



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Análisis sobre la percepción social de profesionales sanitarios y de la comunidad sobre la enfermedad mental.

Alumna: Piedad María Rodríguez Díaz

Tutora: Prof. María Hernández Padilla
Dpto: Enfermería

Junio, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Análisis sobre la percepción social de profesionales sanitarios y de la comunidad sobre la enfermedad mental.

Tutora: Prof. María Hernández Padilla
Dpto: Enfermería

Fdo.: Piedad María Rodríguez Díaz

Junio, 2014

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN/ABSTRACT.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. METODOLOGÍA.....	9
3. ANÁLISIS SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LA COMUNIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL: ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	12
3.1. Percepción social de las y los enfermos mentales.....	12
3.1.1. Percepción social en España.....	12
3.1.2. Las familias de pacientes psiquiátricos.....	15
3.1.3. Influencia de los Medios de Comunicación en la percepción social sobre las y los enfermos mentales.....	16
3.1.4. Percepción entre los y las jóvenes hacia las y los enfermos mentales.....	17
3.1.5. Actitudes hacia la y el enfermo mental en países no europeos.....	19
3.2. Percepción de profesionales de salud hacia las y los enfermos mentales y hacia la sociedad.....	20
3.2.1. Profesionales enfermeros y enfermeras.....	20
3.2.2. Profesionales médicos y médicas de Atención Primaria.....	26
4. CONCLUSIONES.....	30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
6. ANEXOS.....	39

RESUMEN

La enfermedad mental ha evolucionado a lo largo de las décadas, no sólo en tratamientos, cuidados y formas de trabajo; sino también en la imagen social que genera en la comunidad. Los adjetivos como loco, perturbado, agresivo, peligroso... siguen formando parte de nuestro vocabulario a la hora de dirigirnos hacia una persona con enfermedad mental.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la percepción de las y los profesionales de salud (enfermeras y enfermeros, médicos y médicas) así como, la percepción social y comunitaria hacia la salud mental y hacia las y los enfermos mentales (sobre todo, lo relativo al estigma y la discriminación). Todo ello, se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos nacionales e internacionales.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, enfermera, visión, percepción social, comunidad.

ABSTRACT

Mental illness has evolved over the decades, not only in treatment, care and ways of working, but also about the social image generated in the community. Adjectives, like crazy, disturbed, aggressive, dangerous, have still gone on in our vocabulary when we speak about a person with mental illness.

The main aim of this essay is to analyze the view of healthcare professionals (nurses and doctors) and the social perception about mental health and psychiatric patient (above all, subject about the stigma and discrimination). All this, it has been carried out with a literature review in national and international databases.

KEY WORDS: Mental health, nurse, vision, social percepción, community

1. INTRODUCCIÓN

El estigma hacia la enfermedad mental es una realidad en nuestros días, *“las personas con problemas de salud mental generalmente son excluidas de participar plenamente en la sociedad, y no están empoderadas para cambiar aquello que las oprime. Es probable que la asistencia del desarrollo que ayuda a mejorar la participación, conduzca a un mejor bienestar psicológico y material”* (citado en Funk et al, 2010: 35). La falta de información y la ignorancia sobre este tipo de enfermedad, así como la estigmatización de la cual son víctimas los enfermos psiquiátricos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental, según nos refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

Para introducirnos en el tema, es importante conocer la evolución histórica de la imagen de la y el enfermo mental a lo largo de los siglos para así poder entender con mayor facilidad la actualidad.

Nos remontamos a la Antigüedad, donde la locura se veía influenciada por aspectos de magia, dioses, poderes sobrenaturales, resultado de una influencia maligna. En Mesopotamia, alrededor del año 2000 a.C predominaba el mundo imperante (Read, 2004), los demonios eran los causantes de las enfermedades, por lo que la única cura posible era a través de los dioses y de ritos realizados por los curanderos. Los hebreos continúan con la misma visión imperante. Moisés, ya en esta época, hizo referencia a que la causa de la locura son las experiencias negativas de la vida, pero aún continuaba con la idea del castigo divino, y que el motivo que llevaba al Señor a ello era la desobediencia de la conducta social de la época, los Mandamientos.

Pero la visión de los hebreos cambió en los años 200-70 a.C y el Talmud. En estos momentos, para que alguien fuera castigado por sufrir de locura debía considerarse que estaba loco por culpa propia. La diferencia entre el Antiguo Testamento y el Talmud se basa en que, éste último no hace responsable a la persona de su enfermedad, por lo cual no debe castigarse sino ayudarla (Read, 2004).

1. Información y datos disponibles en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/.
Consultado: 2 de abril de 2014.

Las civilizaciones como Grecia y Roma incorporaron nuevos matices a estas visiones de locura. Grecia seguía sucumbiendo a las creencias mágicas, pero en Roma, Hipócrates explicaba la locura mediante la teoría de los cuatro humores. Se intenta dar una justificación razonada con aportaciones médicas, cuestionando el origen de la enfermedad pero con tratamiento similares a los rituales de purificación, añadiendo en esta época las terapias somáticas como el uso del agua o de medios físicos. Esta última etapa de Grecia y Roma destaca en la historia de la enfermedad mental por la introducción de la razón (Read, 2004).

A partir de la Edad Media (siglo V), la caridad cristiana permitió que lugares como monasterios rurales y hospitales fundados por obispos dieran cobertura de cuidados a enfermos mentales con mínimos recursos. Durante la edad medieval, la pobreza, la escasez de recursos y la necesidad eran los atributos que definían la época. El contexto en el que se desenvolvía la sociedad influía en la aparición de la enfermedad mental. Se decía que la pobreza llevaba a la soledad, al rechazo social, a la impotencia y a la pérdida de la autoestima, lo que hacía al individuo llegar al extremo de la locura (Pileño Martínez et al, 2012).

En 1400, Fray Juan Gilabert Jofré, de la Orden de la Merced, se sensibilizó con las y los enfermos mentales, convenciendo a las y los habitantes valencianos de fundar un hospital para poder acoger a aquellos locos que vagaban por las calles y no tenía nada en la vida. Pero no fue hasta 1410, cuando aparece el primer manicomio del occidente cristiano, el Hospital de Santa María o de Inocentes. Las y los enfermos allí ingresados debían ganarse su estancia con trabajos y labores dentro de la institución, justificando que se debía evitar la vida sedentaria e inactiva para alejarlos de la perturbación. Si no cumplían con las normas eran castigados, encerrados, e incluso azotados (Pileño Martínez et al, 2012).

Con el reinado de los Reyes Católicos (del año 1474 al 1505) y la Edad Moderna aparece el proceso de concentración hospitalaria. El tratamiento seguía sin ser competencia exclusiva de médicos universitarios y de profesionales prácticos, sino que aún seguían apareciendo curadores y sanadores para dar respuesta a las conductas desorganizadas de los dementes. El reducido número de profesionales, sumado a la ineficacia de la medicina, aumentaba la creencia de la superstición en lo mágico y espiritual (Pileño Martínez et al, 2012).

En el siglo XVII, la atención de las y los enfermos mentales se basaba en el cuidado, el cual era prestado por las enfermeras y los enfermeros que cubrían sus necesidades y los vigilaban en su lugar de internamiento, apartados de la vida y la sociedad (Pileño Martínez et al, 2012).

A la llegada de la Edad Contemporánea (siglo XVIII), los requisitos para el internamiento de los dementes debía ser aprobados previamente por alcalde o de las autoridades, teniendo en cuenta el daño o peligro que estos enfermos podían causar al resto de la comunidad. Aparece la imagen de médicos higienistas, los cuales expresaban que, si un enfermo o enferma mental se encontraba en la sociedad, ésta estaría en continuo peligro de enfermar, ya que explicaban que la locura está ligada a alteraciones morales por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos y relaciones familiares alteradas. Su principal intención era prevenir con sus intervenciones (Pileño Martínez et al, 2012).

Pero con el gobierno de Mendizábal, la exclusión social tomaría un giro. En el siglo XIX, la Ley de Beneficencia ordenada la aparición de hospitales con carácter público que incluyeran lugares para el tratamiento de pacientes dementes. Sin embargo, a mediados de este siglo, España se hace consciente de gran número de ingresos en estos hospitales y volvió al retroceso, considerando de nuevo la locura como un peligro social apartando a estos enfermos a un espacio específico para su tratamiento, de carácter médico, pero apartado de la sociedad. Philippe Pinel, alienista, manifestó que el principal tratamiento de la locura solo podía realizarse en un hospital organizado, donde lo importante era la salud corporal, la alimentación y la educación tanto oral como física. Todo ello concluía en la institucionalización en un manicomio, influenciada por la discriminación (López et al, 2008; Pileño Martínez et al, 2012).

A partir de 1914 empieza a aparecer la enfermería mental laica, que la OMS definió en 1976 como *“un proceso interpersonal por el cual la enfermera presta asistencia al individuo, la familia y la comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental y les ayudad a readaptarse y a encontrar el significado en esas experiencias”*. Es decir, ya comienza a verse la importancia de integración del enfermo mental en la sociedad, lo que culminó con la Reforma Psiquiátrica, elaborada por el Ministerio de

Sanidad en 1986, que publicaba la integración completa de la Salud Mental en la asistencia sanitaria (Pileño Martínez et al, 2012).

Como vemos, la enfermedad mental y la visión social que genera ha ido evolucionado en un contexto histórico, social y cultural a lo largo de los siglos, siendo siempre ocultada, marginada y negada a la integración.

La OMS revela datos de una gran magnitud sobre la prevalencia en el tema de la salud mental.¹ Uno de ellos menciona que, el 20% de los casos de niños, niñas y adolescentes con enfermedad mental se manifiesta antes los 14 años de edad, lo cual refleja una gran importancia a la hora del diagnóstico precoz de estas enfermedades en Atención Primaria, el cual se ve dificultado en la mayoría de los casos por desconocimiento o la mencionada negativa de asistencia para el asesoramiento de la familia debido la “mala visión” de las enfermedades mentales y sus consecuentes etiquetas para el paciente.

