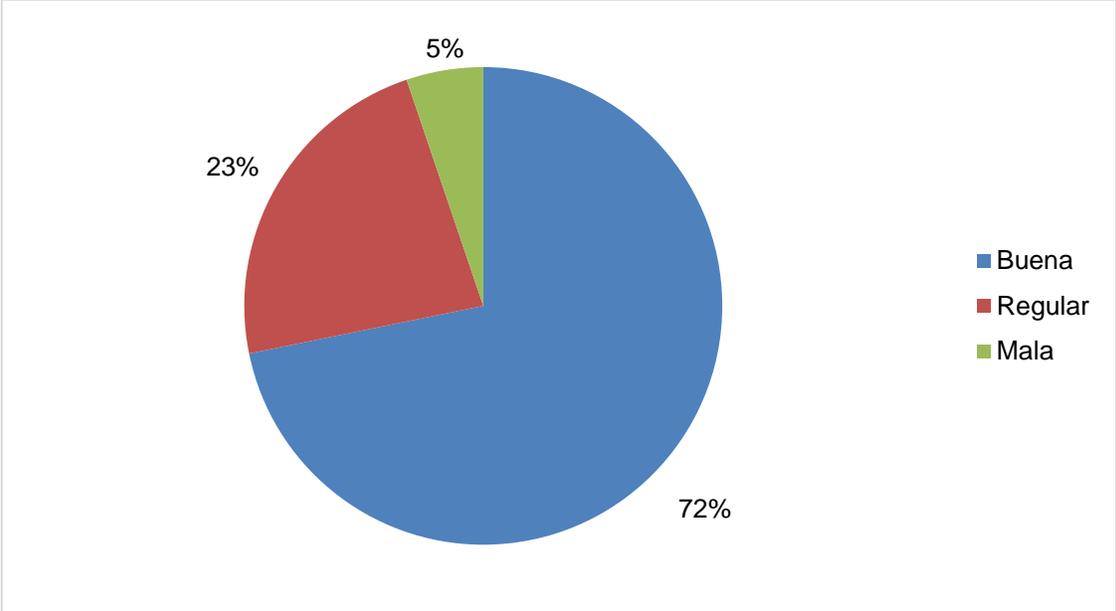
La Figura 3 detalla el contexto en el que se llevó a cabo el contacto previo de los estudiantes con las personas con enfermedad mental, destaca el entorno académico de entre los demás, habiéndose presentado en casi la mitad de las experiencias referidas por los estudiantes.

Figura 3 Contexto del contacto previo con personas con enfermedad mental



Finalmente, la Figura 4 da cuenta de la percepción previa a la práctica que los estudiantes establecieron respecto al tipo de relación que habían tenido anteriormente con personas con enfermedad mental.

Figura 4 Tipo de relación percibida ante el contacto previo



4.2 Análisis estadístico

En este apartado se muestran los resultados descriptivos obtenidos de la aplicación del instrumento y sus tres dimensiones. Más adelante se muestra el par de mediciones que comprenden el momento anterior y posterior a la práctica.

A continuación, en la Tabla 1, se muestran las medias de cada dimensión del instrumento antes y después de realizada la práctica en Enfermería en la Salud Mental Comunitaria.

Tabla 1. Medias por dimensión del instrumento antes y después de la práctica

Dimensiones	Antes	Después	Diferencia entre medias	Significancia
	Media y DE	Media y DE		p
Exclusión y discriminación	9.0 ± 0.60	9.4 ± 0.59	0.4	0.23
Mitos y atribuciones	9.7 ± 0.69	9.8 ± 0.62	0.1	0.73
Actitudes favorables y no favorables	12.8 ± 0.66	12.5 ± 0.56	0.3	0.52
Global	31.56 ± 0.57	31.88 ± 0.50	0.3	0.73

Se realizó la comparación de medias entre las dimensiones por medio de la prueba de t de Student para muestras relacionadas, el valor de la prueba fue superior a 0.05, por lo que se asume que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones analizadas en ambos momentos.

En la Tabla 2 se muestran los resultados de la aplicación del instrumento en ambos momentos de medición. Cabe señalar que solo se encontraron cambios estadísticamente significativos en la dimensión *Exclusión y discriminación* por medio del test estadístico de Wilcoxon. La prueba reportó que 10 estudiantes presentaron actitudes menos favorables después de la práctica, asimismo 23 estudiantes presentaron actitudes más favorables luego de la misma; 27 se mantuvieron sin cambios entre ambos momentos.

