



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL ENTRE ALUMNOS
DE NUEVO INGRESO Y PASANTES DE LA LICENCIATURA
DE PSICOLOGÍA DE LA UAEH

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

Caballero Livera Fatima Ameyalli

y

Gayosso Ramírez Brenda Sofía

DIRECTORA:

Dra. Flor de María Erari Gil Bernal



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología

28 de noviembre de 2018
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes **FATIMA AMEYALLI CABALLERO LIVERA** y **BRENDA SOFÍA GAYOSSO RAMÍREZ**, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es "Percepción de la enfermedad mental entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la licenciatura de psicología de la UAEH" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Jorge Gonzalo Escobar Torres	Presidente	
Dra. Flor de María Erani Gil Bernal	Primer Vocal	
Dra. Antonia Y. Iglesias Hermanegildo	Segundo Vocal	
Dra. Dayana Luna Reyes	Tercer Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Secretario	
Dr. Santos Noé Herrera Mijangos	Suplente	
Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiela, Hidalgo, México C.P. 40160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext 4304, 5116 y 4313
 psicologia@uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

De Sofía:

Para mí: Sigue luchando y revolucionando, aquí es en donde empieza ese camino que siempre has soñado.

Para mi madre Tomasa y mi padre Leodegario: Gracias por el apoyo en mis estudios, por provocarme metas más grandes que mis realidades, por impulsarme y a la vez ser mi mayor obstáculo.

Mis hermanas Alma, Diana y Clara: Gracias por dedicar gran parte de su vida en cuidarme y abrazarme, es tiempo de que la nena vuele.

Para la doctora Flor: Gracias por creer e interesarte en este tema de investigación, por las pláticas en tu cubículo y los regaños oportunos, pero sobre todo, gracias por nunca perder la fe en nosotras.

Para mis amigas (en orden cronológico) Citlally, Griselda, Sarahi, Roxana, Wendolyne, Sandy y Diana: Gracias por que ustedes forman parte de mi proceso, y han dejado momentos, historias, risas, enojos y lágrimas conmigo, ustedes que están presentes el día de hoy y las que se han ido quedando en el camino.

Para mi compañera de tesis Amy: Gracias por atreverte a realizar esta aventura juntas, ahora compartimos nuestro nombre en estas hojas.

De Ameyalli

A mis padres y hermanos: por enseñarme que los sueños se alcanzan con paciencia, amor y perseverancia. Por siempre ser mi más grande apoyo

A Flor: por la confianza, el conocimiento y los momentos compartidos

A Sofía: por compartir este momento en el sendero de la vida y por siempre confiar en mí.

A mí: por reconocer que la lucha más importante es con una misma.

A la vida: por permitirme estar implicada en el proceso que me llevó a escribir esta tesis

Índice

Índice de Tablas	7
Resumen.....	8
Abstract.....	8
Introducción	9
1. CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD MENTAL	11
1.1. Definición de la enfermedad mental.....	11
1.2. Historia de la enfermedad mental	12
1.2.1. Grecia y Roma	13
1.2.2. Egipto.....	14
1.2.3. Edad media.....	15
1.2.4. Renacimiento	16
1.2.5. Era moderna.....	16
1.2.6. Era contemporánea.....	17
1.3. El enfoque psicológico de la salud mental.....	17
1.4. Epidemiología	18
1.5. Tipología.....	20
1.6. Tratamiento Contemporáneo para tratar la enfermedad mental	23
1.7. Equipos de salud mental	24
2. CAPITULO 2. ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL.....	25
2.1. Definición de Estigma.....	25
2.2. Estigmatización de la Enfermedad Mental	27
2.3. La estigmatización de la salud mental en los profesionales de la salud	28
2.3.1. Psiquiatras.....	28
2.3.2. Enfermer@s	29
2.3.3. Trabajador@s Sociales	31
2.3.4. Psicólog@s.....	32
2.4. La ética del profesional de la salud mental.....	33

2.5.	Derechos de las personas con enfermedad mental.....	34
3.	CAPITULO 3. PERCEPCIÓN CULTURAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL	37
3.1.	La enfermedad mental como creación social.....	37
3.2.	Concepción de la enfermedad mental en América Latina	37
3.3.	Concepto tradicional de la enfermedad mental en México.....	38
3.3.1.	Influencia de los factores sociales en la Enfermedad Mental en México	38
3.3.2.	Formas de medición y evaluación de la enfermedad mental	38
3.4.	Teorías que explican la enfermedad mental.....	39
3.5.	Programas de estudio profesional en psicología.....	41
3.5.1.	Europa.....	41
3.5.2.	Latinoamérica	42
3.5.3.	Estados Unidos y Canadá.....	42
3.5.4.	México	43
3.5.5.	Hidalgo	44
4.	CAPÍTULO 4. EL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	46
5.	JUSTIFICACIÓN.....	49
6.	MÉTODO	51
6.1.	Pregunta de investigación	51
6.2.	Objetivos	51
6.2.1.	General.....	51
6.2.2.	Específicos	51
6.3.	Hipótesis	51
6.3.1.	Conceptual	51
6.3.2.	Estadísticas.....	52
6.4.	Definición de variables	53
6.5.	Participantes y tipo de muestreo	54
6.6.	Tipo de estudio y diseño	55

6.7.	Instrumento	55
6.8.	Procedimiento	56
7.	RESULTADOS	58
7.1.	Descriptivos	58
7.2.	Inferenciales.....	58
8.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	61
9.	ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	64
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
11.	ANEXOS	73

Índice de Tablas

Tabla 1. Definición de las variables del estudio	53
Tabla 2. Distribución de los datos sociodemográficos de la muestra	58
Tabla 3. Diferencias entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes.....	59

Resumen

La enfermedad mental constituye uno de los principales problemas de salud de nuestros tiempos y además está en aumento. A pesar de que han surgido algunas terapias efectivas que ayudan a tratar estos problemas, el prejuicio, estereotipo y estigma social sigue siendo una realidad para las personas que viven con ello. Los equipos de salud mental formados por psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, y psicólogos, cuentan con las competencias para tratar con este problema, y se espera que tengan una percepción positiva hacia la enfermedad mental. En este estudio, se pretende analizar si la percepción de la enfermedad mental cambia respecto al nivel de estudios en pasantes de psicología y estudiantes de nuevo ingreso.

Abstract

Mental illness is one of the main health problems of our times, and is increasing over time. Even if have emerged some types of therapy that are succeed in the treatment of these problems, prejudices, stereotypes and social stigma are still a reality for the people who live with it. The professionals formed by psychiatrists, nurses, social workers and psychologists they supposed to have the abilities to deal with this problems, and to have a positive perspective to mental illness. In this study, the objective was to analyze if the perception of mental illness changes regarding to the study level, in psychology students of first and last semesters.

Introducción

En la última década se ha prestado principal cuidado a la atención brindada al enfermo mental buscando que el lugar en donde sea atendido le brinde un espacio libre de discriminación, violencia y que no vulnere sus derechos humanos. Es por esta razón que las leyes que rigen las instituciones de salud mental, así como el código ético de los profesionales de la salud mental han adquirido mayor importancia dentro del ámbito social en el último siglo. El trabajo que realizan los profesionistas de la salud afecta directamente a los pacientes ya que si éstos poseen un estigma social negativo sobre la enfermedad mental y/o sobre las personas que viven con una enfermedad mental, el tratamiento podría verse afectado al generar una conciencia social del “cómo debería ser él enfermo mental”, o dicho de otro modo: el autoestigma o estigma presentido (Muñoz, Crespo, Guillen & Pérez-Santos, 2013). Aunque como lo menciona Izquierdo (2015) la enfermedad mental solo conlleva a un desajuste dentro de su vida cotidiana que por lo regular sólo afecta a nivel micro algunas de sus conductas o actitudes, la percepción que se tiene sobre los enfermos mentales se encuentra socialmente estigmatizada pues se cree que son peligrosos para ellos mismos y la sociedad.

Por esto es importante que los profesionales de la salud mental reciban una formación integral en donde además de replicar conocimiento realicen trabajos en donde los estereotipos y prejuicios que han adquirido socialmente no afecten su labor como profesionistas. Si la educación que se recibe permite el pensamiento crítico de lo que se cree que socialmente son los enfermos mentales y la enfermedad mental, se puede deconstruir el estigma que afecta la labor de estos profesionistas con los pacientes y de esta manera poder otorgarles un tratamiento de calidad.

La formación académica que reciben los psicólogos debe promover el pensamiento autónomo y crítico. Además de promover características formativas que les permita eliminar el estigma hacia la enfermedad mental que pudieran tener al iniciar sus estudios de licenciatura y de esta manera disminuir las consecuencias sobre el tratamiento que esta idea pueda generar. Es por esto que este estudio se enfoca en dos grupos: pasantes y alumnos de nuevo ingreso dentro de una misma universidad, pues se cree que la educación sobre la enfermedad mental puede reducir el nivel de estigma de los psicólogos, que a su vez pueden encargarse de reducir el nivel de estigma interiorizado de las personas que viven con una enfermedad mental y el estigma del resto de la población.

1. CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD MENTAL

1.1. Definición de la enfermedad mental

La enfermedad mental es un desequilibrio en la estructura cognitiva, conductual y/o emocional que afecta al correcto desempeño de las áreas psicosociales de un individuo, como pueden ser la motivación, la atención, la percepción, la conducta, entre otros. De acuerdo con Izquierdo (2015) la enfermedad se conforma por diversos trastornos que se han agrupado por bloques según el área a la que afectan.

Las anomalías en las funciones psicopatológicas forman la base de la enfermedad mental así como las repercusiones que éstas tienen en el desempeño de la vida diaria de los individuos. Si bien resulta inútil el basar la definición de la enfermedad mental por los comportamientos sociales desviados ya que éstos variarán según la época y el contexto de cada sociedad y persona, la enfermedad mental es un conjunto de patrones que incluyen la desviación y disfunción en el ámbito emocional y conductual; estos patrones varían según el contexto (Hindshaw & Stier, 2008).

Es importante resaltar que aunque la enfermedad mental puede estar presente en cualquier sector de la población, hay más riesgo en grupos vulnerables como personas que viven en situación de pobreza o calle, migrantes, víctimas de violencia, poco nivel de escolaridad, indígenas, entre otros. Y a pesar de que se ha demostrado que la salud mental se puede relacionar con la salud física, no se le da la importancia que debería, por el contrario, ha sido un objeto de desatención e ignorancia (OMS, 2004).