Otro dato escalofriante está relacionado con el término suicidio. En el mundo, 900.000 personas se quitan la vida al año; es decir, alrededor de 2.500 individuos al día no ven más solución que la muerte. Debemos replantearnos la importancia de la intervención precoz, el seguimiento y el tratamiento de este grupo de enfermos. La enfermedad mental puede llevarse como una enfermedad crónica, con una estabilidad clínica y una buena evolución en muchos de los casos.

Según el informe sobre la salud mental en el mundo (OMS, 2001) *“la salud mental, a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece, es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva”*, algo que pude comprobar de primera mano en una de mis prácticas asistenciales. Dificultad a la hora de coordinar servicios, prestaciones, continuidad sanitaria,...

Si queremos buscar esta nueva perspectiva para enfocar la salud mental debemos tener en cuenta uno de los factores que limita el abordaje de la enfermedad, el estigma social. Erving Goffman (citado en López et al, 2008: 45) usa el término estigma refiriéndose a él como un *“atributo profundamente desacreditador”*. Con esto quiere exponer el carácter negativo de la característica,

así como los efectos adversos que produce en la persona que carga con el peso de la etiqueta.

Los seres humanos nos relacionamos con nuestro entorno a través de percepciones, estereotipos y creencias que nos condicionan a la hora de tratar con otras personas. Si lo unimos todo en nuestro contexto, nos crea una visión global sobre mujeres y hombres; y dependiendo de ésta, nuestra disposición para enlazar y coordinar relaciones será distinta. Las actitudes poseen factores cognitivos, afectivos, y conductuales, y hacen referencia a cómo categorizar personas en términos de bueno o malo, rechazable o aceptable. Estas actitudes, en el caso de las vinculadas con el estigma social, son los estereotipos (creencias falsas hacia un grupo social por parte de la población general que llevan a errónea percepción y valoración de dicho grupo), los prejuicios (predisposición de carácter negativo a personas con características sujetas a creencias estereotipadas) y la discriminación (realización de acciones para crear una distancia social), que no es solo personal, sino que es una “discriminación estructural”, reflejada en políticas públicas, prácticas de la vida social y leyes, entre otros (López et al, 2008).

El uso de atribuciones y generalizaciones erróneas hacia los enfermos mentales es muy común en nuestra jerga cotidiana. Frases como “Todos los locos deben estar encerrados” o como “un loco ha sido el que la ha matado” no reciben el mismo tabú que otro tipo de lenguaje discriminatorio como por ejemplo el empleado para referirse a grupos raciales o de diferente orientación sexual, ya que parece que la sociedad los ha interiorizado como aceptables cuando se aplican hacia los enfermos mentales (Harrell, 2006).

El proceso por el cual se asocian estas actitudes a personas y grupos concretos es conocido como *Proceso de estigmatización (stigma process)*. Este fenómeno se completa a través de una sucesión de pasos:

1. La diferenciación, etiquetado y reconocimiento de una determinada semejanza que afecta a un grupo de personas.
2. La asociación a las personas etiquetadas de una característica o serie de características desagradables.
3. Su consideración como un grupo distinto y aparte: “ellos” y “nosotros”.

4. Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza, como el miedo, la ansiedad, la irritación o la compasión; y en quien resulta estigmatizado, como el miedo, la ansiedad y la vergüenza.
5. La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado.

El conjunto de actitudes tienen, en general, consecuencias negativas para las personas implicadas, con repercusiones nocivas sobre su autoestima y su comportamiento personal y social (López et al, 2008).

En muchas ocasiones, la sociedad cree que las personas con enfermedad mental no se afectan por el estigma y la discriminación, una creencia totalmente errónea, ya que si una persona se encuentra continuamente expuesta a un entorno el cual lo infravalora, lo ridiculiza, y cuestiona su capacidad como persona, la posibilidad de que ésta refuerce su autoestigma es mayor (Harrell, 2006). Todo ello influye en su calidad de vida (son personas que se discriminan, se marginan, se apartan del mundo laboral y social), su manera de enfocar la enfermedad y perjudicar su autoestima.

El estigma se manifiesta también de distinta manera según variables personales. Hay afirmaciones de que las personas de menor edad, con mayor nivel cultura y sobretodo, con un mayor conocimiento directo y contacto personal con las personas con enfermedad mental presentan actitudes menos negativas que el resto (López et al, 2008).

Por lo tanto, un aspecto esencial para poder combatir el estigma y sus consecuencias es su correcta identificación y medida y animar a reducir la “distancia social”; para así, conocer las situaciones a las que nos debemos enfrentar y poder valorar las intervenciones. Otro es acentuar la autoafirmación o “empowerment” que permitirá al enfermo mental hacer frente a las consecuencias negativas (López et al, 2008; Harrell, 2006).

Con esta introducción quiero resaltar la necesidad de erradicar el estigma social para poder avanzar en los cuidados de la enferma y del enfermo mental y su integración el sistema de salud público, algo de lo que no había sido consciente hasta mi paso por una planta de hospitalización de enfermos mentales y los

comentarios de personas que recibí cuando comunicaba que me encontraba en aquella sección hospitalaria.

Por ello, veo de gran importancia visualizar su imagen del en uno de los ámbitos laborales que mayor cercanía posee con este grupo de pacientes, las y los profesionales sanitarios. Otro de los aspectos que consideraba importantes era si, entre la percepción de profesionales y de la comunidad, existían diferencias de percepción ante la y el enfermo mental. Este trabajo intenta dar respuesta a estas cuestiones, ayudando así a la sensibilización sobre dicho problema y apoyar a la erradicación la discriminación y la integración social de las y los enfermos mentales en la comunidad.

El objetivo general de este trabajo es conocer la percepción social y de profesionales de salud sobre las y los enfermos mentales a través de la revisión de la literatura específica.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Conocer la imagen de la y el paciente psiquiátrico en la comunidad.
2. Conocer la imagen del enfermo y la enferma mental en profesionales de la salud, incluyendo médicas y médicos, enfermeras y enfermos.

2. METODOLOGÍA

La metodología del trabajo se ha basado en la realización de una búsqueda bibliográfica sobre la percepción social de las y los enfermos mentales en la comunidad y en profesionales de salud, a partir de una revisión bibliográfica, ya que nuestro trabajo se basa en una revisión descriptiva (Salamanca, 2013).

La información se ha obtenido a partir de una lectura crítica de artículos de revistas científicas y publicaciones sobre el tema seleccionado. Al final de la búsqueda, se seleccionaron un total de veintiuna referencias, las cuales nos permitieron extraer y sintetizar la información deseada para la elaboración de este trabajo.

Para la hallar dicha literatura, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas internacionales y nacionales, como son: MEDLINE- PubMed, Cuiden, LILACS, CINHALL, PsycInfo y CSIS. Las búsquedas se extendieron desde Diciembre de 2013 hasta Marzo de 2014, cuando se comenzó a revisar en profundidad la literatura específica encontrada.

La estrategia de búsqueda fue la misma para todas las bases de datos, la utilización de una cadena de búsqueda con términos relacionados con nuestro tema y límites (título/resumen y año). Los operadores de exactitud y booleanos utilizados fueron recursos empleados para la realización de la búsqueda.

También se realizó una exploración en el buscador “Google Académico”. La búsqueda fue desbordante, pero solo se revisaron los primeros artículos encontrados. Otro sistema de búsqueda fue la utilización de la bibliografía de los artículos seleccionados para continuar con la cadena de búsqueda de información.

Para la selección de la literatura específica sobre la percepción social de profesionales de salud y de la comunidad sobre enfermos mentales se realizó una primera criba de elección, debido a la gran cantidad de artículos que generaba la búsqueda. Esta primera criba se basaba en la lectura del título del artículo. Si dicho artículo poseía las palabras claves utilizadas y tenía relación con el tema de estudio se seleccionaba para la siguiente fase, que consistía en la lectura del resumen. Esta

parte nos permitió verificar o no si el artículo era válido para nuestra revisión, viendo si los resultados del mismo eran aplicables para nuestra revisión.

La siguiente criba de elección fue la lectura compresiva y crítica de los artículos seleccionados. Uno a uno se fue clasificando según los siguientes criterios de análisis: la percepción social y comunitaria sobre la y el enfermo mental, y la percepción de profesionales de salud sobre las y los mismos enfermos.

Para la selección definitiva de los artículos, estos debían cumplir los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Como criterios de inclusión se propuso que:

- a) La información del artículo y sus resultados fueran válidos y permitieran ser aplicados a nuestro caso. La información revelada debía de estar en concordancia con aquello que deseamos explicar, es decir, debían contener indagaciones sobre las actitudes, percepciones y visión social del enfermo mental en el caso de las enfermeras y enfermeros, así como, en la comunidad.
- b) El artículo estuviera disponible a texto completo para poder extraer la información.

Como criterio de exclusión se planteó que los artículos no debían haber sido publicados antes del año 1985.

El 80% de los artículos emplean estudios descriptivos, 19% son artículos cualitativos y comparativos, un 9.5% son estudios trasversales, otro 9.5% son artículos de revisión y un 5% son estudios mixtos.