Tabla 2. Porcentaje de actitudes favorables y no favorables antes y después de la práctica †

Dimensiones	Antes	Después
Exclusión y discriminación †		
Actitud de alto rechazo	3 (5%)	3 (5%)
Actitud de rechazo	33 (55%)	20 (33%)
Actitud de aceptación	23 (38%)	37 (61%)
Actitud de alta aceptación	1 (2%)	0 (0%)
Mitos y atribuciones		
Actitud de alto rechazo	3 (5%)	1 (2%)
Actitud de rechazo	22 (37%)	29 (48%)
Actitud de aceptación	31 (52%)	27 (45%)
Actitud de alta aceptación	4 (7%)	3 (5%)
Actitudes favorables y no favorables		
Actitud de alto rechazo	1 (2%)	0 (0%)
Actitud de rechazo	12 (20%)	11 (18%)
Actitud de aceptación	37 (62%)	41 (68%)
Actitud de alta aceptación	10 (17%)	8 (13%)
Global		
Actitud de alto rechazo	2 (3%)	2 (3%)
Actitud de rechazo	37 (62%)	41 (68%)
Actitud de aceptación	20 (33%)	17 (28%)
Actitud de alta aceptación	1 (2%)	0 (0%)

†=Test de Wilcoxon p=0.04

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión *Exclusión y discriminación* †

Sexo	Actitudes	Antes	Después
Mujer	Alto Rechazo	3 (5%)	2 (3.3%)
	Rechazo	24 (40%)	15 (25%)
	Aceptación	15 (25%)	23 (38.3%)
	Alta aceptación	1 (1.7%)	3 (5%)
Hombre	Alto Rechazo	0 (0%)	1 (1.7%)
	Rechazo	9 (15%)	7 (11.7%)
	Aceptación	8 (13.3%)	8 (13.3%)
	Alta aceptación	0 (0%)	1 (1.7%)

†=Test de Wilcoxon $p=0.03$

Se encontraron cambios estadísticamente significativos en la dimensión *Exclusión y discriminación* por medio del test estadístico de Wilcoxon de acuerdo al sexo. En el grupo de las mujeres la prueba reportó que 8 estudiantes presentaron actitudes menos favorables después de la práctica, asimismo 22 estudiantes presentaron actitudes más favorables luego de la misma; 30 se mantuvieron sin cambios.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión *Mitos y atribuciones*

Sexo	Actitudes	Antes	Después
Mujer	Alto Rechazo	2 (3.3%)	1 (1.7%)
	Rechazo	15 (25%)	21 (35%)
	Aceptación	23 (38.3%)	18 (30%)
	Alta aceptación	3 (5%)	3 (5%)
Hombre	Alto Rechazo	1 (1.7%)	0 (0%)
	Rechazo	7 (11.7%)	8 (13.3%)
	Aceptación	8 (13.3%)	9 (15%)
	Alta aceptación	1 (1.7%)	0 (0%)

†=Test de Wilcoxon $p=0.534$

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Mitos y atribuciones* por medio del test estadístico de Wilcoxon.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de estudiantes por sexo según sus respuestas antes y después de la práctica en la dimensión *Actitudes favorables y no favorables*

Sexo	Actitudes	Antes	Después
Mujer	Alto Rechazo	1 (1.7%)	0 (0%)
	Rechazo	5 (8.3%)	9 (15%)
	Aceptación	31 (51.7%)	28 (46.7%)
	Alta aceptación	6 (10%)	6 (10%)
Hombre	Alto Rechazo	0 (0%)	0 (0%)
	Rechazo	7 (11.7%)	2 (3.3%)
	Aceptación	6 (10%)	13 (21.7%)
	Alta aceptación	4 (6.7%)	2 (3.3%)

†= Test de Wilcoxon p= 0.865

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Actitudes favorables y no favorables* por medio del test estadístico de Wilcoxon.