La modernidad ha generado una visión materializada del ser humano, involucrado en el sistema de consumo; el hombre y la mujer se vuelven objetos de esta dinámica social, ya que se

fomenta la competencia por destacar sobre los demás y el triunfo individual, esto permea en la idea de tener logros constantes en lo económico, social, estético-corporal, académico, etc (imagen que es reforzada a través de los medios de comunicación) lo cual lleva a una competitividad aún entre los círculos más cercanos, que incluyen a la familia, la pareja y los amigos. En este sentido, se encuentra el aislamiento social, que es una paradoja de la comunicación a través de la tecnología, ya que, aunque en estos tiempos es más sencillo comunicarse por diversas vías, el aislamiento está más presente que en otros tiempos. El hecho de que las personas no puedan conseguir una vida como la que desean, genera frustración, y esto, aunado al aislamiento, con el paso del tiempo, se transforma en depresión. Dicho de otra forma, la sociedad está caracterizada por un vacío de no poder obtener las cosas que supuestamente traerían felicidad o estabilidad, y la gente busca sustancias o acciones que le permitan fugarse de esa aplastante realidad, ejemplo de esto es la drogadicción, la adicción a la TV, etc. (Guinsberg, 2010)

1.2. Historia de la enfermedad mental

El concepto de enfermedad mental cambia dependiendo de la época y el contexto en el que se presente. En épocas pasadas, se basó en la creencia de espíritus y demonios, o a la voluntad que ejercen los dioses sobre los hombres. Fue en la cultura griega donde se centró la atención a la parte fisiológica. Pero, cabe destacar que en la edad media y el renacimiento, se vio un retroceso en los avances que dicha perspectiva había generado, tomándolo como un hecho de brujería o posesión demoníaca. Hasta la llegada de la época moderna, empezó a considerarse que los enfermos mentales no eran “locos” si no personas con un desorden mental o psicológico que podía derivar de muchas razones científicas, como se verá a continuación.

El trato que se tenía a las personas con una enfermedad mental es el reflejo de los estigmas, creencias y prejuicios de la sociedad tenía, de tal manera que encontramos brechas temporales en donde se torturaba de manera física y/o psicológica a los pacientes, impulsados por diferentes razones, debido a que en ese momento no se contaba con el conocimiento que hoy en día tenemos sobre la enfermedad mental. Sin embargo, algunos de los estigmas de épocas anteriores aún se ven presentes en la actualidad, como se relata en los siguientes apartados.

El conocimiento de las enfermedades mentales se basaba en aspectos sobrenaturales, mientras las civilizaciones con menor avance adjudicaban las enfermedades a demonios o fuerzas sobrenaturales, las culturas más complejas lo atribuían a la furia de los dioses. La manera en que creía tratar la enfermedad mental en esta época consta de hacer perforaciones en el cráneo con el supuesto fin de liberar a los demonios que viven dentro de él tal como se ha documentado en distintas partes del mundo (Salaverry, 2012).

1.2.1. Grecia y Roma

Alrededor del siglo V a.c. surge la teoría humorista de las enfermedades, y ésta propone también la causa de las enfermedades mentales. Dentro del esquema que se propone el órgano desequilibrado es el cerebro. Durante este periodo los habitantes de Grecia consideraban a los padecimientos mentales como “la enfermedad sagrada” ya que a través de ella podían contactar a los dioses; pero Hipócrates mencionó al respecto que considerar a las enfermedades como causa de divinidad, solo era motivo de ignorancia, ya que se trataba, como cualquier otra enfermedad, de un desbalance químico del cuerpo (Salaverry, 2012).

Por otra parte, en Roma había pocas aportaciones referentes al tema. No obstante, Galeno hizo referencia a que el miedo está presente en la mayoría de las enfermedades mentales, y no solo consideraba que es el cerebro el órgano afectado, ya que hace mención también del útero. Considera que los trastornos están relacionados con lo pasional. En cuanto al tratamiento varía según los escritos, que iban desde guardar el ayuno hasta atemorizar al paciente de diversas maneras; pero también se propone un método más aproximado a la psicoterapia donde, a través de la verbalización se trataba de equilibrar las emociones (Vázquez, 1990).

1.2.2. Egipto

En la era faraónica, se consideraba que las enfermedades mentales podían ser curadas a través del sueño y de hierbas (probablemente opio). De acuerdo con la evidencia, se sabe que estas se realizaban en la pirámide de Saqqara. El curso del tratamiento dependía directamente de las manifestaciones y el contenido del sueño. Mientras las personas que accedían al tratamiento podían contactar con los dioses para buscar respuestas, también buscaban una cura para aquello que les aquejaba. Por su parte, en la cultura islámica, se consideraba al enfermo mental (Majun) como un ser afectado por un genio o demonio, es decir, un ser sobrenatural que podía ser tanto bueno como malo (Jinn) por lo cual, no se podía responsabilizar a las personas por sus actos, ya que no son conscientes de lo que el Jinn provoca en ellos, por lo cual no se podían generalizar los castigos o condenas. Los enfermos mentales eran aceptados en los hospitales donde también se trataban enfermedades físicas (Okasha, 2001).

1.2.3. Edad media.

Durante esta época, el concepto de enfermedad mental se vio impregnado de un concepto mágico-religioso, dando como resultado que, ante cualquier comportamiento extraño, se le impusiera una causa de posesión demoníaca, por lo cual se les consideraba víctimas del demonio. Posteriormente se extiende la idea de que la causa de la enfermedad mental es un castigo divino, y que ellos, al llevar una vida pecaminosa, merecen ese destino. Y más tarde, surge la creencia de que las mujeres que poseen síntomas de trastornos mentales asumieron y aceptaron en su vida la oscuridad; conocidas comúnmente como brujas. En el texto “Malleus Malificarum” (El martillo de las brujas) de 1486, escrito por el Vaticano (citado por Stucci-Portocarrero en 2013) se proponían métodos curar estas posesiones demoníacas se les aplicaban diferentes tipos de tortura, para curarlos y salvar el alma de la persona que se encontraba en constante pelea por la libertad cristiana de su alma. Si estos métodos no funcionaban se recurría a tratamientos de sacrificio del cuerpo en donde eran quemados en hogueras o tirados al fondo del mar con una piedra atada al cuerpo. En los últimos siglos de este periodo se dejó la tortura y la muerte de estas personas de lado pero se seguía estigmatizando su condición, por lo que era causa de actos violentos y discriminatorios (Izquierdo, 2015).

Es en el siglo XIV cuando surgieron fenómenos de “locura colectiva” provocados por creencias supersticiosas, relacionadas a los ciclos lunares, o el parte de un animal, el parto prematuro o el parto tardío, por nombrar algunos. Dichas ideas se extendían como una epidemia por periodos cortos de tiempo. La iglesia católica era la encargada de decidir quién padecía una enfermedad mental, o en el caso de ser mujer, decidían si era “una bruja” (Vázquez, 1990).

1.2.4. *Renacimiento*

En este periodo de la historia se gestaron otros mecanismos de supresión a la enfermedad mental tal como expulsar a los *insensatos de la ciudad* en barcos a la deriva como forma de exilio ritual. Esta práctica tenía un trasfondo simbólico de conducirlos hacia la razón. Esto denota un aumento a la intolerancia y marginación con las situaciones que contradecían a la sociedad reinante lo que ocasionaba un grado importante de enajenamiento (Foucault citado por Maristán en 2016).

1.2.5. *Era moderna*

En esta era cambió el pensamiento social de una forma radical pues de acuerdo a la perspectiva propuesta por Philippe Pinel se consideró a los enfermos mentales como seres humanos, que por el simple hecho de serlo tenían derechos como todos los demás, con la única diferencia de llevar un tratamiento clínico durante largos periodos de su vida o toda la vida. Este médico francés nombró a este cambio de perspectiva “Tratamiento moral” (Sanjurjo & De Paz, 2013) incursionando a las teorías y métodos de tratamiento futuros que aún en la actualidad tienen vigencia. Durante el inicio del siglo XX se realizó una clasificación internacional psicológica y farmacológica para el tratamiento y curación de la enfermedad mental. Se muestra un avance científico que busca estabilizar a estas personas para que puedan vivir una vida considerada socialmente normal (Mogollón-Canal, Villamizar-Carrillo & Padilla-Sarmiento, 2016).

1.2.6. Era contemporánea

De acuerdo con Ardón-Centeno y Cubillos-Novella en 2012 se mantenían pensamientos estigmatizados sobre las personas que vivían con una enfermedad mental. Por esto se ha buscado sensibilizar sobre este tema al público en general mediante campañas o artículos basados en explicaciones biológicas y científicas. A pesar de estos esfuerzos, en la actualidad el estigma a la enfermedad mental y a las personas que lo poseen sigue existiendo y en estudios realizados en sociedades occidentales las creencias que se dan a partir de estereotipos asignados a diferentes características -en este caso la enfermedad mental- se dan de forma colectiva dependiendo la sociedad. En éstas destacan como principales estigmas la creencia de que estas personas son peligrosas, extrañas, no saben relacionarse ni manejar su vida adecuadamente o tener conductas de autocuidado, no son competentes, tienen culpa sobre lo que les sucede y no poseen un autocontrol de sí mismos para ellos y los demás. Asociado a estas características se les atribuye ideas de miedo, desconfianza y repulsión, lo que lleva a la sociedad a producir violencia, rechazo y discriminación.

1.3. El enfoque psicológico de la salud mental

Desde la llamada psicología de la salud se incluye la intervención psicológica durante todo el proceso de la enfermedad. Se da seguimiento durante la evolución de la misma y los factores psicosociales también tienen una gran influencia sobre el cuidado de la salud, desde esta perspectiva se pretende sustituir o modificar los factores de riesgo por conductas adaptativas dirigidas a mejorar el comportamiento y favorecer el incremento de redes de apoyo, logrando así una mayor eficacia en las intervenciones (Libertad & Grau 2004).