El gráfico que exponemos a continuación muestra la procedencia (empleando porcentajes) de los artículos empleados para nuestra revisión:

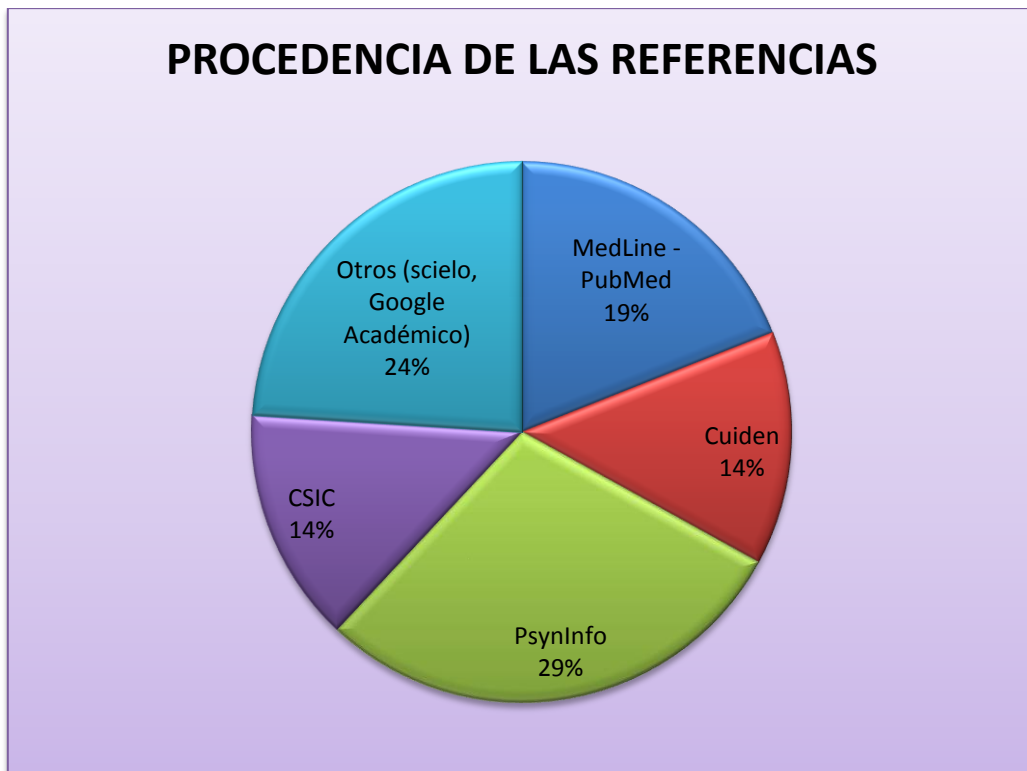


Gráfico 1. Procedencia de artículos. Fuente: Elaboración propia

Las tablas 2 y 3 muestran la interrelación entre las cadenas de búsquedas empleadas en bases de datos nacionales e internacionales, los artículos resultantes de la estrategia de búsqueda, los artículos revisados, seleccionados y eliminados. (Visible en el apartado: anexos).

Cabe mencionar que, de los artículos seleccionados, dos de ellos presentan sesgos de género. Los autores Pandey Vibha (Vibha et al, 2008) y Mona Srivastava (Srivastava et al, 2011) no tienen en cuenta las diferencias que pueden existir en esta categoría demográfica y que son importantes para poder comprender como se visualiza al enfermo mental con términos de género.

3. ANÁLISIS SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LA COMUNIDAD SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL: ESTADO DE LA CUESTIÓN.

El enfermo y la enferma mental ha sido el punto diana, durante muchos años, de la discriminación y la separación social, o como muchos autores nombran, víctimas de la distancia social. Numerosos estudios han intentado dar una visión aproximada de la sociedad las y los enfermos mentales, pero en números estudios nos encontramos con algunas limitaciones. Algunas de estas limitaciones suele ser, por ejemplo, el volumen de muestra. Como nuestro trabajo se basa en una revisión de la literatura, con el objetivo de dar una pincelada sobre la imagen de la y el enfermo mental que nos ayude a visualizar la situación actual, y así poder trabajar sobre ella, se exponen a continuación los datos relevantes encontrados en la literatura específica sobre el tema.

Como se menciono anteriormente, se establecieron dos criterios de análisis, los cuales hemos dividido en dos apartados que nos permitirán exponer de forma más clara la información. Estos son, por un lado, los y las profesionales de la salud; y por otro, la sociedad, en la que se incluyen grupos poblacionales de interés.

3.1. Percepción social de las y los enfermos mentales

3.1.1. Percepción social en España

Se estima que en España, el 19,5% de la población ha sufrido alguna vez en su vida un trastorno mental; es decir, una quinta parte de las y los habitantes españoles. Según el estudio realizado sobre la población española (Ruíz et al, 2011), la y el enfermo mental es visto como una persona peligrosa y rechazada socialmente. Este estudio también menciona al estigma como barrera para la recuperación integral.

Los resultados más destacados de este estudio revelaban que el 82% de la población encuestada afirmaba conocer la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pero el 47% de ellos no conocían a nadie que las padeciera. Más de la mitad de entrevistados consideran que estos tipos de enfermedad son difíciles de diagnosticar por un profesional de salud, y que este hecho se debe a la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de las y los enfermos y de sus familias, que añadido al estigma social dificulta la consulta a profesionales (Ruíz et al, 2011).

Cuando se les preguntaba sobre los síntomas más característicos de una enfermedad mental grave como la esquizofrenia, 51% no fue capaz de enunciar ningún síntoma (Ruíz et al, 2011). El resto, mencionó síntomas como: alucinaciones, agresividad, cambios de personalidad, cambios de humor, manías persecutorias, estrés, delirios, crisis y obsesiones (Gráfico 2).

Sobre la rutina de la vida normal y su desarrollo, más del 90% de los encuestados piensan que tener una patología mental grave interfiere en el hecho de desempeñar una vida sin incidencias. Sólo el 3% niega esta afirmación. Dentro de las actividades que pueden desarrollar las y los enfermos mentales se nombraban las relaciones con la familia, con amigos y las tareas cotidianas (Ruíz et al, 2011). Sin embargo, no ven capaz al paciente psiquiátrico de mantener relaciones de pareja con normalidad, planificar su tiempo libre, ser independiente, y llevar una vida laboral sin interferencias (Gráfico 3).

Otro de los ítems que trata la encuesta son las creencias asociadas a estas enfermedades. Más de la mitad de la muestra (68%) cree que los trastornos mentales graves producen un mayor rechazo social que otro tipo de enfermedades, el 66% cree que estas patologías llevan a la familia a una sobrecarga, y el 55% piensa que generan un gran sufrimiento al paciente. Tan solo el 10% de encuestados piensan que el trastorno mental grave es como cualquier otra enfermedad. También se daba la posibilidad de la libre expresión sobre las preocupaciones hacia estas enfermedades, de las cuales la más frecuente fue la peligrosidad de las y los enfermos tanto por violencia de sus comportamientos, por su agresividad o por el daño que pueden causar a otras personas; la falta de información asociada a no saber de qué forma ayudar a la enferma o al enfermo; y el

rechazo social que les producen, el cual se manifestaba como estigmatización de la enfermedad y marginación socio-laboral (Ruíz et al, 2011).

En el gráfico, que se presenta a continuación, se puede visualizar los síntomas más destacados que se utilizaron en relación con la esquizofrenia. Las alucinaciones y la agresividad son los más mencionados por los encuestados.

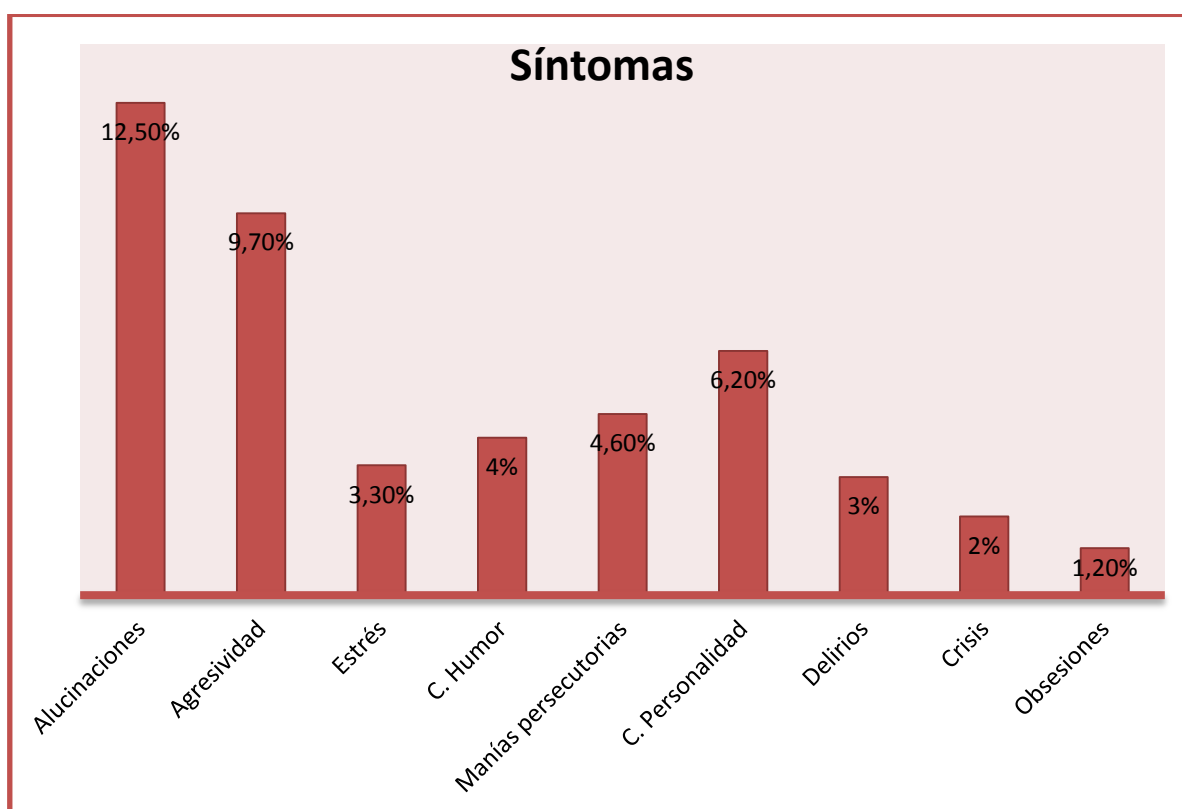


Gráfico 2. Síntomas característicos de la enfermedad mental según la sociedad española. Fuente: Ruíz et al, 2011. Elaboración propia

En el siguiente gráfico se detallan los porcentajes, en positivo, sobre la interferencia de la enfermedad en una vida normalizada. Las relaciones familiares y las tareas cotidianas son aquellas que, según los encuestados, se ven menos afectadas cuando se tiene una enfermedad mental.