V Discusión y conclusiones

5.1 Interpretación y discusión de resultados

Los resultados de la comparación entre la primera dimensión antes y después de la práctica concuerdan con los arrojados por investigaciones previas en otras escuelas de ciudades como: Barcelona², en donde se desarrolló un estudio longitudinal prospectivo con pretest-postest durante el primer semestre del 2015 en unidades de hospitalización psiquiátrica, utilizando el cuestionario Opinión sobre la Enfermedad Mental (OMI) antes de que los estudiantes iniciaran el practicum y al finalizarlo; en este estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la puntuación obtenida en la aplicación del cuestionario final respecto al inicial, con una puntuación menos estigmatizadora al finalizar el periodo de prácticas. Este trabajo concluyó que conocer la actitud de los estudiantes de enfermería en relación al trastorno mental al inicio de sus prácticas permite identificar posibles percepciones negativas e implementar acciones para disminuir la estigmatización del colectivo, mejorar las emociones de los alumnos y disminuir sus niveles de estrés.

Por otra parte en Braganza⁸¹, en un estudio en el que participaron 72 estudiantes de enfermería y cuyo objetivo fue conocer sus creencias y actitudes hacia las personas con patología mental, luego de realizar varias mediciones con el Cuestionario de Atribución AQ-27 las actitudes de los estudiantes reflejaron variación. En este estudio se concluye que la formación en materia de salud mental de los estudiantes es fundamental para rebajar el nivel de estigma hacia la persona con patología mental.

En Latinoamérica un estudio similar tuvo lugar en Chile⁸², en ese estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el postest, que mostraba también una mejora en las actitudes de los estudiantes hacia las personas con enfermedad mental lo que, de acuerdo a lo reportado por los autores, está relacionado con las experiencias de aprendizaje que consideran el contacto con personas con discapacidad psiquiátrica, en diferentes dispositivos de la red de psiquiatría y el acompañamiento docente directo.

Una explicación posible para el cambio observado únicamente en la primera dimensión del instrumento en ambos momentos de medición es que los ítems que la integran implican en su mayoría acciones concretas y patrones conductuales que tienden al rechazo o limitan la aceptación de personas con enfermedad mental. El que hayan aumentado las actitudes favorables en 23 de los 60 estudiantes podría tener que ver con que la práctica cumplió su objetivo; creando conciencia en ellos y haciéndolos más sensibles y menos proclives a las ya mencionadas actitudes de rechazo. Sin embargo, en ese entendido, en el caso de los 10 estudiantes en quienes aumentaron las actitudes de rechazo en la misma dimensión luego de la práctica ésta habría tenido un efecto negativo, dejando ver que la misma intervención tuvo un efecto diferente sobre distintos individuos.

El hecho de que haya habido cambios más notorios en el grupo de las mujeres puede atribuirse a varios factores, para empezar, debe considerarse que compusieron la mayoría de la muestra, representando a casi tres cuartos de la población que participó en el estudio. Cabe la posibilidad de que dicho grupo cuente con características propias que las haga más susceptibles a los cambios, pero esto es mera especulación del autor debido a que en el plan de estudios no se observa que haya un eje interviniente desde la perspectiva de género o algo parecido que pueda hacer distinto el proceso de aprendizaje para hombres y mujeres. Dicha propensión al cambio observada en el grupo de las mujeres es una característica bastante interesante por donde quiera que se aborde; como futuro personal de enfermería ellas contarían ya con un rasgo bastante valioso pues esos datos reflejan que son personas capaces de hacer un análisis de las actitudes y creencias propias, reflexionarlas y cambiar (de opinión, de pensamiento, de acciones) si consideran que es necesario. Habría que considerar otros factores que no se están abordando en este estudio y que tienen que ver con lo que hay fuera del entorno académico, factores culturales y sociales, por mencionar algunos ejemplos. Este punto en específico se presta para una discusión más extensa pues es también importante considerar que cualquier aseveración debe hacerse con las debidas reservas y siempre apoyada en los datos científicos.

Por otra parte, continuando con el caso concreto de este trabajo, la falta del cambio esperado en las dimensiones *Mitos y atribuciones* y *Actitudes favorables y no favorables* podría atribuirse a que es notable que los ítems que las integran, al ser analizados detenidamente, contienen actitudes más relacionadas con pensamientos y sentimientos, al menos en comparación con la primera dimensión. Esto concuerda con lo reportado actualmente en la literatura pues cambios a nivel cognitivo y emocional requieren de intervenciones más complejas y extensas.

Otro aspecto a tener en cuenta al discutir estos resultados, es que en el contenido del curso tomado por los estudiantes yace un enfoque desde la perspectiva de la salud mental, como lo ha indicado la OMS en los planes educativos más recientes y no desde la enfermedad psiquiátrica, como solía hacerse con anterioridad.