Los trastornos mentales se pueden presentar en cualquier persona, sin hacer distinción de país de procedencia o el nivel socioeconómico al que pertenezca. Según cifras de la OMS, hasta el 2004 aproximadamente 450 millones de personas vivían con un trastorno mental o de conducta. Por lo cual, se consideró importante generar actividades de promoción de la salud mental y condiciones en el entorno biopsicosocial que permitieran mejorar la calidad de vida. Desde este enfoque es primordial el papel del psicólogo en la salud mental ya que como lo mencionan Murray y López (1996) se calcula que para el año 2020 las enfermedades mentales formarán parte del 15% de la discapacidad a nivel mundial.

Con lo anterior la prevención de trastornos mentales tiene como fundamento la aplicación de principios de salud pública y persigue reducir los factores de riesgo. Su promoción se relaciona directamente con la probabilidad del inicio, mantenimiento y desarrollo de algún trastorno mental o problema conductual, por lo que la labor del psicólogo consiste en reducir la prevalencia de la enfermedad mental y así su incidencia (Detels et al, 2002).

1.4. Epidemiología

Se estima que una de cada cuatro personas vive o vivió con una enfermedad mental en algún punto de su vida, y alrededor de 450 millones de personas en el mundo actualmente padecen una de estas condiciones lo que constituye a la enfermedad mental como una de las primeras causas de discapacidad en el mundo (World Health Organization, 2001).

Dentro de las enfermedades mentales existen diferentes clasificaciones las cuales encasillan a cada padecimiento de acuerdo con sus características así como el nivel de afectación al sistema psicológico y/o físico, etc. Dichas clasificaciones ayudan a mantener un control

estadístico ya que permite crear grupos de personas que viven con trastornos con similitudes o que provienen de un mismo lugar (APA, 2013).

En México en el plano actual, la incidencia de las enfermedades mentales se muestra en aumento. De acuerdo con un estudio realizado en el 2016 por Vargas y Villamil se encontró que el padecimiento que muestra mayor incidencia entre las mujeres es la depresión, con un 6.5%; mientras que en los hombres lo es el consumo de alcohol, con un 4.8%. Sin embargo hay diversas variables que pueden poner en riesgo tanto a hombres como a mujeres que desencadenen en hombres con depresión o mujeres con problemas de alcohol. Es importante ser conscientes de que las enfermedades mentales se encuentran presentes en cualquier sector de la población, la diferencia es que hay diferentes factores de vulnerabilidad que permiten que la enfermedad sea detectada a tiempo y/o tratada de manera óptima.

La depresión y la ansiedad son los trastornos con mayor prevalencia, mostrando un aumento desproporcionado en los trastornos psicológicos, por ejemplo, en el año 2015 las personas que viven o vivían con depresión superaron a los 300 millones a nivel mundial (4.4% de la población mundial total) cifra cercana a las personas que padecen con algún trastorno de ansiedad, esto debido a la comorbilidad que presentan ambos tipos de trastornos (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año 2004 aproximadamente 450 millones de personas padecían algún trastorno psiquiátrico o neurológico. Por ejemplo el trastorno afectivo bipolar afectaba hasta ese momento a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo, mientras que la esquizofrenia y otras psicosis a 21 millones de

personas en todo el mundo; de igual manera la demencia presentaba cifras que alcanzaron los 47.5 millones de personas en el mundo, la gran mayoría adultos mayores.

1.5. Tipología

A lo largo de los años y a partir de la investigación en el área, así como a la cantidad de información al respecto se han realizado diversos intentos para clasificar la enfermedad mental en categorías o bloques dependiendo de la función psicológica que se vea afectada. Dichas clasificaciones se ven reflejadas en el CIE-10 o el DSM-IV-TR que categorizaban las enfermedades mentales a partir de una lista de síntomas.

A pesar de que hasta el DSM-IV-TR se dividía por categorías de trastornos que tienen rasgos definitorios, que permitían clasificar a los trastornos (APA, 1995) actualmente se reconoce que los trastornos mentales no son una entidad separada de otros, y que cada individuo será diferente incluso si vive el mismo trastorno mental, de tal forma que las categorías se han vuelto dimensiones como lo que se presenta en el DSM-V (2014).

Las principales categorías de las enfermedades mentales que se presentaban en el DSM-IV-TR eran las siguientes:

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
4. Trastornos relacionados con sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

6. Trastornos del estado de ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos facticios
10. Trastornos disociativos
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
12. Trastornos de la conducta alimentaria
13. Trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15. Trastornos adaptativos
16. Trastornos de la personalidad
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Los cambios que se presentaron en la V edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V, 2014) son cambios en la estructura global de tal forma que se pasa de 17 categorías a 22, quedando de la siguiente manera:

1. Trastornos del desarrollo neurológico
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar y relacionados
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad

6. Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
8. Trastornos disociativos
9. Trastornos de síntomas somáticos y relacionados
10. Trastornos alimentarios de la ingestión de alimentos
11. Trastornos de la excreción
12. Trastornos del sueño-vigilia
13. Disfunciones sexuales
14. Disforia de género
15. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta
16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
17. Trastornos neurocognitivos
18. Trastornos de la personalidad
19. Trastornos parafilicos
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
22. Otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica

De esta forma, la evaluación pasó de ser categórica a ser multiaxial (dimensional), pasando de 5 a 3 ejes. El primero incluye los trastornos mentales, los trastornos de personalidad, el retraso mental y las enfermedades médicas; el segundo eje trata sobre el nivel de afectación del

funcionamiento y en el tercero se recogen otras situaciones que puedan ser objeto de atención clínica.

1.6. Tratamiento Contemporáneo para tratar la enfermedad mental

Según Maristán en el 2016, en la época contemporánea se ha modificado la visión hacia las personas que viven con una enfermedad mental, basándose en la nueva idea capitalista y colonial, por lo que se comienza a clasificar a las personas entre la norma y la anomia. De acuerdo con estos autores aquellas personas que salen de la norma se convierten en seres no productivos y el tratamiento que se les asignaba pretendía cumplir la función de volverles personas más útiles para la sociedad. Pero si la enfermedad mental que vivía era intratable, se les separaría de manera “más humanitaria”, lo que lleva a la creación de centros psiquiátricos en donde la idea era generar y adaptar condiciones de vida para los pacientes.

Además de considerar a la enfermedad mental como una enfermedad que debe ser tratada de forma multidisciplinaria también se ha buscado integrarla en la atención primaria de hospitales y centros de salud. En algunas ciudades de Argentina, por ejemplo, la atención primaria a personas que viven con una enfermedad mental, sobre todo en zonas rurales, le es concedida a chamanes, brujos y personas con este tipo de oficios. De la misma forma, la automedicación parece no estar regulada por lo que parece ser una conducta que continua al no cesar los síntomas o iniciar una atención formal en algún centro de salud (Federación Mundial para la Salud Mental, 2009).

De acuerdo a la Secretaria de Salud existen igualmente campañas que promocionan la salud mental así como dar especificaciones de las causas, consecuencias y tratamientos más

comunes para las mismas, creando una conciencia sobre la población en general y el autocuidado ya que muchas enfermedades mentales surgen a partir del descuido, como las causadas por el consumo de sustancias psicoactivas o accidentes (Secretaria de Salud, 2002).

1.7. Equipos de salud mental

Según Gonzáles y Pérez (2007) se diseñó un tratamiento para las enfermedades mentales con base en la investigación y experimentación científica en donde se consideraban los fármacos como el tratamiento más efectivo, tras un proceso largo para su crecimiento y desarrollo.

De acuerdo a la OMS (2010) actualmente el tratamiento para las enfermedades mentales es más flexible, ya que se han creado códigos de ética que deben seguir los profesionales de la salud mental. Este código tiene sus raíces en los derechos humanos, y el buen quehacer de los profesionistas que en conjunto garantizan el buen trato a estas personas El tratamiento que ahora es señalado en el código de ética de médicos, psiquiatras y psicólogos, dependerá de la enfermedad mental. Existen cada vez más terapias alternativas que se incorporan a dichos tratamiento, con la finalidad de enriquecer dichos tratamientos.

2. CAPITULO 2. ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. Definición de Estigma

Según Aymá (2010) la palabra estigma proviene de la Grecia antigua donde se marcaba a criminales, esclavos y traidores con un corte o marca física en la piel que fuera visible para que se les identificara y segregara de la sociedad.

La palabra estigma también es utilizada dentro de la religión católica para nombrar a una persona que ha sido elegida entre los demás para representar el sufrimiento de Cristo antes y durante su crucifixión, estas marcas pueden llegar a sangrar en cualquier momento sin necesidad de haber lastimado a la persona, se presentan por lo regular en los pies, manos y cabeza. Cuando una persona las presenta es considerado un milagro (Polanco-Frontera, Cajigas-Vargas, Rivera-Segarra, Varas-Díaz, Santos-Figueroa & Rosario-Hernández, 2013).

Posteriormente, el concepto fue evolucionando hasta volverse un constructo social que caracteriza a un grupo de personas por algún rasgo físico o conducta, que les diferencia de grupos más grandes de personas, lo que genera una disrupción en lo que la gente considera dentro de la norma, generando que el grupo por sí mismo se aíse o se les mantenga alejados de la sociedad (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2011).

El estigma es un proceso de pensamiento marcado por estereotipos propios sobre una o más personas que comparten una o más características en común, y que desembocan en tratos injustos y degradantes (Campo-Arias & Herazo, 2013).

Un estereotipo es un conocimiento que se adquiere de forma cultural y colectiva de los pensamientos y circunstancias que han invadido a la sociedad en la que se vive, es decir, es una representación colectiva de los pensamientos de la sociedad, que fue interiorizada por las personas a lo largo de su vida (González-Palomares & Rey-Cao, 2013). Los estereotipos tienen la función de ayudar al individuo a sentirse perteneciente a una determinada sociedad, dándole una identidad social, haciéndose partícipe e identificándose dentro de la misma. Eso no significa que los estereotipos sean malos o buenos, mientras que los prejuicios son emociones aprendidas durante la niñez o a lo largo de la vida y conllevan representaciones positivas y negativas (Vitoria-Gasteiz, 2012).

La discriminación puede considerarse como un comportamiento desagradable para determinadas personas o grupos de personas que se consideran socialmente indeseables por tener alguna diferencia física o mental con respecto al resto de la población de un lugar determinado, pues se les cree inferiores o peligrosos y por esa razón deben de ser atacados, con violencia verbal, no verbal, psicológica o física entre otras (CODHEY, 2014).