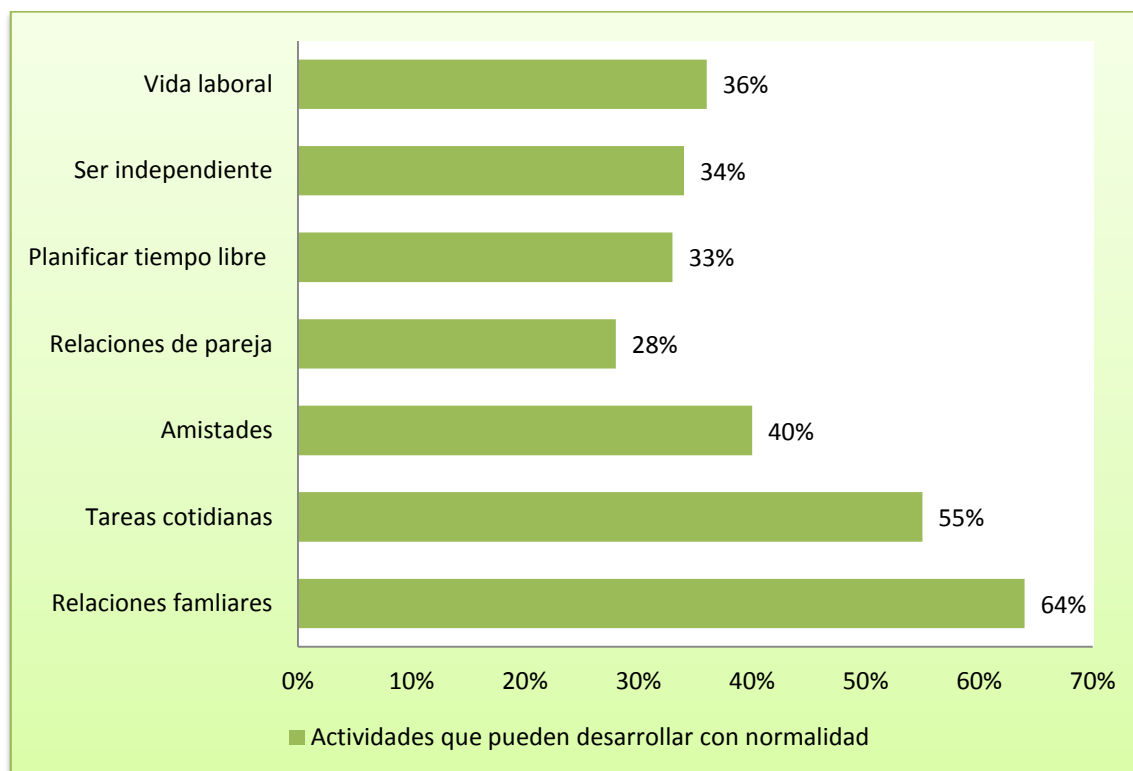


Gráfico 3. Actividades que son capaces de llevar a cabo los enfermos mentales según la sociedad española. Fuente: Ruíz et al, 2011. Elaboración propia

3.1.2. Las familias de pacientes psiquiátricos

Una parte importante de la sociedad son las familias de las y los enfermos mentales. Ellos, que sufren tanto como el propio paciente, también tienen su visión de la situación. Su intento por la integración social y la vivencia diaria resiente a los familiares. Así lo expresa un artículo (Márquez Garrido et al, 2009) sobre las

percepciones de los familiares y su actuación en asociaciones. El desgaste personal que sufren los familiares debido al cuidado continuo de sus seres queridos intenta ser subsanado con ayudas externas como son las asociaciones.

Cuando los familiares expresan sus percepciones, destacan sus miedos. Relatan tener miedo a las amenazas de autolisis por parte de sus familiares, a la violencia física y emocional que puedan atizar sobre ellos y sobre su entorno más cercano (Márquez Garrido et al, 2009).

3.1.3. Influencia de los Medios de Comunicación en la percepción social sobre las y los enfermos mentales.

Una parte influyente en la percepción social de la comunidad acerca de las y los enfermos mentales son los medios de comunicación. Así lo corrobora un artículo publicado en una revista psicosocial enfermera. En él, se reafirma la importancia de los medios de comunicación en la percepción social, donde se presenta a las y los enfermos mentales como promotores de hechos violentos, adjetivo muy mencionado en otros artículos (Hughes et al, 2013). También habla sobre la función de las y los profesionales de enfermería en informar al público sobre cuestiones tales como que la violencia no es un síntoma de las enfermedades mentales, y de como la creencia de la vinculación enfermo mental-violencia, por parte de los medios de comunicación, no es verídica.

Los medios de comunicación utilizan términos de “riesgo y seguridad pública” al comentar noticias relacionadas con estos temas, términos en los que los enfermeros y enfermeras tienen la posibilidad de actuar, cuestionando mitos y reduciendo miedos infundados inadecuadamente (Hughes et al, 2013).

Amanda Harrell (2006) también hace referencia a los medios de comunicación en uno de sus trabajos. La autora expone que los medios de comunicación como la televisión, las películas y los programas de radio alimentan a la población con información errónea sobre los diagnósticos psiquiátricos, provocando malentendidos

y limitando el conocimiento real de la enfermedad mental, lo que hace que el estigma hacia la enfermedad mental se sostenga.

Las atribuciones que comúnmente se relaciona con los enfermos mentales a través de los medios de comunicación son la peligrosidad, la necesidad de atención institucional sin autonomía ni independencia, así como la idea de que la enferma y el enfermo mental son maníacos homicidas (Harrell, 2006)

3.1.4. Percepción entre los y las jóvenes hacia las y los enfermos mentales.

Un grupo de gran interés en temas de salud pública son las y los adolescentes, debido a las etapas de cambio y desarrollo que experimentan. Las relaciones sociales son un factor importante en estas edades y la educación influirá en ellas, sobre todo en el caso del trato con la enferma y el enfermo mental.

En un estudio publicado en la revista mexicana *Salud Mental* (Casco Flores, 1990) se exponen las actitudes de un grupo de estudiantes de entre 15 y 25, mayoritariamente con estudios medios-superiores, así como su percepción sobre la salud mental y la influencia de la información. El artículo hace referencia a los resultados de otros estudios realizados en los años setenta, que relacionaban la instrucción de jóvenes con sus actitudes, dando datos más positivos en aquellos cuya educación se relacionaba con las ciencias sociales; o como influyen las etiquetas y los síntomas de la enfermedad mental en el rechazo social por parte de las y los jóvenes.

El análisis de los resultados obtuvo datos de interés, los cuales se clasificaron mediante la utilización de cuatro sub-escalas: la benevolencia, la ideología comunitaria hacia la salud mental, el autoritarismo y la restrictividad social. Tras el análisis se obtuvo una relación positiva entre la edad y la benevolencia, y negativa hacia el autoritarismo; es decir a mayor edad, mayor benevolencia y menor autoritarismo, y viceversa. También se expresó que el rango de edad con actitudes más positivas abarcaba desde los 20 a los 24 años, y que en estudiantes que

compaginaban trabajo con estudios se encontró la correlación positiva con la restrictividad social, lo que se traduce por el pensamiento de que los enfermos mentales no deben ser integrados en la vida laboral de su comunidad (Casco Flores, 1990).

Se expresa la relación entre los medios de comunicación e información con las actitudes de las y los jóvenes, siendo los más influyentes los programas sobre temas de salud en la televisión.

Sobre la cuestión de la percepción de la enfermedad mental en este grupo social, predomina el pensamiento de que la enferma y el enfermo mental pueden realizar algunas actividades, aunque con limitaciones. La predicción de curación tiene tendencia a la negatividad y pesimismo. Cuando describían al enfermo de trastorno mental grave, se encontraban afirmaciones como pérdida de contacto con la realidad y tendencia a la agresividad (Casco Flores, 1990).

Otro estudio que investiga la percepción de las y los jóvenes es el realizado en Hong Kong (Ng y Chan, 2000) en alumnos de secundaria. Este estudio se realizó con la intención de indagar sobre las posibles diferencias existentes sobre la percepción de la enfermedad mental relacionada con la variable de género, es decir, si mujeres y hombres comparten la misma visión. La muestra se componía de jóvenes con una edad comprendida entre 14 y 21 años, los cuales cursaban estudios de educación secundaria.

Se demostró que, en general, las niñas presentaban actitudes más positivas que los niños. Las chicas presentaban mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales, lo cual favorecía una actitud más benevolente hacia las y los enfermos mentales. También presentaban mayor oportunidad de contacto con este tipo de enfermos que los chicos. La separación, la presencia de estereotipos, las restricciones sociales, el pesimismo ante la posibilidad de curación y la estigmatización presenta mayores puntuaciones en el caso de los niños. Lo que refleja que la variable de género sí marca diferencias sobre la percepción sobre la enfermedad mental, según este estudio (Ng y Chan, 2000).

3.2.1.5 Actitudes hacia la y el enfermo mental en países no europeos.

España es un país de la comunidad europea, desarrollado y con aceptables mediadas para la salud pública, con posibilidades de abordaje y tratamiento para las enfermedades. Es un país liberal y laico, aspectos que permiten a la sociedad expresarse con el resto de la población de manera abierta. Los países en vías de desarrollo son vistos como más restrictivos a la hora de las relaciones sociales y de la expresión de las actitudes; países que pensamos que no tendrán nuestra misma visión sobre ciertos temas. A continuación, se expone información encontrada sobre la percepción social hacia la enferma y el enfermo mental en estas sociedades.

En un estudio realizado en la India en el año 2008 (Vibha et al, 2008), se propuso conocer las actitudes que presentaban las y los asistentes de una sala psiquiátrica hacia las y los enfermos mentales que allí se encontraban. Se trataba de un lugar de hospitalización mental con capacidad para 673 camas.

A las y los profesionales se les realizó una encuesta con 40 ítems divididos en cuatro dimensiones:

- Autoritarismo: visión de las y el enfermo mental como un inferior que necesita un tratamiento represivo.
- Benevolencia: visión paternalista y comprensiva.
- Restricción social: con la creencia de que las y los enfermos mentales son una amenaza para la sociedad y debe ser marginado.
- Ideología de comunidad de salud mental: hace referencia a la aceptación de los servicios de salud mental y enfermos mentales en la comunidad.

Los resultados obtenidos revelan que los grupos de menor edad son menos autoritarios, más benevolentes y con una ideología comunitaria de la salud mental positiva. Las y los profesionales con educación superior eran menos autoritarios, más benevolentes menos restrictivos socialmente y con idea comunitaria positiva (Vibha et al, 2008).