Otra explicación probable a la falta de cambios de un momento a otro es la duración de la práctica, que constó de solamente tres semanas, mismas que podrían considerarse como insuficientes para generar un cambio en las actitudes y creencias de los estudiantes en general.

5.2 Conclusiones

A la luz de los resultados de esta investigación y comparándolos con el objetivo general se acepta la hipótesis general, es decir, la práctica del curso “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” sí tuvo influencia en las actitudes y creencias de los estudiantes hacia la enfermedad mental, haciéndolas más favorables.

Esto debido a la diferencia estadísticamente significativa encontrada en la dimensión *Exclusión y discriminación* del instrumento utilizado durante el segundo momento de aplicación, es decir, después de la práctica.

5.3 Recomendaciones

Como primera sugerencia para investigaciones similares posteriores es realizar una primera medición antes del inicio del curso teórico-práctico y otra al finalizarlo, para comparar ambas mediciones, considerando que sería importante medir también la influencia que tiene la parte teórica en intervenciones educativas de este tipo.

Respecto al plan de estudios de los participantes sería pertinente considerar cambios como dedicar más tiempo para abordar los cuidados de enfermería tanto en la salud como en la enfermedad mental, en los tres niveles de atención, teniendo en cuenta, como se ha hecho con anterioridad, al individuo, la familia y la comunidad.

La salud y enfermedad mental bien pueden incluirse como ejes transversales en el plan de estudios para que así el aprendizaje de los estudiantes esté permeado por estos temas a lo largo de toda su formación en la licenciatura, esto con el propósito de ampliar su panorama ante las necesidades que en la actualidad se están presentando en la población. Es también importante tener en cuenta que la salud y la enfermedad mental varían conforme los individuos, familias y grupos atraviesan por las distintas etapas de la vida.

Como ya se ha mencionado el plan de estudios solo incluía una asignatura de salud mental, gracias a lo cual fue posible considerar posible relacionarla a este estudio y estimar un posible cambio en las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en un inicio. Dicha materia se encuentra en el semestre final del programa de la licenciatura, por lo que se recomienda se incluyan temáticas y experiencias de aprendizaje relacionadas con la salud mental antes de que esté a punto de concluir la carrera pues en los diversos contextos en que los estudiantes se desenvuelven podrían ser agentes activos que apoyen a las personas desempeñando actividades como psiquiatría de enlace, detección de casos de riesgo, facilitadores, entre otros.

Asimismo, sería interesante considerar otras intervenciones educativas de naturaleza más informal, como establecer contacto directo o indirecto con

personas con enfermedad mental o personas cercanas a ellas (familia, amigos, personal de salud), ya que diversos estudios han demostrado que este tipo de intervenciones suelen generar cambios más favorables y duraderos al intentar disminuir el estigma hacia quienes tienen un padecimiento psiquiátrico.^{25, 31, 67}

5.4 Implicaciones y sugerencias

Respecto a las implicaciones de esta investigación en el campo de la educación, puede tenerse en cuenta que es necesario desarrollar e incluir contenidos que sensibilicen y preparen a los estudiantes para el trato con personas con enfermedad mental, tanto en el aula, simulación clínica, role-playing, así como en el ámbito práctico, buscando siempre que exista congruencia entre los conocimientos adquiridos en el salón de clases y lo que se observa con las personas que reciben cuidado en la realidad; desde centros comunitarios hasta hospitales psiquiátricos, pasando por casas de camino, centros de rehabilitación y hospitales generales.

Una implicación en la que convergen atención a la salud y docencia es que enseñar cómo mantener la salud mental implica desarrollar actitudes, creencias y sensibilidad social para evitar estigma hacia la enfermedad mental, lo que a su vez requiere contar con docentes preparados para tal fin.

Respecto a las políticas públicas, es necesario que, para dar respuesta a las necesidades en salud mental de la población, se revalore la necesidad de desarrollar actitudes, creencias y valores que reduzcan el estigma hacia la enfermedad mental, no solo en la formación del personal del área de la salud sino también en la población general. Asimismo, es indispensable que se inviertan más recursos económicos, administrativos y humanos que posibiliten contar con personal capacitado en los tres niveles de atención.