El estigma, a pesar de haber cambiado a lo largo del tiempo se caracteriza por la discriminación que genera. tal es el caso de la enfermedad mental ya que antes de esta ser clasificada y atendida como un problema de salud era considerada algo maligno, un castigo o una posesión demoníaca, nombrada normalmente como “locura” (Velasco, 2013). Aun en la actualidad aunque existen las clasificaciones de enfermedades mentales, se conoce y se distingue como una enfermedad del sector salud, este estigma sigue engendrando en la población, y aun con los descubrimientos científicos se le sigue otorgando el nombre de locura (Aguilar, 2011).

2.2. Estigmatización de la Enfermedad Mental

El estigma que se tiene en los enfermos mentales es un problema de gran relevancia en la sociedad contemporánea, ya que, pesar de los avances conseguidos en el conocimiento del origen, diagnóstico, evaluación y tratamiento de la enfermedad mental, aún se sigue denotando con el calificativo de locura (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015). Las opiniones profesionales y científicas sobre la enfermedad mental abarcan una variedad de perspectivas, con desviaciones estadísticas, violaciones de las normas sociales y brechas éticas como características definitorias de los trastornos mentales. Respecto a este último, aunque la visión religiosa ha retrocedido en los últimos años, la perspectiva de que el comportamiento desviado es inmoral todavía impregna las actitudes públicas (Hindshaw & Stier, 2008).

A lo largo de la historia, como se hizo mención en el inicio del capítulo, las causas de la enfermedad mental se le han atribuido a hechos místicos como los castigo por parte de dioses o maldiciones, esto podría ser la causa principal por la que el estigma dentro de la población no se puede erradicar del todo (Bernal, 2009). Esta atribución a su vez realiza un trabajo en conjunto con los juicios morales de las personas, pues no solo buscan alejar a los enfermos mentales porque tienen la creencia de que son peligrosos, sino que también se les desintegre de la propia sociedad. Aun los propios enfermos mentales que tienen poco de haber recibido el diagnóstico, creen que esta discriminación es normal, pues ellos mismos se sienten peligrosos para los demás o para sí mismos; pero esto no es más que la falta de conocimiento hacia el tema (Velasco, 2013).

Existen dos tipos de estigmas, el percibido que describe el trato discriminatorio que se tiene hacia una persona o grupo de personas (en este caso las personas con alguna enfermedad

mental), y el presentido que es el miedo que provoca el sentirse rechazado por tener una enfermedad mental, lo cual representa un problema, ya que muchas personas presentan deterioros porque deciden ignorar el tratamiento psicológico y psiquiátrico (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillen e Izquierdo, 2011).

2.3. La estigmatización de la salud mental en los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud que se llevan el proceso médico y psicológico de las personas que viven con una enfermedad observan diariamente los estigmas interiorizados que afectan a los pacientes. (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillen & Izquierdo, 2013). Los profesionales de la salud se enfrentan con ideologías que alteran o cambian el procedimiento indicado, por el temor que representa la sociedad.

Si se desea que la estigmatización finalice, o que por lo menos, disminuya, es necesaria una cadena multidisciplinaria, en donde exista apoyo desde dos puntos de vista, hacia las personas que tratan las enfermedades mentales y quienes reciben este tratamiento. Para acabar con los tratos discriminatorios hacia los enfermos mentales y a los profesionistas de la salud mental (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad mental [FEDEAFES], 2013).

2.3.1. *Psiquiatras*

Los psiquiatras cada día se encuentran con nuevos problemas tanto de su formación como con las personas a las que les ofrecen un tratamiento médico, ya que en los últimos años se ha estigmatizado esta profesión pues se considera que las enfermedades mentales pueden ser solo una realidad diferente dentro de la sociedad (Maslach & Leiter, 2016).

La psiquiatría es la rama de las ciencias de la salud, en específico de la medicina que se encarga de las enfermedades mentales, ayudando en el tratamiento de estas. Su crecimiento se ha basado en la idea de ser una ciencia experimental. Además se apoya de otras ciencias como la Patología médica general, la Psicopatología, la Neurología y la Sociología para realizar sus labores, como el diagnóstico, de una forma precisa (Cangas & Navarro, 2010).

Los psiquiatras ayudan al enfermo mental desde una perspectiva médica, otorgando fármacos según la enfermedad que cada uno de los enfermos posee. En México no existen suficientes psiquiatras para atender el área de salud mental, y una distribución ineficaz a lo largo del territorio para la atención de pacientes con enfermedades mentales. Además del tratamiento, los psiquiatras se encargan de estudiar, prevenir y rehabilitar a las personas que viven con alguna enfermedad mental (Souza & Cruz 2010).

Hoy en día el tratamiento farmacéutico que manejan los psiquiatras se ha vuelto cada vez más importante, ya que la medicina ha tenido una gran expansión dentro de estos temas, la farmacéutica para la enfermedad mental se basa en hacer sentir mejor a las personas, cosa que se cree que cumplen estos fármacos con sus ingredientes activos. Si la enfermedad del paciente tiene un significado médico, estos profesionales están obligados a tratar a estos pacientes para que pueda haber un mejoramiento en su condición de salud.

2.3.2. Enfermer@s

Según estudios actuales, los estereotipos, que es el modo más frecuente de estigma, expresados en relación a personas con enfermedad mental o la salud mental en general: Se trata

de un situación peligrosa y de extrañeza, que dificulta sus relaciones personales, o el ser capaces de manejar su vida (Izquierdo, 2015).

En la práctica profesional de la enfermería, es importante ser conscientes de cómo el trato hacia un paciente que vive con una enfermedad mental puede ser perjudicial. Las o los enfermeros son de los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes, son ellos quienes terminarán conviviendo a diario, y finalmente son ellos a los que el enfermo mental reconocerá más fácilmente, ya sea porque se encuentran internados en un psiquiátrico, o cuentan con atención privada en casa (Muñoz, et al., 2011).

Finalmente la manera en que el enfermero visualice a su paciente, será un reflejo, para el paciente, de cómo lo ve la sociedad en general, lo que afecta a la autoestima y percepción de éste, en caso de que sea negativo, creando un obstáculo más al momento de tratar la enfermedad en un consultorio.

La enfermería en cuanto conceptualización, tiene bases hace apenas muy poco tiempo, ya que en 1952, Hildegard Peplau (como se citó en Cabal & Guarnizo, 2011) presentó el primer trabajo que fue considerado como la principal y única teoría de enfermería hasta ese momento debido al gran número de definiciones que podemos adjudicar a esta labor, es difícil coincidir con los teóricos sólo en una, de manera que podemos mencionar las siguientes denotación:

- A. Todas las acciones que se llevan a cabo tienen como fin la prevención, promoción, curación o rehabilitación de la enfermedad mental dentro de este ámbito.
- B. Su aplicación se basa en un proceso de sistemático para la valoración, planeación, análisis, ejecución y evaluación de personas con enfermedades mentales.

C. Su permanencia se basa en la continuidad e interacción de forma interdisciplinaria para llevar a cabo estrategias para el bienestar y equilibrio del hombre dentro de diferentes procedimientos para estabilizar el proceso de salud-enfermedad.

La finalidad de lograr de la enfermería es lograr una mejora de calidad de vida de los pacientes teniendo como bases una formación que posee sus raíces en sustentos científicos, humanistas y éticos para poder llevar a cabo una labor basada en la honestidad, confianza, calidad humana y en la toma de decisiones basadas en la conciencia. Esto incluye a los enfermos mentales, una población que muchas veces no es atendida de una forma humanitaria, pues los profesionistas involucran sus prejuicios en el trato hacía estos pacientes (Castañeda, Loredo, Pérez & Mügggenburg, 2010)

2.3.3. Trabajador@s Sociales

El concepto que forma la población general, a través del constructo sociales en relación a la enfermedad mental, en su mayoría es creado por los medios masivos de comunicación, aunque, de igual manera se ve afectado por su falta de información acerca de la ciencia de la salud mental, lo cual lleva a pensar que en las personas en general si bien no es aceptado el estigma social, puede ser que sí tenga una razón de ser (Gil, Winter, León & Navarrete, 2016).

Sin embargo, esto significa un problema cuando un profesional que trabaja con personas que viven con una, o más enfermedades mentales, ya que imposibilita la relación, revictimiza a las personas y retarda el tratamiento.

Por lo tanto, los profesionales deben conocer el tema que abordan sin dejarse llevar por estereotipos o prejuicios; en el caso de los trabajadores sociales, que si bien, no dan un

diagnóstico o terapia a los pacientes de salud mental, tienen un papel fundamental para incidir en la forma en cómo se perciben las personas que reciben tratamiento.

El Trabajo Social se encarga de la ayuda técnica, organizada y complementaria que se realiza en pro del bienestar de personas o comunidades con el fin de mejorar el funcionamiento de una sociedad en particular, ayudando a implementar diversas estrategias para que estas sociedades, individuos o comunidades puedan explorar de forma equilibrada los recursos internos y externos del lugar. La atención que brinda el trabajador social se encuentra distribuido a través de diferentes asociaciones de apoyo, como bien podría ser un psiquiátrico, hospitales, centros de integración, etc. (Moix, 2004).

De ellos dependen factores importantes, como lo es el asesoramiento, una fase tan sencilla para que logren la persona con enfermedad mental cumpla con su labor de paciente (Khon, et al., 2005) y por ende la misma asesoría para la familia o allegados al paciente, en su totalidad factores emocionales, sociales, económicos, etc.

2.3.4. Psicólog@s

Los psicólogos inmersos en el campo de la salud mental, (como es el caso de los psicólogos clínicos y de la salud) tratan directamente con el trastorno mental, y en ocasiones los prejuicios personales o desarrollados en la formación impactan directamente sobre el tratamiento de los usuarios, retrasando o dificultando su curso (Arboleda-Flórez, 2003).

Hoy en día, se puede definir a la psicología como el estudio del comportamiento humano, tanto como aquel visible en la manera en actuar, o las acciones que lleva a cabo un persona, que

en cierta medida pueden ser cuantificables, también los actos internos, aquellos que son subjetivos, como el pensamiento, emociones, prejuicios, valores, etc (Cortese, et al., 2004)

Los psicólogos clínicos tienen como labor, el brindar la terapia durante el tratamiento de un usuario de salud mental. Para tratar, por ejemplo, la psicopatología, la cual se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales, se necesitan de estudios en el área de psicología de la salud, previo a la especialización de psicología clínica. Por otra parte, el rol del psicólogo de la salud debe centrar su atención en la prevención primaria y secundaria, siendo su deber el prevenir situaciones que implican lo psicológico y lo médico, como las enfermedades crónico-degenerativas, mientras que los psicólogos clínicos se enfocan en la atención de la salud mental, teniendo como objetivo el rehabilitar y curar (Polanco-Frontera, et al, 2013).