En el caso de Iraq, la encuesta se realizó en Bagdad y obtuvo los siguientes resultados (Sadik et al, 2010). Dos tercios de los encuestados piensa que la enfermedad mental es una patología que puede sufrir cualquier persona. Más de la mitad de la muestra considera que los enfermos mentales son capaces de realizar un trabajo, pero no son capaces de establecer relaciones de amistad verdaderas.

El tema de la peligrosidad se encuentra igualado a número de afirmaciones positivas y negativas. Sobre las relaciones personales, alrededor de la mitad de los entrevistados cree que no deberían casarse ni tener hijos; y algunos más afirman sentirse avergonzados si alguien de su familia padeciera alguna de estas enfermedades; y tres cuartas partes no querían que la sociedad supiera que sufren una enfermedad mental. También exponían la posibilidad de cura pero solo, aproximadamente, el 50% de la muestra. Dos tercios de los encuestados piensan que la enferma y el enfermo mental deben encontrarse en una institución con supervisión y control (Sadik et al, 2010).

3.2. Percepción de profesionales de salud hacia las y los enfermos mentales y hacia la sociedad

3.2.1. Profesionales enfermeros y enfermeras

Durante la búsqueda de literatura específica, hemos encontrado estudios que manifiestan las asociaciones que se realizan de manera rutinaria de las y los enfermos mentales con otros grupos, normalmente, marginados y que son importantes a la hora de tratar a las y los pacientes. Un ejemplo de ello, es la relación de enfermo mental con drogodependiente. Un artículo encontrado sobre este vínculo (Braña et al, 2001) nos muestra la conexión. El rechazo, la marginalidad y las conductas violentas son actitudes que atribuimos tanto a la enferma y al enfermo mental como a la y al drogodependiente, y que hace que la

sociedad los encuadre en un mismo grupo. Inclusive, encontramos concordancias en el tratamiento, ya que en las medidas terapéuticas encontramos que son utilizadas tanto las comunidades terapéuticas, como los centros de día para el tratamiento y la contención de crisis o reintegración social. El estudio se realizó con profesionales vinculados con la salud mental, la mayoría de ellos enfermeras y enfermeros. Se realizaba un cuestionario cuyos ítems incluían: etiología de los trastornos, porcentaje de curación, capacidad para la realización de labores cualificadas, deber o no de tener hijos y la afirmación de que el drogodependiente es un enfermo mental.

La mayoría de los encuestados (53.7%) contestó que era muy baja la posibilidad de curación del enfermo mental; sobre todo en el caso de los profesionales de enfermería, los cuales ofrecieron la puntuación más baja a esta pregunta. También se obtuvieron datos relevantes sobre la capacidad para realizar trabajos cualificados. Cuando se trataba de pacientes con problemas de adaptación o de patología neurótica, se dan consideraciones más positivas a la capacidad para desenvolverse en el ámbito laboral que cuando se habla de la persona drogodependiente; pero cuando se menciona al esquizofrénico, la visión cambia, viendo menos capaz a las y los enfermos mentales que las y los adictos. A la cuestión de la maternidad o paternidad, un gran número de la muestra piensa que deberían ser privados de tener hijos (Braña et al, 2001).

Entre categorías profesionales, existe una diferencia significativa. Enfermería y sus profesionales es el grupo profesional más discriminante del estudio (Braña et al, 2001). Sobre la consideración de que la persona drogodependiente es una o un enfermo mental, el 50% considera que la afirmación es cierta, y un 34% niega dicha afirmación.

Numerosos autores han expuesto la necesidad de formación que profesionales de salud, en concreto los profesionales de enfermería, presentan. Un estudio realizado en Brasil (Gajo et al, 2012) expone las limitaciones que la y el profesional de enfermería presenta a la hora de tratar con un paciente psiquiátrico, las cuales influirán en su forma de dar cuidados. La principal, como ya se ha mencionado anteriormente, es la falta de formación y conocimientos para ser

capaces de abordar las necesidades de la y el enfermo mental. Debido a esta falta de conocimientos, las enfermeras y enfermeros realizan un cuidado centrado en los aspectos físicos, desvalorizando las necesidades psicológicas del paciente, ya sea tratándolas de manera injustificada o no llegando identificándolas.

Otra de las limitaciones es la falta de una estructura física para tratar a las y lo pacientes. En dicha afirmación, encontramos una contradicción. Los y las enfermeras creen que mantener a una o un paciente psiquiátrico en una sala de espera con otras y otros pacientes no mentales es una amenaza para estos últimos. Pero piensan que es necesario devastar los prejuicios de las y los enfermos mentales y promover la inclusión social y el aumento de la autonomía. Una incoherencia que refleja la existencia del estigma hacia la y el enfermo mental, pero con aires de cambio (Gajo et al, 2012).

El estudio muestra que las enfermeras y enfermeros participantes no se ven con la suficiente capacidad para enfrentarse al cuidado de las y los enfermos mentales, que sumado a las dificultades de relación con estos pacientes, las dificultades emocionales que experimentan las y los profesionales, así como la no completa aceptación de la enfermedad mental, hacen que el cuidado a este tipo de enfermos no sea íntegro (Gajo et al, 2012).

Un aspecto interesante es la necesidad sexual de las y los enfermos mentales. Se realizó un estudio en profesionales de enfermería de salud mental sobre la sexualidad estos pacientes. El artículo daba datos sobre la visión patológica de la sexualidad, es decir, según las respuestas obtenidas de los participantes, la sexualidad en pacientes psiquiátricos se relaciona con cambios en la psicopatología, por lo que se ve como parte de la enfermedad; pero cuando se les preguntaba si consideraban la sexualidad como una necesidad humana, las participantes afirmaban que era una de las necesidades básicas humanas (Ziliotto et al, 2013).

Sobre la cuestión de la práctica de sexo en el hospital, las y los profesionales piensan que no es el lugar adecuado para la expresión del deseo o la simple muestra de afecto como es un beso o una caricia, lo que es considerado como un gesto fuera de lugar (Ziliotto et al, 2013). Se considera una enfermedad más dentro

de la institución, reforzando así, el modelo biomédico que hoy en día sigue vigente en estos casos. Esta enfermedad que supone la expresión de la sexualidad debe ser castigada, esto es lo que las y los entrevistados piensan sobre el tema. Se debe “observar, ver, pausar y detener la sexualidad; y cuando sea posible, castigar”. La mayoría de profesionales cree que se necesita preparación para tratar estos temas en las y los enfermos mentales, tanto en el trato como en intervenciones. El artículo concluye relacionando los prejuicios, creencias y juicios de profesionales de enfermería con la prestación de cuidados de forma negativa.

Cuando se trata del enfermo psiquiátrico con riesgo de suicidio, se perciben diferencias en cuanto a la percepción de las enfermeras y enfermeros generales con las enfermeras y enfermeros de salud mental, y no solo en este tipo de profesionales. Un estudio realizado en la India (Srivastava et al, 2011) nos presenta datos sobre esta idea. Resalta que las y los profesiones de salud mental son más comprensivos y tienen mayor aceptación ante una paciente o un paciente que ha intentando suicidarse. Autores refieren que las y los profesionales son más partidarios de abordar y afrontar este tipo de cuestiones, ya que tiene mayores tablas para tratar con problemas psiquiátricos debido a su formación.

Sin embargo, las y los profesionales que no se encontraban relacionados con la salud mental, presentaban unas actitudes más negativas hacia la enferma y el enfermo con riesgo de suicidio, como menor empatía, comprensión y conducta de ayuda hacia estas y estos pacientes; y se relaciona con la falta de formación y la educación recibida. Como dato de interés, uno de los puntos que influía negativamente en las actitudes de las y los profesionales no relacionados con la salud mental eran las cuestiones judiciales que debían resolverse cuando se presenta esta situación (Srivastava et al, 2011).

Para que estas situaciones de discriminación aparezcan de debe, en primer lugar, diagnosticar la enfermedad y valorar a las y los pacientes. El primer filtro de actuación es Atención Primaria de Salud (APS), donde el médico de familia y su enfermera o enfermero, tratará o remitirá al especialista según la patología que se

diagnostique. Es importante conocer las actitudes de estos profesionales sobre la enferma y el enfermo mental, ya que son aquellos que los acompañarán en los primeros momentos de su proceso de enfermedad.

Un estudio realizado en Bilbao (Arrillaga Arizaga et al, 2004) nos ofrece como son vistos las y los enfermos mentales por las y los profesionales de atención primaria. Los ítems mencionados en el cuestionario incluían aspectos como: la predisposición para realizar cursos sobre SM, la percepción subjetiva de los conocimientos sobre esta área sanitaria, tratamiento y abordaje y la calidad de atención en el centro.

Los resultados mostraron una buena predisposición para realizar cursos de formación sobre salud mental por parte de profesionales de AP, ya que perciben como insuficientes sus conocimientos sobre el tema. Datos comparativos revelan que las y los profesionales de enfermería tienen mayor predisposición a la asistencia de cursos. También comentan tener dificultades para tratar las enfermedades psiquiátricas, pero el 93% de las y los encuestados se encontraba en desacuerdo con la afirmación “es poco lo que se puede hacer por los pacientes psicóticos, excepto cubrir sus necesidades básicas”, pero el grupo de profesionales que encuentra mayores dificultades para el tratamiento de la enfermedad mental menor (trastornos del estado de ánimo, de la ansiedad, del sueño, adaptativos) son las y los profesionales de enfermería. Como conclusión del estudio, aporta que no hay una actitud negativa hacia la enferma y el enfermo mental, afirmando la falta de conocimientos, y actitud positiva para su mejora, así como una baja relación entre AP y Centro de Salud Mental (CSM) (Arrillaga Arizaga et al, 2004).

Otro estudio realizado en Fiji (Foster et al, 2004) vuelve a afirmar la existencia de actitudes negativa hacia las y los pacientes mentales, mayoritariamente por profesionales que no están en contacto con esta área sanitaria, aunque dentro del grupo de profesionales de enfermería, la discriminación es menor. Expresa también que la educación y la experiencia puede ayudar a tener mejores actitudes hacia las y los pacientes psiquiátricos. El estudio presentaba numerosas limitaciones, una de ellas era la utilización de una reducida muestra.