Referencias bibliográficas

- ¹ Fresán A, et al. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud mental*. 2012; 35(3): 215-223.
- ² Vílchez-Estévez MC, et al. El rostro de la locura: Actitud de los alumnos de enfermería hacia el trastorno mental. *Ágora de enfermería*. 2017; 21(2): 61-65.
- ³ Fuentes-Olavarría D, et al. Cambio de actitud de estudiantes de enfermería hacia la enfermedad mental mediante aprendizaje experiencial. *Educación Médica Superior*. 2018; 33.
- ⁴ Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. 4.
- ⁵ Collazos M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. 2007. *Salud mental*. 2007; 30(2): 75-80.
- ⁶ Medina-Mora ME, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*. 2003; 26(4): 1-16.
- ⁷ Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L & Pahlua-Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016; 59(6): 8-22.
- ⁸ Ruíz-Garzón R. Las voces del laberinto. Historias reales sobre perspectiva general. Ciudad de libros. México, 2007. 112.
- ⁹ Programa de Acción Específico 2007-2012 Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [sitio en internet]. Acceso el 16 de abril de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/1GTICpD>
- ¹⁰ Medina-Mora ME, et al. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Academia Nacional de Medicina. México. Documento de postura. 2015; 137-44.
- ¹¹ Mascayano F, et al. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*. 2015; 38: 53-8.
- ¹² Frenk J. La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica, 2016.
- ¹³ Giraldo, Paula Andrea Díaz. La pregunta por la salud mental: un concepto disgregado. *Revista Electrónica Psyconex*. 2015. 7(11): 1-16.
- ¹⁴ Torres B & Evanis P. Atención de los pacientes con trastornos depresivos en Colombia comparado con otros países Ecuador y México. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. 2017.

-
- ¹⁵ De Mesquita-Dummar A. Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia. Universidad de Oviedo. 2015.
- ¹⁶ Junta de Andalucía. 1 de cada 4 [sitio en internet]. Acceso el 19 de mayo de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2q1s6ws>
- ¹⁷ Link B, et al. Stigma as a barrier to recovery. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*. 2001; 52(12): 1621.
- ¹⁸ Link B & Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27: 363–85.
- ¹⁹ Hatzenbuehler M, et al. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*. 2013; 103(5): 4.
- ²⁰ Watson A, Ottati V, & Corrigan P. From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*. 2003; 49(2): 142-57. Traducción del autor.
- ²¹ Descriptores en Ciencias de la Salud. Definición de “práctica” [sitio en internet]. Consultado el 23 de mayo de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/1qlelzg>
- ²² Triandis HC. *Attitude and Attitude Change*. Wiley Foundations of Social Psychology Series. 1971. 27.
- ²³ Antonak R & Livneh H. *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics and scales*. Charles C Thomas, Publisher, 1988.
- ²⁴ García-Silberman S. The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud Mental*. 1998; 21(5): 7-19.
- ²⁵ Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital. Revista de pensamiento e investigación social*. 2002; 2: 18.
- ²⁶ Descriptores en Ciencias de la Salud. Definición de “estudiantes de enfermería” [sitio en internet]. Consultado el 23 de mayo de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/1qlelzg>
- ²⁷ Organización Mundial de la Salud. Definición de “salud mental” [sitio en internet]. Acceso el 23 de mayo de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/1hgychl>
- ²⁸ Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM-IV TR. Definición de “trastorno mental” [sitio en internet]. Acceso el 19 de mayo de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2pTE1Rc>
- ²⁹ Yubero S. Capítulo XXIV Socialización y aprendizaje social. En: *Psicología social, cultura y educación*. Pearson. Madrid. 2003: 839-40.
- ³⁰ Berger P, Luckmann T & Zuleta S. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. Río de la Plata, Argentina. 1999: 39-41.