2.4. La ética del profesional de la salud mental

Existen diferentes documentos que exponen la importancia de los derechos humanos de pacientes con enfermedades mentales, uno de ellos son los que describen la ética que debe existir entre los profesionales de la salud. La ética está basada en que los conocimientos, habilidades y atributos adquiridos a lo largo de la formación de un profesional, sean usados de la mejor forma posible, sin caer en tratos negativos por propia conveniencia. La ética también menciona que los profesionistas deben estar actualizados en las normas legales y éticas para que puedan regular su comportamiento, para que las acciones, decisiones y opiniones que tomen respecto a su profesión sean siempre las más acertadas y tomando en cuenta las obligaciones que esto confiere respetando aunque esto recaer en la responsabilidad personal de cada individuo (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La ética de los psiquiatras marca que estos profesionales deben de asegurarse de dar el mejor tratamiento y trato al paciente, sin dejar de lado sus derechos humanos. Aunque también expone el salvaguardar la vida del usuario y de los demás, por lo tanto, cuando el psiquiatra o psicólogo detecta una situación de este tipo pueden interferir (Abeijón, 1999). Otros profesionales que tratan con estos pacientes como las enfermeras al igual que los psiquiatras y algunos otros profesionales tienen un código de ética donde incluyen aspectos relacionados a estos pacientes adquiriendo el compromiso de observar y hacer cumplir su ética y la ética de los demás profesionistas (Consejo Internacional de Enfermeras, 2005)

2.5. Derechos de las personas con enfermedad mental

Existen diversas leyes que protegen a las personas que viven con una enfermedad mental, algunas son de carácter internacional y otras nacionales, como Códigos Civiles, Penales, Leyes de Enjuiciamiento Criminal, entre otros. Y que estos derechos de los seres humanos que tienen alguna enfermedad mental son iguales a los del resto de los ciudadanos.

Dentro de las nacionales cabe destacar la Ley Nacional de Salud Mental (ley 26657), que tiene como meta asegurar el bienestar de los pacientes que tienen enfermedades mentales, para que no sufran ningún abuso dentro de sus derechos humanos (Ministerio de justicia y derechos humanos, 2010). También existen otros artículos dentro de la misma ley que protegen los derechos de los mismos como el 22914, en donde se menciona que las personas que cuentan con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos poseen derechos como el de decidir si son o no internados en algún establecimiento de salud mental o de tratamiento, a menos que esto haya sido decidido por orden judicial (Kraut, 2011).

A sí mismo la Cámara de Diputados ha realizado diversas reformas a la ley de salud antes descrita, donde se pretende que los servicios que se otorgan a las personas con enfermedad mental sean de tipo integrador y de rehabilitación pues con esta reforma se espera que muchos hospitales psiquiátricos cierren sus puertas, dando paso a que estas personas puedan volver a funcionar en sociedad. Este nuevo sistema está integrado por 3 partes la prevención, la hospitalización y la reintegración social (Secretaría de Salud, SF).

También existen leyes específicas de cada estado donde plasman los derechos y deberes de estas personas y de los profesionales que los atienden así como las condiciones que deben tener los lugares de hospitalización y tratamiento que, aunque en México existen más de 15 millones de personas con enfermedad mental, sólo existen 28 hospitales psiquiátricos de los cuales solo 5 están en buenas condiciones (Secretaría de Salud, SF). En lo que antes era el Distrito Federal está legislada la ley de Salud Mental de donde destaca el artículo 3 que decreta que todas las personas que transiten por ese lugar tienen derecho a la salud mental, si como hace mención en el artículo 4 que el núcleo familiar desempeña un papel muy importante en el tratamiento de las enfermedades mentales. Uno de los artículos más importantes de esta ley es en donde menciona todos los derechos que tienen las personas con enfermedad mental (Artículo 6) y hace referencia que siguen teniendo los mismos derechos humanos al igual que todas las demás personas (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura 2009).

Así mismo en el Estado de Hidalgo existe una ley de salud, en donde se protegen los derechos de las personas con enfermedad mental y los deberes de los profesionales de la salud, así mismo se establece que la salud se entiende como el bienestar físico y mental de los

pobladores, y que se deben otorgar servicios de salud mental a cualquier persona, pues todos tenemos el derecho a vivir una vida saludable (Instituto de Estudios Legislativos, 2008).

Además existen manuales proporcionados por instituciones internacionales como la OMS, en su manual de “Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación”, en donde encamina a las instituciones de salud mental a respetar los derechos humanos, aunque las personas tengan alguna enfermedad mental, para así poder llevar a cabo un tratamiento de forma eficiente (OMS, 2006)

3. CAPITULO 3. PERCEPCIÓN CULTURAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

3.1. La enfermedad mental como creación social

La enfermedad mental es considerada desde una perspectiva médica ya que se cree que tiene inicios biológicos comprobados, pero esto no sucede con todas las enfermedades mentales, además de que lo que en un lugar puede ser considerado una enfermedad mental en otro lugar puede ser una costumbre social normal. Por esto es importante tomar en cuenta los factores socio-ambientales al momento de categorizar a la enfermedad mental (González & Álvarez, 2007).

Dentro de los factores socio-ambientales más importantes se encuentran el estatus social, la red social de apoyo, la emigración, el origen étnico no privilegiado, la marginación social y las características de la vivienda, ya que estos factores influyen de manera lateral propiciando para los sujetos que los posean una identidad social de marginación y aún más el desencadenamiento de enfermedades mentales que se generan o se las generan como es el caso de las enfermedades por drogas (Fernández & Sánchez, 2002).

3.2. Concepción de la enfermedad mental en América Latina

En América Latina se cree que las enfermedades mentales son hechos universales que pueden afectar a todos, aunque se cree que los países más industrializados y ricos del mundo son fuentes de creación de enfermedad mental (IESM-OMS, 2011). La enfermedad también es concebida como un proceso dinámico entre la interacción de varios factores, pues se cree que afectan los factores biológicos, sociales y culturales para la creación de estas enfermedades mentales, o bien para la salud mental (López, 2013).

3.3. Concepto tradicional de la enfermedad mental en México.

Existen en México dos modelos predominantes de la concepción de enfermedad mental: el médico y el sociológico. El primer modelo basa su teoría en que la enfermedad mental es creada y vivida de la misma forma que la enfermedad física, por lo que tiene una base biológica. Por otro lado el modelo sociológico se basa en que el inicio de la enfermedad mental tiene una concepción ambiental, ya que las enfermedades mentales son anomias sociales, por lo que el individuo si no logra adaptarse a su sociedad, tomando el papel que la misma le hace desempeñar puede a ojos de los demás concebirse como enfermo mental (Lagarriga, 2000).

3.3.1. Influencia de los factores sociales en la Enfermedad Mental en México

Los factores sociales tienen un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad mental, ya que poblaciones específicas de la población se ven implicadas en enfermedades distintas, por ejemplo las mujeres de mediana edad con hijos menores tienen una mayor morbilidad psiquiátrica que las mujeres solteras. Ejemplos como este demuestran que los factores sociales son de gran importancia e imprescindibles de tratar al momento de tratar a un enfermo mental, ya que esto puede influir en la mejora o deterioro de la estructura mental del individuo (Montero, 2014).

3.3.2. Formas de medición y evaluación de la enfermedad mental

En la actualidad ha tenido un gran impacto la forma de clasificar la enfermedad mental surgiendo con ello una gran diversidad de sistemas clasificatorios donde se busca encasillar ciertas características las psicopatologías. Estas psicopatologías son nombradas trastornos mentales a diferencia de cualquier otra enfermedad. Existen dos manuales principales a nivel

mundial que basan sus postulados en los modelos categorial y dimensional: el DSM y el CIE. Estos dos manuales de clasificación lo que buscan es pensar a las enfermedades mentales como diferentes y por lo tanto diferenciables entre sí (Lluch, 1999).

El modelo categórico busca definir a las enfermedades mentales por estas diferencias, encasillando a cada enfermedad mental en un apartado donde la persona que vive con una enfermedad mental debe poseer ciertas características para el diagnóstico, al mismo tiempo de no poder poseer otras características que lo enfrascan en otra enfermedad mental. El modelo dimensional surgió como una alternativa al modelo categórico, este modelo se basa en la comorbilidad de la enfermedad mental, ya que aunque el diagnóstico de una enfermedad mental fuera correcto dejaban fuera a cualquier otra característica que pudiera reunir los criterios necesarios para el diagnóstico de 2 o más enfermedades mentales simultáneas. Así mismo cabe destacar que aunque estos modelos son los principales, no son los únicos (Hernández-Guzmán, Del Palacio & Freyre, 2011).

3.4. Teorías que explican la enfermedad mental

Dentro de la psicología existen diferentes teorías que intentan explicar el origen y en desarrollo de las enfermedades mentales:

La teoría psicoanalítica explica que un individuo que tiene una enfermedad mental ha dejado de desarrollar sus potencialidades y como resultado sufre una desadaptación al contexto en el que se desenvuelve, es decir, se vuelve anómico. (Alonso, 2004). En un inicio, el modelo de salud para el psicoanálisis era el comprender los síntomas y aspectos patológicos desde una visión adulta; aproximándose a la actualidad, se divide en dos posturas, una que considera a la

enfermedad mental como un desbalance en las estructuras psíquicas internas y una desorganización del yo, y la otra que considera a la salud en términos del ajusto al medio cultural (Cubas, 2006).

Por su parte el modelo cognitivo-conductual basa sus postulados en que el ser humano es un ser biopsicosocial, por tanto su palabra clave es el aprendizaje, es decir que las enfermedades mentales se consideran como aprendizajes que surgen por modelaje o por la historia de vida de la persona en donde se busca en el tratamiento que las personas reaprendan conductas diferentes que los lleven a integrarse en la sociedad. Aunque también se cree que las enfermedades mentales pueden tener un origen orgánico por lo que debe buscarse tratamiento farmacológico acompañado de este tipo de terapia para hacer una completa reestructuración psíquica (Keegan, 2012).