Un aspecto que también es importante dentro de la percepción hacia las y los enfermos mentales es la discriminación hacia la enfermera y el enfermero especialista de salud mental. Así lo refleja un estudio sobre la residencia psiquiátrica enfermera (Sam Ng et al, 2011), donde se expone información sobre el estigma que sufren las y los profesionales de salud mental. Es una carrera que se visualiza como menos deseable a la hora de seleccionar en comparación con otras especialidades. Esto influye en la práctica enfermera, ya que salud mental es un área con requerimientos de competencias muy específicas y cualificadas. Si los estereotipos y los mitos interfieren sobre las y los profesionales, el desarrollo de la especialidad será lento y reducido.

No solo el anterior autor refleja la negativa hacia la formación profesional en estudios de postgrado sobre la enfermedad mental. Uno de los hallazgos que remarca un estudio realizado en la India (Balhara y Mathur, 2013) sobre estudiantes de enfermería nos refleja que, cuanto mayor es el curso donde se encuentra matriculado el alumno o la alumna, mayores actitudes positivas presenta hacia la enfermedad mental; aunque solo el 25% del alumnado se propondría estudiar, tras la carrera, la especialidad de salud mental. El estudio afirma que las y los alumnos ven la psiquiatría como un área aburrida y frustrante, que añadido al sentimiento de miedo hacia las y los enfermos mentales, hacen de la especialidad de enfermería de salud mental sea una de las menos elegidas tras el grado.

Si citamos las actitudes que presentan las y los estudiantes de enfermería, encontramos que las conductas hacia la enfermedad mental son más favorables cuando el alumno y la alumna, en este caso de la India, se encuentra más preparado en la práctica de salud mental y con una mayor experiencia clínica, que al comienzo de sus estudios, donde los prejuicios y actitudes negativas están presentes aún (Balhara y Mathur, 2013).

3.2.2 Profesionales médicos y médicas de Atención Primaria

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los médicos y médicas de AP son el primer filtro diagnóstico para la enfermedad mental (Arrillaga Arizaga et al, 2004). Por ello, es importante conocer cómo ven a la enferma y al enfermo mental, ya que influirá en su trato. En un artículo publicado en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en 1999, Rubén Gualtero realizó una encuesta a médicos y médicas de atención primaria. En los resultados sobre la demanda de salud mental, según las y los encuestados, la ansiedad es el trastorno más frecuente en la consulta de AP, seguida de la depresión. Las personas más demandantes de atención son las mujeres, cuya edad oscila entre los 45 y 64 años para el 59% de los profesionales, de 25 a 44 años según el 40% y solamente el 1% de los encuestados piensa que presenta menor edad, de 18 a 24 años. En algo que si coincide la mayoría de las y los profesionales es en el descenso de edad entre las y los pacientes que requieren atención psiquiátrica en el primer nivel de atención. Para la mayoría de los médicos y médicas de familia (88.5%), los problemas por los que se consulta suelen ser “trastornos mentales transitorios” (Gualtero et al, 1999).

El 70% de las y los profesionales derivan a sus pacientes al servicio específico de salud mental cuando lo creen necesario. Dentro de los factores que llevan al médico o a la médica de familia a derivar a su paciente con un problema mental encontramos: la idea de autolisis, la gravedad de los síntomas, la dificultad de relación con la y el paciente, y por último lugar se encuentran la falta de conocimientos y la alta presión asistencial (Gualtero et al, 1999).

Casi todos los médicos y médicas de familia participantes creen (95.7%) que no deberían hacerse cargo de los trastornos mentales graves, pero sí de los trastornos mentales transitorios. La visión que se percibe hacia el enfermo y la enferma mental se puede analizar según las opiniones que tiene sobre estas y estos pacientes: Las y los enfermos mentales no les proporcionan ningún interés particular en la mitad de la muestra, así como tampoco generan impotencia (62.8%), malestar (51.4%), ni rechazo (74.3%); pero si refiere el 85.7% de las y los encuestados mantener buenas relaciones (Gualtero et al, 1999).

En la cuestión sobre la formación en salud mental, el 57.1% de profesionales no se encuentran preparados para poder dar respuesta a las demandas de salud

mental de forma adecuada y un 92.9% ve necesario la realización de un programa específico sobre salud mental (Gualtero R et al, 1999).

Según van pasando los años, la visión hacia la salud mental y los enfermos psiquiátricos ha ido variando, sobre todo, a partir de la década de los sesenta, debido a la intención de integración social (Casco Flores et al, 2013).

Un estudio realizado en México (Casco Flores, 1986) expuso las creencias de profesionales de salud y de la educación hacia las y los enfermos mentales, y la coincidencia o no con la percepción real de la comunidad hacia estos pacientes. Los resultados se presentaron clasificados en cinco categorías, donde se comparaba las respuestas de las y los profesiones sobre cómo, supuestamente, percibe la sociedad la enfermedad mental, y la opinión que realmente tiene la sociedad.

La primera categoría se presenta con el nombre de “identificación”, es decir, el grado de conocimiento de la enfermedad, la identificación y la características conductuales. En esta primera comparación se encontraron diferencias significativas: mientras que la población de la muestra realizó una buena descripción de la mayoría de las patologías, las y los profesiones creyeron que la comunidad no podría identificar estas enfermedades y que la explicación que darían se basaría en el ámbito “mágico-religioso” (Casco Flores, 1986).

Sobre la posibilidad de curación y el pronóstico de enfermedad, el grupo de la comunidad opinaba que las y los enfermos mentales tenían pocas posibilidades de recuperación; sin embargo, las y los profesionales piensan que la comunidad creerá en una posibilidad de curación mayor ya que tienen un mayor desconocimiento de la enfermedad mental (Casco Flores, 1986).

Cuando se trata de la capacidad para desarrollar alguna actividad (estudio o trabajo), la opinión dada por la comunidad coincidió con la creencia de las y los profesionales. Ven a la enferma y al enfermo mental con capacidad limitada para la realización de cualquier actividad, a menos que reciban un tratamiento adecuado (Casco Flores, 1986).

Categoría	Suposición de profesionales sobre creencias de la sociedad	Creencias de la sociedad
Identificación	Mágico-religiosa	Descripción aceptable de las enfermedades mentales
Curación	Alta probabilidad, debido a los pocos conocimientos que tiene la sociedad	Pocas posibilidades de curación
Capacidad para realizar actividades	Limitada	Limitada

Tabla 1. Relación entre las creencias de la sociedad y las suposiciones de las y los profesionales de la salud. Fuente: Casco Flores, 1986. Elaboración propia

En otro estudio que compara las actitudes de las y los profesionales de la salud con las del público en general es el realizado en Suiza (Nordt et al, 2006). Esta investigación pone de manifiesto que las opiniones estigmatizantes no están ligadas estrechamente al conocimiento. Participaron psiquiatras, psicólogos y psicólogas, enfermeras y enfermeros, y otras y otros profesionales relacionados con la salud mental, así como una muestra de la población de Suiza.

En los resultados obtenidos encontramos que todos presentaban estereotipos negativos hacia las y los enfermos mentales, y que los que presentaban mayor cantidad de prejuicios negativos eran las y los psiquiatras. En el caso de las restricciones, existían diferencias: dos de cada tres ciudadanos pensaban que era lícito retirarles el carné de conducir a una persona con enfermedad mental; mientras que de los y las profesionales de salud eran uno de cada seis los que estaban de acuerdo con esta afirmación, excepto las enfermeras y los enfermeros, los cuales no estaban de acuerdo. En cuanto a la distancia social, no hubo diferencias entre profesionales de la salud y población general. Sobre la igualdad de derechos, los autores afirman que los y las profesionales de la salud presentan mejores actitudes que el público hacia las restricciones de los derechos políticos e individuales del enfermo mental (Nordt et al, 2006).

Este estudio presentaba ciertas limitaciones, como eran la baja tasa de respuesta por parte de profesionales de la salud, y la elaboración de preguntas por público en general, lo cual fue considerado de impreciso por parte de las y los

profesionales. También fue limitante el lapso de tiempo entre la realización de las entrevistas a la sociedad y la realización a las y los profesionales (Nordt et al, 2006).

4. CONCLUSIONES

Como hemos mencionado a lo largo del trabajo, la salud mental es un problema de salud pública con necesidades a tratar y abordar. Una de ellas es el estigma social que produce este tipo de enfermedades en la comunidad. En el estigma influyen los prejuicios, creencias y estereotipos que posee la sociedad sobre la enferma y el enfermo mental, lo que hace crear unas actitudes hacia los pacientes psiquiátricos y que éstas interfieran en el comportamiento que la sociedad tiene con las y los enfermos mentales.

En el caso de los y las profesionales de salud, la literatura específica revela una actitud negativa hacia la y el enfermo mental, exceptuando las enfermeras y enfermeros de AP, que presentan actitudes positivas.

La relación que de semejanza que existe entre la enferma y el enfermo mental con el drogodependiente nos hace suponer que la imagen de marginado sigue vigente en la actualidad. Se sigue asociando con grupos con gran discriminación y no integrados en la sociedad, con la necesidad de tratamientos especiales para su curación. Políticas de sanidad pública intentan integrar a las y los pacientes psiquiátricos en la sociedad mediante un tratamiento “holístico” basado en los ámbitos de atención social, psicológica, biológica; pero en realidad, el modelo biomédico, el modelo de lo biológico cuyo fundamento es el tratamiento de síntomas y no de la persona, continúa. No se intenta comprender a las y los pacientes en su conjunto.