-
- ³¹ Deaux K & Philogène G. Representations of the social: Bridging theoretical traditions. Blackwell Publishing. 2001. 15.
- ³² Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and Schuster, 2009.
- ³³ Crocker J & Quinn D. Social stigma and the self: meanings, situations, and self-esteem. En: The social psychology of stigma. The Gilford Press. New York / London. 2000: 153.
- ³⁴ Pachankis J. The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. Psychological Bulletin. 2007; 133(2): 336.
- ³⁵ Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura Económica. México. 1976: 12.
- ³⁶ Bandura A & Rivièrè A. Teoría del aprendizaje social. 1982.
- ³⁷ Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. 2015.
- ³⁸ Da Silva-Santos S, Hirata-Soares M & Gonçalves-Pestana A. Attitudes, knowledge, and opinions regarding mental health among undergraduate nursing students. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013; 47(5): 1195-202.
- ³⁹ Poreddi V, et al. Bachelor of nursing student's attitudes towards people with mental illness and career choices in psychiatric nursing. An Indian perspective. Investigación y Educación en Enfermería. 2015; 33: 148-54.
- ⁴⁰ Barbosa M, Ribeiro C & Brandão G. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a loucura. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2016; 5(2): 3-17.
- ⁴¹ Ochoa S, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011; 31(111): 477-89.
- ⁴² Ochoa S, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011; 31(111): 477-89.
- ⁴³ Brenman N, et al. Demand and Access to mental health services: a qualitative formative study in Nepal. BMC International Health and Human Rights. 2014; 14(22): 1-12.
- ⁴⁴ Vicente JB, et al. Acceptance of patients with mental illness: a family perspective. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2013; 34(2): 54-61.
- ⁴⁵ Perlick D, et al. In our own voice-family companion: Reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. Psychiatric Services. 2011; 62(12): 1456-62.
- ⁴⁶ Dalky H. Perception and coping with stigma of mental illness: Arab families' perspectives. Issues in Mental Health Nursing. 2012; 33: 486-91.

-
- ⁴⁷ Wagner LC, et al. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2077-87.
- ⁴⁸ Corrigan P, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*. 2014; 218: 35-38.
- ⁴⁹ Girma E, et al. Public stigma against family members of people with mental illness: findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*. 2014; 14(2): 1-7.
- ⁵⁰ Zarea K, et al. Facing the challenges and building solutions in clinical psychiatric nursing in Iran: A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012; 33: 697-706.
- ⁵¹ Modgill G, et al. Opening minds stigma scale for health care providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(120): 1-10.
- ⁵² Knaak A, Ungar T & Patten S. Seeing is believing: Biological information may reduce mental health stigma amongst physicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 29(8): 751-55.
- ⁵³ Resnick S & Rosenheck R. Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*. 2008; 59(11): 1307-14.
- ⁵⁴ Whitley R, et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: Facilitators and barriers. *Psychiatric Services*. 2009; 60(2): 202-09.
- ⁵⁵ Cook J, et al. Initial outcomes of a mental illness self management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatric Services*. 2009; 60(2): 246-49.
- ⁵⁶ Chien WT, Yeung F & Chan A. Perceived stigma of patients with severe mental illness in Hong Kong: Relationships with patients' psychosocial conditions and attitudes of family caregivers and health professionals. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*. 2014; 41: 237-51.
- ⁵⁷ Egbe C, et al. Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(191): 1-14.
- ⁵⁸ Mak W & Cheung R. Psychological distress and subjective burden of caregivers of people with mental illness: The role of affiliate stigma and face concern. *Community Mental Health Journal*. 2012; 48: 270-74.
- ⁵⁹ Mora-Ríos J, et al. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2013; 36: 9-18.

⁶⁰ Flores S, Medina R & Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*. 2011; 34: 333-39.

⁶¹ Bilge A & Palabiyik O. The effect of short films about mental health and disorders on preventing stigmatization in nursing education. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017; 31: 88-92.

⁶² Lengruher-de Azevedo A, Carvalho-de Araújo S & Lopes-Louzada V. How nursing students perceive communication with patients in mental health. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015; 28(2): 125-31.

⁶³ Fernández M & Leal CM. La radio como instrumento de rehabilitación y recuperación en trastorno mental severo y crónico: Experiencias en la comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid; Universidad Autónoma de Madrid, España. 2015; 99-110.

⁶⁴ Knaak A, Ungar T & Patten S. Seeing is believing: Biological information may reduce mental health stigma amongst physicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015; 29(8): 751-55.

⁶⁵ Saavedra-Macías F. Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2011; 18: 121-39.

⁶⁶ Rosillo M, Hernández M & Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2013; 33(118): 257-71.

⁶⁷ Moll S. The web of silence: a qualitative case study of early intervention and support for healthcare workers with mental ill-health. *BMC Public Health*. 2014; 14(138): 1-13.

⁶⁸ Martínez A. Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009; 1-12.

⁶⁹ Yanos P, et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008; 59(12): 1437-42.

⁷⁰ Whitley R & Drake R. Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*. 2010; 61(12): 1248-50.

⁷¹ Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993; 16(4): 11-23.