Dentro de la teoría social existen diversos enfoques que conciben a la enfermedad mental de diferente forma, aunque todos poseen una base, donde se puede considerar a la enfermedad mental bajo criterios interpersonales y colectivos, por tanto la evaluación es realizada después de haber evaluado, las creencias, actitudes valores, usos y costumbres del lugar en que se formó y desarrolló la persona, para poder descubrir la anomia que pudiera poseer el individuo (Rey, s.f.).

La salud mental comunitaria tiene como base el trabajo horizontal, que se adecua a las necesidades que detecta la misma población, trabajando en red desde una perspectiva interdisciplinaria, que permite la intención de permitir a la comunidad el proponer a partir de la vivencia de sus necesidades, propuestas para atenderlas, sin responder a un interés político o económico (Larban, 2010).

3.5. Programas de estudio profesional en psicología

3.5.1. Europa

En la ciudad universitaria de Oxford, Inglaterra, es posible estudiar la licenciatura de psicología experimental, que tiene un enfoque orientado hacia las neurociencias, pero cabe destacar que dentro del Oxford Institute of Clinical Psychology Training, se ofrecen cursos de doctorado en psicología clínica (University of Oxford, 2018)

En Italia, dentro de la universidad de Bérgamo, se enseña psicología clínica como materia teórico-práctica, que se imparte durante el tercer año de la licenciatura. Así mismo, se oferta una maestría en psicología clínica que tiene una duración de 3 años (Università degli studi di Bergamo, 2016).

En Alemania, en la universidad de Heidelberg se imparte la licenciatura en psicología, dividida en tres módulos, durante el segundo se enseñan cursos básicos que pertenecen al tronco común en psicología, posteriormente se elige un área de énfasis sobre la cual se trabajará un proyecto de investigación y se realizarán las prácticas profesionales. Dentro de estas áreas se encuentra psicología clínica. (Universität Heidelberg, 2017)

En la universidad complutense de Madrid, se imparte la materia de *psicopatología* durante el 3er curso, que equivale al quinto y sexto semestre, considerándolo en el módulo de formación fundamental de psicología fundamental. Está entrelazada con la asignatura de *psicología de la personalidad*. Posteriormente, hay posibilidad de elegir como área de énfasis *psicología clínica y de la salud* (Universidad Complutense de Madrid, 2007).

3.5.2. Latinoamérica

La universidad central de Venezuela, en la escuela de psicología, imparte asignaturas de psicología general dentro de un periodo llamado “ciclo básico”, que sigue por un “ciclo aplicado” donde se eligen materias orientadas a un campo específico de la psicología. Entre éstas se encuentra la psicología clínica. Aunque cabe destacar, que los egresados portan un título de psicólogo general, y un diploma que avala que cursaron asignaturas orientadas al área elegida, para posteriormente complementar sus estudios con postgrados. (Universidad central de Venezuela, 2005).

La universidad de Buenos Aires (2001) tiene una currícula que marca un ciclo básico, un ciclo de formación general y un ciclo de formación profesional, donde también se eligen asignaturas en base al campo de aplicación de la psicología que mejor parezca al alumno. Cabe destacar que como materia obligada se tiene *clínica psicológica y psicoterapia: clínica de adultos y clínica psicológica y psicoterapia: psicoterapias, emergencias e interconsultas*.

3.5.3. Estados Unidos y Canadá

En Norteamérica existen diversas universidades en las que se imparte la licenciatura en psicología; como la de Stanford en Palo Alto, California, U. S. A. ya que es reconocida frecuentemente a nivel país por sus constantes mejoras en el plan de estudio así como la infraestructura de sus 17 laboratorios de investigación. El departamento psicológico de esta universidad se estableció en 1892, desde entonces su programa de estudios de posgrado y licenciatura se orientan en ramas como neurociencias, cognoscitivismo, teorías de la personalidad, del desarrollo y psicosociales. Además de proporcionar un curso de inducción y un

programa detallado de lo que se estudiará al ingresar también cuenta con un sistema de becas para estudiantes que sobresalgan del resto (Universidad de Stanford, sf).

Reconocida a nivel mundial, la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts, U. S. A. posee características que la divide del resto. Esta universidad fue la primera que se fundó a nivel país en el año de 1636. Por el tamaño del campus cada 6 meses abarca alrededor de 20 mil estudiantes contando a alumnos de licenciatura, posgrados y doctorados. Dentro del programa de estudios de psicología se encuentran ramas como neurociencias del comportamiento, cognitivas así como psicología experimental, social y del desarrollo (Harvard, 2011).

Dentro del área psicológica y de investigación psicológica la Universidad de McGill es considerada superior a muchas universidades por la formación que ofrece a sus estudiantes. Ubicada en Canadá posee un departamento psicológico de élite que es reconocido por egresar estudiantes líderes en formación. Cada semana se publican artículos científicos y/o académicos por catedráticos y alumnos de todos los niveles; estas publicaciones son principalmente del trabajo realizado dentro de la institución educativa. Además de ofrecer este programa de estudio y esta facilidad de publicación, los estudiantes avanzados en psicología pueden tomar opcionalmente una formación en ciencias o artes. Al año son admitidos sólo 20 estudiantes para el doctorado y eligen entre el área de experimentación o el área clínica (Universidad McGill, 2016).

3.5.4. México

En México la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) tiene un plan de estudios para la licenciatura de psicología que consta de tres áreas curriculares: Área de

formación general, área de formación profesional y área de formación contextual, del primer al octavo semestre, la licenciatura de la licenciatura integra seis campos de conocimiento:

1. Psicología Clínica y de la Salud
2. Psicología de la Educación
3. Procesos Psicosociales y Culturales
4. Psicología Organizacional
5. Psicobiología y Neurociencias
6. Ciencias Cognitivas y del Comportamiento

(Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 2015)

3.5.5. Hidalgo

En Hidalgo, los institutos de nivel superior más conocidos por la población, que ofrecen la licenciatura de psicología se encuentran ubicados específicamente en Pachuca de Soto, Hidalgo:

La Salle que se fundó en el año de 1994 como una institución superior de sector privado en donde se instauró la licenciatura en psicología que consta de un plan de estudios de 8 semestres, con una formación clínica y social. Esta institución cuenta con 977 instituciones en más de 77 países. Ofrece la oportunidad a sus estudiantes de nivel licenciatura o posgrado de participar en concursos de investigación en Psicología, en donde La Salle Pachuca ha ganado el premio del primer lugar en varias ocasiones, la última en 2016, además de la oportunidad como alumnos de brindar asesoramiento psicológico a niños de zonas marginadas bajo estricta supervisión (La Salle, 2014).

La universidad CENIHES es una institución privada que se fundó en el año de 1993 con el fin de otorgar educación integral y de calidad a todos sus estudiantes, además de adaptar el modelo educativo a la normatividad de estudios del país. Como parte de la oferta educativa ofrecen la licenciatura en psicología en un periodo de 4 años y medio, además de especialidades en psicología educativa y psicología de la salud, así como maestría en ambas áreas de la psicología (CENIHES, s.f.).

La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, que es considerada la máxima casa de estudios del estado por su amplia gama de licenciaturas, especialidades y posgrados además de la extensión territorial de sus diferentes campus ubicados por todo el estado, ofreciendo la licenciatura de Psicología en el IC Sa y en la escuela superior de Atotonilco de Tula recibiendo cada semestre a 200 alumnos en esta licenciatura, con un plan de estudios que consta de nueve semestres divididos por áreas profesionales de la psicología desde el 7mo semestre para así darle seguimiento en los dos semestres restantes, consta de 4 áreas de énfasis para su estudio y son: Organizacional, Salud, Educativa y Social, cada una de ellas pensada para que puedan realizar su formación buscando un área laboral diferente o continuar sus estudios especializándose en una rama de la psicología (UAEH, 1999).

4. CAPÍTULO 4. EL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD

En un estudio realizado por Gil, Winter, León y Navarrete (2016) en Las Palmas de Gran Canaria, España, se realizó un estudio en profesionales sanitarios para medir el estigma hacia la enfermedad mental en donde la muestra estuvo conformada por 160 trabajadores, entre ellos enfermeros, médicos y auxiliares. Los resultados destacaron que hay una percepción negativa hacia la enfermedad mental, ya que esto conlleva a pensar que los pacientes son impredecibles, violentos y con una condición incurable. Al mismo tiempo se asocia con temor, incomodidad y en menor grado con rechazo. Dentro del estudio se consideró a la esquizofrenia como la enfermedad mental más grave y con pocas posibilidades de evolucionar progresivamente. Con respecto a la distancia social evaluada, ésta parece aumentar incluso en los profesionales cuando se visualizan como parte de la comunidad en la que se encuentra algún enfermo mental. Finalmente, se encontró que los profesionales sanitarios parecen no estar de acuerdo con que las personas con alguna enfermedad mental reciban atención en un hospital general, y más bien, en centros especializados, como hospitales psiquiátricos

De acuerdo con la psicología social, el estigma depende de dinámicas sociales generales cuyos factores aún no logran determinarse del todo, pero que generan cambios lentos y graduales que repercuten el pensamiento de la comunidad. El estigma orientado a la enfermedad mental presenta repercusiones negativas ya que impide una adecuada recuperación y tratamiento, afectando directamente a la calidad de vida de las personas que lo viven (Gil, et al, 2016).

Por otra parte, Waqas, Zubair, Ghulam, Wajih Ullah y Zubair Tariq (2014) en un estudio realizado en Lahore, Pakistán, a estudiantes universitarios de las áreas de ciencias sociales,

medicina y ciencias exactas, se destacaron puntajes bajos en las subescalas de autoritarismo y restricción social, mientras que en la escala de benevolencia y en la de actitud comunitaria hacia la enfermedad mental se observó lo contrario. Por una parte los estudiantes de medicina mostraron una actitud más positiva hacia la enfermedad mental y por otra, un conocimiento pobre de las causas biopsicosociales de la enfermedad mental, predominando las creencias mágico-religiosas y la idea de que son capaces de ayudarse a si mismos y deciden no hacerlo, volviéndose responsables de su condición.