Para unos cuidados de calidad, la profesional y el profesional de salud debe ser capaz de ofrecer una amplia gama de recursos asistenciales para poder abordar todas las necesidades de las y los pacientes. En numerosas ocasiones nos olvidamos de que las y los enfermos mentales también deben cubrir todas sus necesidades básicas. La sexualidad es una de ellas, pero cuando se nos encontramos con el caso de que son las y los enfermos psiquiátricos los que necesitan cubrir esta necesidad, lo tratamos de distinta forma. En pacientes mentales se ve la sexualidad como una manifestación de la enfermedad mental, y no como una expresión de sentimientos, de una necesidad que tiene problemas de

abordaje en este tipo de pacientes. Afirmar que es una necesidad básica del ser humano, y castigar cuando se hace una expresión de deseo es una incongruencia, debida a la falta de formación y de preparación. Esto nos lleva a suponer que aún no se ha conseguido la aceptación de la salud mental como una enfermedad común.

Cuando se trata de las y los profesionales de enfermería, uno de los hallazgos que nos da esta revisión bibliográfica es la percepción subjetiva de falta de conocimientos. El déficit de formación que siente tener las enfermeras y enfermeros para abordar los temas relacionados con las y los enfermos mentales nos lleva a suponer que si un profesional no se ve capaz de tratar a un paciente y siente no tener control sobre el tema, se producirá un alejamiento para evitar un sufrimiento emocional al no verse capacitado para solventar el problema. Esta separación influye en nuestro el enfermo y enferma, ya que, si no se trata al paciente o la paciente o se trata incorrectamente, la calidad de vida del enfermo y de la enferma mental irá en descenso y no se podrá conseguir la autonomía y la independencia que se pretende con los nuevos modelos de atención sanitaria. La necesidad de formación en temas de salud mental así como la escasez de profesionales especialistas en esta materia son afirmaciones que debemos tener en cuenta a la hora de abordar el estigma.

Otro de los aspectos que se destaca es la poca utilización de los servicios disponibles, lo cual podemos considerar que se encuentra relacionado con la discriminación. Si una o un paciente se siente rechazado por la sociedad y por las y los profesionales de salud, preferirá mantener en secreto sus síntomas y signos de enfermedad, dificultando el tratamiento y reduciendo las posibilidades de ayuda, ya que si no acude a los servicios no podrá ser atendido correctamente disminuyendo, de nuevo, su calidad de vida. Como vemos, otro factor que influye sobre la calidad de vida.

El pronóstico de curación también nos puede aportar datos interesantes. Si una un profesional de salud tiene la certeza de que la o el enfermo mental tiene un bajo pronóstico de curación, no tomará las medidas de abordaje necesarias para el control de su enfermedad, lo que hará que la paciente y el paciente se sientan mal atendidos, marginados y sin posibilidades de integración en la comunidad.

Pero al comparar enfermeras y enfermeros generales con enfermeras y enfermeros de salud mental, se presenta una actitud más positiva en aquellas con mayor marco de conocimientos, haciéndonos suponer que es necesario ampliar conocimientos sobre el tema de salud mental en todos los ámbitos de atención. Esta alegación se pone en duda en uno de los estudios. Nordt, et al. (2006) expone en su trabajo la posible independencia entre el conocimiento y las actitudes positivas hacia el enfermo mental. Esta contradicción propone un punto de partida para una nueva investigación futura con una muestra mayor.

Mencionar también el estigma hacia la salud mental como especialidad científica. Numerosas enfermeras y enfermeros ven esta área como aburrida y sin relevancia, pero como hemos podido comprobar, se necesita tener conocimientos y habilidades en temas de salud mental para poder hacer frente a las necesidades de las y los pacientes psiquiátricos en cualquier nivel de atención. La falta de enfermeros y enfermeras especialistas en salud mental podemos suponer que se debe al estigma que presenta esta área de formación.

Otra suposición que consideramos importante en términos de conocimientos son los relacionados con las y los estudiantes de enfermería. Creemos que existe la necesidad de contacto con este tipo de pacientes, ya que se ha demostrado que los alumnos que realizan prácticas asistenciales con enfermos mentales, presentan mejores actitudes que aquellos que no. El curso en el que se encuentran matriculados y la cantidad de prácticas asistenciales realizadas también influyen en las actitudes.

Cuando hablamos de profesionales médicos en Atención Primaria, nos encontramos que los propios facultativos no creen poseer la suficiente destreza para tratar a enfermos mentales graves. Un gran número de derivaciones a servicios específicos de salud mental así como la falta de formación que comentan tener nos hacen suponer que se necesita una mayor formación y una continua renovación de conocimientos sobre la salud mental. Si no se disponen de las capacidades para abordar a las y los pacientes mentales en todos los niveles asistenciales nos encontramos con una carencia grave, ya que se debe ofrecer una continuidad asistencial a la enferma y al enfermo, encontrando el equilibrio entre la atención

primaria y la hospitalización; ¿o no es sino una enfermedad más? Se debería dar respuesta a cualquier duda de salud por parte de la médica y el médico de familia, los cuales creen que no deberían hacerse cargo de los trastornos mentales graves.

Al centrarnos en el público en general, los datos nos vuelven a dar una visión negativa sobre la imagen de la enferma y el enfermo mental. Se magnifican términos como la discapacidad de relaciones, la peligrosidad y la discriminación. La sociedad utiliza la palabra “loco” de manera diaria y sin tabú hacia este tipo de enfermos, etiquetándolos y diferenciándolos del resto de la sociedad, contribuyendo a su discriminación. Se percibe a una enferma o enfermo mental con dificultades para mantener relaciones de pareja o amistad, inclusive se manifiesta la idea de la prohibición del derecho de paternidad y maternidad. Si se trata de la capacidad laboral, se ve limitada.

El estigma y la marginación son una barrera social. Las enfermas y los enfermos son rechazados socialmente, discriminados por su enfermedad e incapacitados por el hecho de ser etiquetados con este diagnóstico. La literatura específica nos permite afirmar que el etiquetado expone una limitación de abordaje y tratamiento de las y los enfermos mentales.

La edad es un factor que se relaciona positivamente con actitudes positivas hacia la enferma y el enfermo mental. Cuando se trata de jóvenes con estudios de educación superior, la imagen del enfermo y la enferma mental es más positiva. Esto puede deberse a la nueva visión que se hace llegar a la sociedad sobre este tipo de pacientes, lo cual ha permitido sensibilizar a los grupo de edad más jóvenes, que añadido a la educación y el conocimiento, permiten interiorizar imágenes reales sobre estos enfermos. Aunque cuando entran al mundo laboral, y la edad aumenta, comienza a ser más discriminantes y restrictivos socialmente. También vemos como en el caso de las chicas, las actitudes positivas son mayores que en la de los chicos, siendo estos más estigmatizantes y menos benevolentes con los enfermos mentales.

Los medios de comunicación tienen una gran influencia en los estereotipos y creencias hacia las enfermas y los enfermos mentales. Con frecuencia, aparecen

noticias sobre violencia relacionada con trastornos psiquiátricos, lo que aumenta el miedo de la sociedad hacia ellos, incrementando la creencia de que la enferma y el enfermo mental son violentos y agresivos por naturaleza, una visión muy aceptada por la sociedad. Se tiene la creencia de que es una persona que puede hacer daño a la familia, a los seres queridos y a su comunidad. Una visión muy errónea de este tipo de pacientes, ya que en la mayoría de las ocasiones, son ellas y ellos las víctimas discriminadas, marginadas y rechazadas.

Al analizar la información obtenida a través de la literatura específica, encontramos que tanto profesionales de la salud como la sociedad en general poseen una imagen negativa del paciente psiquiátrico, favorecido por la visión extendida de violencia y peligrosidad por los medios de comunicación. El bajo pronóstico de curación y la discriminación son datos que aparecen en dichos ámbitos. Aunque parece que las y los profesionales de salud tienen actitudes menos discriminadoras que la sociedad, la diferencia no es destacable. Puede deberse a la proximidad y contacto que las enfermeras y enfermeros tienen con estos pacientes, así como con la educación recibida y los conocimientos, que, desde el punto de vista de las y los profesiones, son deficientes.

Entre las y los profesionales de salud, queremos destacar que los enfermeros y las enfermeras presentan una percepción negativa de las y los enfermos mentales pero en menor cantidad que otras y otros profesionales de salud.

La idea de falta de capacidad de la enferma y del enfermo mental para poder relacionarse con su comunidad, de establecer relaciones sentimentales, de poder dar respuesta a trabajos cualificados, nos muestra como el estigma es un problema de salud. Si una persona que sufre una enfermedad mental, ya sea depresión o esquizofrenia, no puede ser contratada, no puede ser madre o padre, no puede expresar sus sentimientos y necesidades sin restricciones, nunca podrá mantener una vida normal e integrada, por lo cual no será una enferma o un enfermo mental, sino una enferma o un enfermo social. Tratamos de paliar síntomas y controlar la enfermedad, pero nos olvidamos de las personas.

En cuanto a la idea de los profesionales sobre la imagen que tiene la sociedad sobre el enfermo mental, vemos como las y los profesionales subestiman los conocimientos que posee la sociedad sobre este tipo de enfermedades, así como el pensamiento de que, hoy en día se sigue relacionando las creencias “mágico-religiosas” a las enfermedades mentales. Esto destaca la necesidad de trabajo comunitario sobre este tema, de las campañas de concienciación y de labores con la comunidad en general.