⁷² Davidson L, et al. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*. 2006; 57(5): 640-45.

⁷³ Mora-Ríos J & Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*. 2014; 37: 303-12.

⁷⁴ Alonso C. Una experiencia de trabajo social de grupo con pacientes con enfermedad grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2014; 27: 223-31.

⁷⁵ Slade M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014; 13: 12-20.

⁷⁶ Hernández-Sampieri, Roberto, et al. *Metodología de la investigación*. 6ª edición. México: Mcgraw-Hill. 1998.

⁷⁷ Ley General de Salud [sitio en internet]. México. Acceso el 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2eVSvZl>

⁷⁸ Declaración de Helsinki [sitio en internet]. Finlandia. Acceso el 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2eOpMIB>

⁷⁹ Código de ética para enfermeras [sitio en internet]. México. Acceso el 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/1SXnwJB>

⁸⁰ Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud [sitio en internet]. México. Acceso el 18 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/1SBpqPT>

⁸¹ Novo A, et al. Actitud de los estudiantes de enfermería ante la persona con patología mental. II Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud. 2015.

⁸² Parra-López L, Ortiz-Rebolledo N & Moya-Ahumada C. Efectos de la experiencia clínica en las actitudes de estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad psiquiátrica. *Ciencia y enfermería*. 2017; 23(3): 125-32.

ANEXOS

Cuestionario de datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos

Instrucciones

La información solicitada en el siguiente cuestionario es de tipo personal y confidencial. Responda de manera clara, concisa y fidedigna; los datos que proporcione serán de gran utilidad para el desarrollo del estudio.

I. Información general

Número de lista:_____ Grupo:_____ Edad:_____ años Sexo: (M) (H)

Religión:_____ Lugar de nacimiento:_____

Lugar de residencia:_____

Marque con una X en el paréntesis la opción correspondiente:

1) ¿Tiene alguna experiencia tratando con personas con alguna enfermedad mental?

Sí () No ()

2) ¿Qué tipo de experiencia?

2.1 Académica (prácticas escolares) ()

2.2 Laboral ()

2.3 Social (vecinos) ()

2.4 Familiar ()

2.5 Otras (especifique):_____

2.1.1 ¿Desde hace cuánto tiempo? _____

3) ¿Cómo categorizaría la relación con esa(s) persona(s)?

3.1 Buena

3.2 Regular

3.3 Mala

4) ¿Qué tan seguido convive con esa(s) persona(s)?

4.1 Viví con esa(s) persona(s)

4.2 Vivo con esa(s) persona(s)

4.3 La(s) visito / me visitan muy seguido

4.4 La(s) visito / me visitan ocasionalmente

4.5 Ya no tengo una convivencia con esa(s) persona(s)

Escala de Devaluación y Discriminación Percibidas (DDS)

Familiares y población general

En esta ocasión nos interesa conocer la opinión que se tiene respecto a la enfermedad mental y a las personas que la padecen. No buscamos respuestas correctas o incorrectas, la información que nos proporcione es confidencial, es decir que no anotamos su nombre y ninguna persona puede identificar sus respuestas.

Le invitamos a responder todas las preguntas que se le plantean.

De acuerdo a lo que usted ha podido ver y escuchar, indique cuál de las siguientes opciones de respuesta se acerca más a lo que la mayoría de las personas piensan acerca de la enfermedad mental, no a su opinión personal.

Responda a partir de las siguientes opciones:

Estoy totalmente en desacuerdo (1)

No estoy de acuerdo (2)

Si estoy de acuerdo (3)

Estoy totalmente de acuerdo (4)

	Estoy Totalmente en Desacuerdo	No estoy de Acuerdo	Estoy de Acuerdo	Estoy Totalmente de Acuerdo
1. La mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad mental severa.	1	2	3	4
2. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona.	1	2	3	4
3. La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra.	1	2	3	4

4. La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela, a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa.	1	2	3	4
5. La mayoría de la gente piensa que ingresar en un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal.	1	2	3	4
	Estoy Totalmente en Desacuerdo	No estoy de Acuerdo	Estoy de Acuerdo	Estoy Totalmente de Acuerdo
6. La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada.	1	2	3	4
7. La mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos.	1	2	3	4
8. En la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental, si está bien calificada para el puesto.	1	2	3	4
9. La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental.	1	2	3	4
10. La mayoría de la gente en mi comunidad trataría como a cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental.	1	2	3	4
11. La mayoría de la gente joven no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo.	1	2	3	4
12. La mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico.	1	2	3	4