En una investigación realizada con estudiantes mujeres de la licenciatura en psicología de una universidad privada de la zona metropolitana de la Ciudad de México, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Opiniones sobre la enfermedad Mental (OMI) y el cuestionario de Concepto Público de Agresividad, con la intención de comparar su actitud hacia personas que viven con enfermedades mentales graves en relación a la percepción de la agresividad y peligrosidad. Se encontró que, a pesar de que las estudiantes denotan una intensidad leve a moderada en cuestión de agresividad, sigue siendo mayor a la de la muestra comunitaria que se utilizó para validar el instrumento. Así mismo, las mujeres que mostraron mayor estigma de agresividad, presentaron mayor nivel de restricción y negativismo ante las personas con una enfermedad mental; mientras que aquellas que presentan mayor estigma de peligrosidad, puntuaron más alto en estereotipos y separatismo (Fresán, et al., 2012).

En un trabajo realizado por Aguirre, Dragonne y Estrada en el año de 1983, se realizó una investigación para saber si los estudiantes de psicología de la UNAM aplicarían castigos en menor o mayor medida a personas con una enfermedad mental, y se observó que el castigo era más fuerte y de más duración cuando había presencia de uno o más de estos padecimientos. De

esta manera considero que podemos notar que las diferencias generacionales entre los psicólogos y psiquiatras hoy en día.

Dudet en una investigación realizada en 1999 menciona que gran parte del conocimiento sobre salud y enfermedad mental que obtienen los pacientes es a través de las orientaciones profesionales que reciben en los hospitales donde se atiende su problemática. Esto permite conocer cómo los pacientes interpretan y le dan sentido a su situación, y a su vez, estos pensamientos derivan en comportamientos que favorezcan o entorpezcan el tratamiento y la recuperación.

5. JUSTIFICACIÓN

El estigma hacia la enfermedad mental es un problema de gran relevancia en la sociedad contemporánea debido a que las actitudes negativas respecto a quienes viven con una enfermedad mental ocasionan que la detección y el tratamiento se vean obstaculizados (Moreno, Sánchez & López, 2014); según Pérez, Utreta y Lopera (2013) ocurre lo mismo con la persona que tiene la enfermedad, pues el estigma interiorizado le hace normalizar los roles asignados, que pueden traer consigo diferentes dentro de sus esferas biospsicosociales.

El estigma hacia la enfermedad mental representa un problema en el tratamiento, ya que las y los profesionales de la salud no están capacitados para generar un espacio seguro y de confianza para las y los pacientes, en donde no se observe la jerarquización del trabajo terapéutico y en donde no existan lugares de poder (IESM-OMS, 2011).

Según Campo-Arias y Herazo (2013) entre los profesionales de la salud que sobresalen por su conocimiento y promoción de la salud mental se encuentran los psicólogos; por esto, es importante conocer si su visión es estigmatizante, lo cual puede ser de gran ayuda para la creación de un plan que refuerce los conocimientos y la educación acerca de esta problemática dentro de la psicología, y así tener una mejora al ofrecer los servicios a personas que viven con una enfermedad mental.

Se han realizado diversos estudios sobre el estigma de la enfermedad mental en profesionales de la salud, por ejemplo, en España (Moreno, Sánchez & López, 2014) y Colombia (Campo-Arias & Herazo, 2014), sin embargo, en México no existen evidencias de estudios que evalúen la percepción o estigmatización de la enfermedad en los estudiantes de dicha profesión,

es aquí en donde se ha notado la necesidad de ampliar la investigación sobre el tema en dicho trabajo de investigación.

En la presente investigación, se pretendió encontrar información acerca de la percepción que tienen los estudiantes de psicología sobre la enfermedad mental, y si dicha percepción se ve influenciada por el nivel de estudios en la licenciatura, según los conocimientos obtenidos durante las clases e incluso las prácticas de campo, ya que es importante conocer si existe una estigmatización hacia la población que vive con una o más enfermedades mentales, pues este es uno de los campos más representativos de la psicología; es de aquí donde surge la necesidad de crear evidencia empírica sobre que tanto está brindando resultados positivos la educación que están y han recibido las y los psicólogos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

6. MÉTODO

6.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la diferencia entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la licenciatura en psicología con respecto a la percepción de la enfermedad mental?

6.2. Objetivos

6.2.1. General

Determinar la diferencia entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la licenciatura en psicología con respecto a la percepción de la enfermedad mental

6.2.2. Específicos

- a. Medir la percepción de la enfermedad mental en alumnos de nuevo ingreso de la licenciatura en psicología.
- b. Medir la percepción de la enfermedad mental en pasantes de la licenciatura en psicología.
- c. Comparar la percepción de la enfermedad mental entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de psicología.

6.3. Hipótesis

6.3.1. Conceptual

Pensar en enfermedad mental conlleva a considerar el estigma que le acompaña. A pesar de los avances conseguidos en el conocimiento de su origen, el diagnóstico y tratamiento, como la difusión de dichos temas, aún se mantienen los prejuicios respecto de las enfermedades mentales

como de quienes las padecen (Guimón, 2004). En otro estudio realizado con estudiantes de la Universidad de Compostela, España, se encontró que los estudiantes de psicología con una experiencia pre-profesional directa con pacientes con esquizofrenia tienen una percepción más favorable que aquellos que tienen una experiencia indirecta (Senra-Rivera, De Arriba-Rosetto & Seoane-Pesqueira, 2008).

En un estudio realizado por Ay, Save y Fidanoglu (2006) se observó que las y los estudiantes de sexto grado tenían una mejor actitud ante las personas que viven con una enfermedad mental (aunque aún guardaban juicios e ideas estigmatizantes) en comparación las y los estudiantes de segundo grado.

Lo cual indica, con base en los estudios realizados, que existe el estigma en profesionales de la salud el cuál se reduce gracias a dos factores, el nivel de estudios que tengan con respecto al tema y el trato con las personas que viven con una enfermedad mental, resultado de prácticas escolares.

6.3.2. Estadísticas

H1: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la licenciatura en psicología con respecto a la percepción de la enfermedad mental

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la licenciatura en psicología con respecto a la percepción de la enfermedad mental.

6.4. Definición de variables

Tabla 1. Definición de las variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Percepción de la enfermedad mental	Pensar en enfermedad mental conlleva a considerar el estigma que le acompaña. A pesar de los avances conseguidos en el conocimiento de su origen, el diagnóstico y tratamiento, como la difusión de dichos temas, aún se mantienen los prejuicios respecto de las enfermedades mentales como de quienes las padecen (Guimón, 2004).	Para evaluar la percepción de la enfermedad mental se utilizó el Cuestionario de opiniones acerca de la enfermedad mental (OMI) de Cohen y Struening adaptado en México en el 2013 y cuenta con un alpha de Cronbach de 0.80.
Alumnos de nuevo ingreso y pasantes de psicología		Para fines de esta investigación se consideró a los alumnos de nuevo

ingreso como aquellos
alumnos que cursaban
primero y segundo semestre
de la Licenciatura en
Psicología y a los pasantes,
a aquellos alumnos que
cursaban octavo y noveno
semestre de la Licenciatura
en Psicología

6.5. Participantes y tipo de muestreo

Se trabajó con 200 alumnos de la licenciatura de psicología, 100 alumnos de nuevo ingreso y 100 pasantes, distribuyéndose de la siguiente manera: primer semestre (8.5%), segundo semestre (31.5%), octavo semestre (33%) y noveno semestre (17%). De los cuales el 77.5 % fueron mujeres y el 22.5% hombres; todos los participantes son adultos jóvenes, con una moda de 22 años y una media de edad de 21.16 (DE=2.57). La selección de los participantes se llevó a cabo por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para el presente estudio fue importante contar con un criterio de exclusión al realizar el muestreo, por lo tanto se dejaron fuera a personas que viven con una enfermedad mental. Para esto se colocó una pregunta abierta en el instrumento, llamada: “experiencia sobre enfermedad mental” con la finalidad de identificar dicho criterio.

6.6. Tipo de estudio y diseño

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, transversal, descriptivo. Ya que no se llevó a cabo ningún tipo de manipulación. Transversal porque la medición de las variables se llevó a cabo en un solo momento y con un tipo de estudio descriptivo ya que el alcance de la investigación fue comparar dos grupos con respecto a la variable estudiada (Veiga, De la Fuente & Zimmermann, 2008).

6.7. Instrumento

El instrumento que se utilizó para medir la percepción a la enfermedad fue el Cuestionario de Opiniones Acerca de la Enfermedad Mental (OMI) realizado originalmente por Cohen y Struening en 1960 y adaptado para su uso en México por Mora-Ríos en el 2013, el cual cuenta con un alfa de Cronbach de 0.8236.

El cuestionario está conformado por 63 reactivos en una escala tipo Likert con 6 posibilidades de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, no tengo seguridad pero probablemente de acuerdo, no tengo seguridad pero probablemente en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Dichos reactivos están divididos en 5 factores: etiología social/interpersonal, negativismo, prejuicio, autoritarismo y restrictividad, los cuales explican el 32.1% de la varianza total, los cuales se describen a continuación.

El factor *Negativismo* se refiere a la supuesta peligrosidad de los pacientes, la necesidad de encerrarlos, de tomar distancia de ellos. El de *etiología social/interpersonal* habla sobre la tolerancia, la comprensión y la justificación de que los enfermos mentales no pudieron hacer nada para evitar vivir con una enfermedad mental, alude a un origen de la enfermedad mental en

función de la dimensión social. En el factor *autoritarismo* se hace referencia al tipo de personalidad que se genera en la infancia, por una crianza de padres que usan métodos rígidos y severos de disciplina, predomina la obediencia y los cánones morales rígidos, son marcados los deberes y las diferencias de status entre las personas. El factor *restrictividad* refleja la creencia de que las personas que viven con enfermedad mental tienen una incapacidad para desarrollar distintas actividades, ya sea en el ámbito laboral o en las relaciones sociales, limitándoles el derecho a vivir donde quieran, al afirmar que socialmente no son hábiles o que prefieren no vivir en comunidad y el factor *prejuicio* se refiere a la carga de prejuicios que hacen que sea indeseable tener como vecino a un paciente por miedo o incomodidad, también hace referencia a que no son aptos para labores cualificadas y que se trata de «personas diferentes, ajenas a las personas normales» (Mora-Rios, Bautista-Aguilar, Natera & Pedersen, 2013).

6.8. Procedimiento

Se solicitó un permiso a la jefatura del área académica de psicología, del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH para realizar la aplicación del instrumento, así como el consentimiento de los profesores para que aplicara el instrumento en alguna de sus horas de clase. Así fueron seleccionados alumnos de primero, segundo, octavo y noveno semestres.