Para concluir, decir que, gracias a mi estancia en una planta de hospitalización psiquiátrica, tuve el placer de quitarme la venda del estigma, de ver las y los pacientes, no como enfermos mental, sino como personas con una enfermedad más; y ver que, más allá de sus problemas mentales y su enfermedad, las pacientes y los pacientes psiquiátricos sufren por el rechazo de su sociedad. Existe la necesidad de realización de estudios con menos limitaciones y abordaje hacia este tema, para poder cuestionar los falsos mitos sobre la enferma y el enfermo mental, así como dar a conocer la verdadera imagen de las y los pacientes con enfermedad psiquiátrica, e intentar conseguir el “empowerment” de la y el enfermo mental.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRILLAGA ARIZAGA, M., SARASQUETA EIZAGUIRRE, C., RUIZ FELIU, M. and SÁNCHEZ ETXEBERRIA, A. Actitudes Del Personal Sanitario De Atención Primaria Hacia El Enfermo Mental, La Psiquiatría y El Equipo De Salud Mental. *Atención Primaria*, 2004, vol. 33, no. 9, p. 491-496.
- ARVANITI, AIKATERINI, ET AL. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2009, vol. 44, no 8, p. 658-665.
- BALHARA, YATAN PAL SINGH y MATHUR, SHACHI. A comparative study of attitudes toward psychiatry among nursing students across successive training years. *Indian journal of psychological medicine*, 2013, vol. 35, no 2, p. 159.
- BRAÑA, B., et al. Imagen Del Drogodependiente y El Enfermo Mental Entre Los Profesionales De La Salud. *Adicciones*, 2001, vol. 13, no. 3, p. 289-296.
- CASCO, MARGARITA y NATERA, GUILLERMINA. Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 1986, v.9, no. 2, p. 70-77.
- FLORES, MARGARITA. Percepción y Actitud Ante Los Problemas De Salud Mental Entre Jóvenes De Educación Media-Superior. *Salud Mental*, 1990, vol. 13, no. 2, p. 18-23.
- FOSTER, KIM, et al. Mental Health Workers' Attitudes Toward Mental Illness in Fiji. *Australian Journal of Advanced Nursing, the*, 2008, vol. 25, no. 3, p. 72.
- FUNK, MICHELLE, et al. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010.
- GAJO SILVA, NAIRA., et al. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2012, vol. 11, no. 2.

- GUALTERO, RUBÉN D. y TUREK, LEONARDO. Salud Mental: Encuesta a Los Médicos De Atención Primaria. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría.*, 1999, vol. 19, no. 70, P. 225-234.
- HARRELL, AMANDA. The effect of Empathy Induction and Perceived Responsibility on Mental Health Stigma and Helping Behaviour. *Chicago School of Professional Psychology*, 2006. ISBN 0-54-594096-4.
- HUGHES, FRANCES. Mental Health Nurses and Consumers of Mental Health Services: Shared Challenges, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 2013, vol. 51, no. 5.
- LÓPEZ, MARCELINO et al. La Lucha Contra El Estigma y La Discriminación En Salud Mental. Una Estrategia Compleja Basada En La Información Disponible. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008, v. 28, no. 101, p.43-83. ISSN 0211-5735..
- MÁRQUEZ GARRIDO, MANUEL Y CARRASCO ACOSTA, M^a DEL CARMEN. La Lucha De Los Familiares De Personas Con Enfermedad Mental Desde Una Asociación: Percepciones y Necesidades. *Rev Paraninfo Digital*, 2009, vol. 7
- NG, PETRUS Y CHAN, KAI-FONG. Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 2000, vol. 46, no 2, p. 79-88
- NG, San et al. Growing practice specialists in mental health: Addressing stigma and recruitment with a nursing residency program. *Nursing Leadership*, 2010, vol. 23, p. 101-112.
- NORDT, CARLOS; RÖSSLER, WULF; LAUBER, CHRISTOPH. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 2006, vol. 32, no 4, p. 709-714.
- Organización Mundial de la Salud OMS. Informe Sobre La Salud En El Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. , 2001

- READ, JOHN. Un modelo de enfermedad llamado “esquizofrenia”. En Read, John et al. Modelos de locura. Ed. Herder, 2006, p. 9-20
- RUIZ, MIGUEL ÁNGEL, et al. Opiniones y Creencias sobre las Enfermedades mentales graves (Esquizofrenia y Trastorno Bipolar) en la Sociedad Española. *Revista De Psiquiatría y Salud Mental*, 2012, vol. 5, no. 2. p. 98-106.
- SADIK, SABAH, et al. Public Perception of Mental Health in Iraq. *International Journal of Mental Health Systems*, 2010, vol. 4, no. 26, p. 1-11.
- Salamanca Castro, Ana Belén. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid. Fuden; 2013.
- SRIVASTAVA, MONA y TIWARI, RANJANA. Attitudes of Mental Health Vs. Non-Mental Professionals Towards Patients Presenting with Attempted Suicide: A Comparative Study. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 2, no. 2, p. 63-66.
- PILEÑO MARTÍNEZ, M^o ELENA et al. El Enfermo mental. Historia y Cuidados desde la Época Medieval, 2012, p. 29-35.
- VIBHA, PANDEY; SADDICHHA, SAHOO; KUMAR, RANJEET. Attitudes of ward attendants towards mental illness: Comparisons and predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 2008, vol. 54, no 5, p. 469-478.
- ZILIOOTTO, GISELA CARDOSO y MARCOLAN, JOÃO FERNANDO. Percepção De Trabalhadores De Enfermagem Sobre Sexualidade De Portadores De Transtornos Mentais. *Acta Paul Enferm*, 2013, vol. 26, no. 1, p. 86-92.

6. ANEXOS

Bases de datos nacionales.

<i>Tabla 2. Base de datos nacionales.</i>				
Base de datos	Palabra clave	Nº artículos encontrados	Nº artículos revisados	Nº artículos seleccionados
CUIDEN	Visión social AND salud mental	5	1	-
	Visión AND mental AND enfermer	8	2	1
	Percepción social AND salud mental	2	1	1
	Percepcion AND mental	28	10	5
CSIC	Opinion salud mental	36	2	2
	Percepción salud mental	93	4	2

Fuente: Elaboración propia.

Bases de datos internacionales.

Tabla 3. Base de datos internacionales.

Base de datos	Palabra clave	Nº artículos encontrados	Nº artículos revisados	Nº artículos seleccionados
MedLine	Salud mental Y enferm*	83	18	1
	Salud mental Y enferm* Y opinion	3	3	-
	Nurs* Y mental healt Y opinion	49	11	3
	Mental health Y vision Y nurs*	78	15	1
	Mental health Y perception	49	11	-
LILACS	Visión salud mental	43	5	-
	Salud mental AND visión AND enferm\$	6	6	-
CINAHL	Mental health AND vision	28	3	-
	Mental health AND social acceptance	7	1	-
	Social perception AND mental health	40	6	-
	Opinion AND mental health AND nurses	23	3	-
	Thought AND mental AND nurse	27	2	1
	Thought	32	2	-

	AND mental health AND community			
	Thinking AND mental health AND society	4	0	-
PSYCINFO	Mental health AND opinion AND nurse	5	1	-
	perception AND mental health And society	2553	11	4
	Opinion AND mental	9678	25	6

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Datos de los estudios seleccionados.

Artículo	Autoría	Año	Tipo de estudio	Instrumentos
A comparative study of attitudes toward psychiatry among nursing students across successive training years	Balhara, Yatan Pal Singh Mathur, Shachi	2013	Comparativo	Encuestas
Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais	Cardoso Zillotto, Gisela Marcolan, Joao Fernando	2013	Cualitativo	Entrevistas programadas
Mental health Nurses and Consumer of mental health services	Hughes, Frances	2013	Artículo de revisión	
A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário	Gajo Silva, Naiara Silva, Priscila Patrícia Guimarães Bottaro de Oliveira, Alice	2012	Estudio descriptivo - cualitativo	Entrevista semiestructurada
Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves en la sociedad española	Ruiz, M.A.; Montes, J.M Correas, Javier; Álvarez, Cristina; Mauriño, Jorge; De Dios Perrino, Consuelo	2012	Estudio cualitativo, etnografía	Cuestionario ad-hoc
Attitudes of mental health vs. non-mental professionals towards patients presenting with attempted suicide: a comparative study	Srivastava, Mona Tiwari, Ranjana	2011	Estudio trasversal	Cuestionario
Public perception of mental health in Iraq	Sadik, Sabah; Bradley, Marie; Al-hasoon, Saad Jankins, Rachel	2010	Cualitativo	Cuestionario

Growing Practice Specialists in Mental Health: Addressing Stigma and Recruitment with a Nursing Residency Program	Ng, San; Kessler, Linda Srivastava, Rani; Dusek, Janice; Duncan, Deborah; Tansey, Margaret Jeffer, Lianne	2010	Descriptivo	
Health service staff's attitudes towards patients with mental illness.	Arvaniti, Aikaterini Samakouri, Maria Kalamara, Eleni Bochtsou, Valentini Bikos, Constantinos Livaditis, Miltos	2009	Descriptivo	Encuestas
La lucha de los familiares de personas con enfermedad mental desde una asociación: percepciones y necesidades	Márquez Garrido, Manuel Carrasco Acosta, Maria del Carmen	2009	Cualitativo	Observación participante
Attitudes of Ward Attendants Towards Mental Illness: Comparison and Predictors	Vibha, Pandey; Saddichha, Sahoo; Kumar, Ranjeet	2008	Mixto	Escala CAMI
La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.	López, Marcelino Liviana, Margarita Fernández Luis López Andrés Rodríguez, ana María Aparicio Almudena	2008	Revisión	
Mental health workers' attitudes toward mental illness in Fiji	Foster, Kim Usher, Kim Baker, John A Gadai, Sainimere Ali, Samsun	2008	Descriptivo	Atamhs 33
Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression.	Nordt, Carlos Rössler, Wulf Lauber, Christoph	2006	Comparativo	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI)
The effect of Empathy Induction and Perceived Responsibility on Mental Health	Harrell, Amanda	2006	Descriptivo	Encuesta

Stigma and Helping Behaviour.					
Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental.	Arrillaga Arizaga, M Sarasqueta Eizaguirre, C Ruiz Feliu, M Sánchez Etxeberria, A	2004	Observacional, transversal	Cuestionario autoadministrado	
Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud.	Braña, B Rodríguez Díaz, FJ Cuesta, M Bobes, J Gómen, P Sáiz, P.A	2001	Análisis comparativo	Cuestionario con escala tipo Likert	
Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong.	Ng, Petrus Chan, Kai-Fong.	2000	Comparativo	The about Illness in Chinese Community Scale (OMICC),	Opinion Mental in
Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria	Turek, Leonardo Gualtero, Rubén	1999	Descriptivo	Cuestionario autoadministrado	
Precepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior	Casco Margarita	Flores, 1990	Descriptivo	Escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental, Taylor y DER (1979)	
Percepción de un grupo de profesionalistas hacia la imagen que la Comunidad tiene de la Enfermedad Mental. Comparación entre ambas poblaciones	Casco Margarita Natera, Guillermina	Flores, 1986	Descriptivo	AiM Técnica informante	

Fuente: Elaboración propia.