13. La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales.	1	2	3	4
14. La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento.	1	2	3	4
15. La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental.	1	2	3	4
16. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter.	1	2	3	4
17. La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él.	1	2	3	4
18. La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron.	1	2	3	4

Puntuación mínima: 19 Puntuación máxima: 76

Consentimiento informado

Título del estudio: Influencia de la práctica comunitaria en salud mental sobre actitudes y creencias de estudiantes de enfermería hacia la enfermedad mental

Investigador: Cadaagrossii Galeana Zamacona

El objetivo de esta investigación es analizar la relación que existe entre la práctica de la asignatura “Enfermería en la Salud Mental Comunitaria” y las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en los alumnos de 8° semestre de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en el Ciclo Escolar 2018-2.

Se aplicará un instrumento que evalúe las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental y las personas que la padecen. Se realizarán dos mediciones; una antes de la práctica y otra al haber concluido dicha práctica.

Cualquier duda acerca de la investigación será posible consultarla con el aplicador del instrumento y responsable de la investigación, cabe resaltar que la información proporcionada a través del instrumento es completamente confidencial y será de uso exclusivo para el desarrollo de la investigación, es decir, su participación será totalmente confidencial.

Finalmente, es importante recordarle que su participación no es obligatoria y de ninguna manera repercutirá en el desarrollo de sus actividades académicas. Asimismo, puede abandonar el estudio en cualquier momento si usted así lo decidiera.

El participante: Después de haber leído detenidamente el consentimiento informado, declaro que acepto participar en la investigación, por tal motivo otorgo mi firma voluntariamente.

Firma

Fecha

Aprobación para la aplicación del instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CADAAGROSSII GALEANA ZAMACONA
Estudiante del PME de la UNAM
PRESENTE

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
CI/14/2018
Asunto: Aplicación de Instrumento

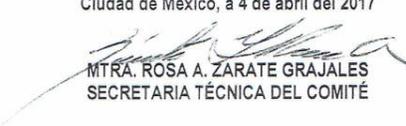
En relación a su solicitud relacionada con la aplicación del instrumento titulado "Efecto de una intervención educativa en las actitudes y creencias de estudiantes de enfermería hacia la enfermedad mental", a estudiantes de la ENEO, informo a usted que el Comité de Investigación en la reunión ordinaria APRUEBA la aplicación del instrumento con el No. de acuerdo 122/122/18 y le solicita acudir a la Secretaría General de la escuela para coordinar los tiempos y escenarios para su aplicación. Así también el Comité de Investigación le solicita enviar una copia de sus resultados a la División correspondiente y a esta Coordinación para dar por concluido el proceso de registro y seguimiento.

Así también le solicita revisar las siguientes recomendaciones de carácter general y en su caso incorporarlas al proyecto:

- En la justificación los primeros renglones aluden a que "las enfermedades mentales han ido en aumento". Al respecto la junta de Andalucía... es conveniente que resalte la situación que vive México.
- Mostrar congruencia en todo su protocolo de que evaluará el nivel de estigmatización hacia la enfermedad mental a partir de la opinión de los estudiantes, ya que en alguna parte se contradice con esto.
- Repensar en su instrumento la pertinencia de la redacción "la mayoría de las personas..." por una redacción en primera persona, a pesar de que conocemos su argumento de querer evitar la discapacidad social.
- En el instrumento es conveniente que se personalicen las repuestas quitar el párrafo en donde se refiere que "no es la opinión personal sino lo que la mayoría de las personas piensan", se contraponen con el objetivo general y con los específicos y en tal caso cualquier personal podría responder el instrumento sin ser específicamente los estudiantes que cursan la asignatura en cuestión.
- En el cronograma, después de la segunda recolección de datos no se especifica en qué momento se hará el análisis de los mismos, además se habla de "recogida" de datos término que no se utiliza en nuestro contexto.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 4 de abril del 2017


MTRA. ROSA A. ZARATE GRAJALES
SECRETARIA TÉCNICA DEL COMITÉ



c.c.p.- Dra. Silvia Crespo Knopfler. - Tutora de Tesis.- Presente
Mtra. Patricia González Ramírez Secretaria General de la ENEO. - Presente

RAZG/olmm