Al tener a los grupos se explicó a los estudiantes la finalidad del estudio, alcances y objetivos, solicitándoles su autorización para contestar los instrumentos, además de firmar un consentimiento informado (Ver anexos) para poder considerarlos dentro del estudio. Se les recordó que los datos recabados sólo serían para uso académico exclusivamente y manteniendo en todo momento la confidencialidad de los mismos.

Se realizó la aplicación de los instrumentos en formato grupal, se leyeron las instrucciones y se solicitó llenar todos y cada uno de los reactivos. La aplicación tuvo una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos.

Posteriormente se capturaron los datos en el programa de análisis estadístico (SPSS) y se llevaron a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

7. RESULTADOS

7.1. Descriptivos

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación, en un primer momento se llevaron a cabo los análisis descriptivos correspondientes (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los datos sociodemográficos de la muestra

Variable	Categorías	%	N	Media	D.E.
Sexo	Mujer	77.5%	155	--	--
	Hombre	22.5%	45	--	--
Escolaridad	Nuevo ingreso	50%	100	--	--
	Pasantes	50%	100	--	--
Edad			200	21.16	2.57

Como se puede observar aunque se contó con el mismo número de participantes por grupo, la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres, con un rango de edad de 17 años como mínima y 33 años como máxima, siendo 100 alumnos y alumnas de nuevo ingreso (1er y 2do semestre de la carrera de psicología) y 100 pasantes (8vo y 9no semestre).

7.2. Inferenciales

En una segunda fase de resultados, y para contestar la pregunta de investigación respecto a la diferencia sobre la percepción de la enfermedad mental entre los grupos, se llevó a cabo una prueba t de Student para muestras independientes (ver tabla 2) la cual dio como resultados una

diferencia estadísticamente significativa entre los alumnos de nuevo ingreso y los pasantes de psicología, cómo se puede observar en el factor negativismo ($t= 3.766$), en etiología social/interpersonal ($t= 8.124$) y prejuicio ($t= 2.519$).

Tabla 3. Diferencias entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes

Factores	Nuevo ingreso		Pasantes		t	p	Media Teórica
	Media	DE	Media	DE			
Negativismo	39.45	6.86	35.74	7.06	3.766	.000	38
Etiología social/interpersonal	59.75	8.82	49.42	9.15	8.124	.000	56
Autoritarismo	36.69	4.10	36.31	4.14	.651	.516	37
Restrictividad	15.62	2.98	15.58	5.11	.093	.926	15
Prejuicio	29.60	3.89	28.12	4.39	2.519	.013	29

Los resultados arrojaron que los alumnos de nuevo ingreso de psicología presentan puntajes significativamente mayores que los pasantes con respecto al estigma hacia la enfermedad mental. En todos los factores los alumnos de nuevo ingreso obtuvieron un puntaje por arriba de la media teórica. El único factor en donde ambos grupos obtuvieron puntajes por arriba de la media teórica es en *restrictividad*.

Para probar la metodología se realizó un análisis estadístico que dio como resultado lo siguiente; la subescala con mayor diferencia es *etiología social/interpersonal*, el grupo de nuevo

ingreso obtuvo una media de 59.75 (DE= 8.82) y el grupo de pasantes de Psicología obtuvo una media de 49.42 (de= 9.15) (Ver tabla 3).

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo conocer si existe una diferencia en la percepción que tienen los alumnos de nuevo ingreso y los pasantes de la licenciatura en psicología de la UAEH, con respecto a la enfermedad mental. Con la finalidad de cumplirlo, se llevó a cabo una prueba t de Student para muestras independientes; en general, los resultados arrojaron que los alumnos de nuevo ingreso presentan puntajes significativamente mayores que los pasantes con respecto al estigma hacia la enfermedad mental.

De acuerdo con los análisis de la escala por factores, se encontró que los pasantes de psicología y los alumnos de nuevo ingreso puntuaron arriba de media teórica con respecto al factor *negativismo*, el cual hace alusión a que las personas con enfermedad mental pueden tener conductas agresivas. Específicamente los alumnos de nuevo ingreso obtuvieron puntuaciones más altas que los pasantes, lo cual podría indicar que al no contar con los conocimientos teóricos suficientes pueden saltar a conclusiones erróneas acerca del perfil de una persona con alguna enfermedad mental, llegando a considerarla como peligrosa, mostrando una tendencia a guardar distancia de ellos o bien estar de acuerdo con mantenerlos encerrados y alejados de la sociedad. Contrario a lo que quizá ocurre con los pasantes de esta muestra, quienes a pesar de que no tienen una formación clínica, ya cuentan con los elementos suficientes para diferenciar entre los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales más comunes así como sus características más frecuentes. Esto es coherente con lo que encontró Senra-Rivera, et al (2008) quienes identificaron una diferencia entre la percepción de la peligrosidad dependiendo del nivel de estudios así como de la atención directa/indirecta con los pacientes.

De igual manera, se encontró que el grupo de alumnos de nuevo ingreso fue el que obtuvo un puntaje mayor que el grupo de pasantes con respecto al factor *etiología social/interpersonal*. Esto podría denotar que debido al poco conocimiento sobre las causas que propician la enfermedad mental, al tratamiento y los pronósticos que tienen, pueden considerar a las personas con enfermedad mental como incurables. De igual manera, sugiere una tendencia a considerar que la enfermedad mental surge de las circunstancias y decisiones que se tomaron en la vida, haciendo responsables a las personas de vivir en esa condición. A diferencia de los pasantes, que debido al conocimiento teórico obtenido en la licenciatura, pueden identificar diversos factores que fomenten la recuperación y saber que hay casos donde el pronóstico es favorable. Así mismo, en un estudio realizado por Waqas, et al (2014) se encontró que estudiantes del área de la salud consideran que las causas de la enfermedad mental aún están ligadas a causas mágico-religiosas.

Continuando con el factor *prejuicio*, ambos grupos obtuvieron un puntaje por encima de la media teórica, siendo los alumnos de nuevo ingreso quienes obtuvieron el puntaje mayor ya que la falta de conocimientos teóricos y prácticos genera una actitud y un pensamiento basado en las referencias que se dan a través de los medios de comunicación, mostrando una actitud de miedo, incomodidad y evitación. Esto se comparte en el estudio realizado por Gil, et al (2016) donde menciona los profesionales de la salud tienen una percepción negativa, donde prefieren evitar cualquier contacto personal con personas con enfermedad mental fuera de su lugar de trabajo.

En los factores *autoritarismo* y *restrictividad* no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, ambos grupos obtuvieron un puntaje dentro de la media teórica,

por lo cual es importante mencionar que a pesar de que existe un estigma, no está orientado de forma hostil o violenta hacia esta población. Esto podría deberse a que tanto alumnos de nuevo ingreso y pasantes tienen un interés y respeto, exento al conocimiento psicológico, sobre la población de enfermos mentales que están por sí mismo al ingresar a la carrera de psicología.

En diversos estudios se ha intentado determinar si la experiencia directa y profesional afecta de forma positiva el estigma, pero hay opiniones discordantes, ya que algunas investigaciones (Senra-Rivera, et al, 2008) señalan que el trato directo, profesional y no profesional, disminuyen el estigma, en otras (Gil, et al, 2016) se menciona que el estigma sigue siendo elevado incluso en profesionales de la salud mental; en esta investigación es importante considerarlo ya que los alumnos obtienen conocimientos teóricos respecto a la salud mental, pero no todos participan directamente con este tipo de población.

Cabe resaltar que en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se cuenta con las materias de diagnóstico, psicopatología, evaluación psicológica y psicoterapia, sin embargo, según los resultados de la muestra no están brindando un impacto positivo hacia la percepción de la enfermedad mental, ya que esta formación se ve encaminada hacia una atención asistencialista y resignación ante la condición; es por eso que los resultados de esta muestra pudieron verse influenciados por esta variable.

9. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al realizar esta investigación, se concluye que se encontró información relevante al hacerse válida nuestra hipótesis, ya que el nivel de estigma hacia la enfermedad mental si disminuye con el grado de estudios, sin embargo en la mayoría de los factores se obtuvo un resultado dentro de la media teórica, nivel de estigma que sigue siendo importante cuando se refiere a psicólogos y psicólogas.

Se sugiere replicar el estudio, manteniendo una homogeneidad en la muestra, ya que en el presente trabajo la distribución de alumnos en cada área de la licenciatura es desigual, y por esta razón se pudo acceder con mayor facilidad al énfasis en salud y educativa, cuestión que es importante analizar, por dos puntos, primero el hecho de que estas áreas serían quienes tienen mayor contacto con pacientes en general y debido a esto tendrían que tener el menor estigma posible en el área de salud mental, y segundo, se considera de gran importancia el analizar los niveles de estigma en todas las áreas, ya debido a la situación laboral actual de nuestro estado y la demanda de trabajo, sabemos que existe una gran posibilidad de conseguir un trabajo en el énfasis de salud, antes que en educativa, por ejemplo. También podría resultar de interés el enfocar el estudio a conocer cuál es el nivel de estigma que hay en los alumnos respecto a las áreas de énfasis.

También se sugiere replicar el estudio con equidad de sexo, debido a que en la muestra de este trabajo de investigación se contó en mayor medida con mujeres por la prevalencia de este sexo en la carrera, con respecto a esta inequidad se puede realizar un análisis desde la violencia hacia la mujer, ya que al mantener un papel que ha sido discriminado, violentado, estereotipado históricamente hasta la actualidad, se puede creer que las mujeres pueden colocarse desde un

espacio de empatía hacia otro sector vulnerado de la sociedad, también es importante recordar la relación que existe de la enfermedad mental y al constructo de ser mujer, atribuciones de enfermedades mentales que se suponían ser consecuencias exclusivamente de ser mujer, como la histeria femenina, la cual más tarde el feminismo vendría a desmentir.

Por otra parte, sería oportuno diseñar una intervención para brindar información sobre salud mental enfocado a alumnos y docentes. Ya que aunque existan diferencias entre los grados de estudios, los resultados siguen siendo altos. De tal manera que si se trata el estigma desde el inicio de la carrera este disminuiría en mayor medida.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejón-Fernández, M. (1999). Ética y salud mental. *Cuadernos de Bioética*, 4, 632–643.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49–59.
- Aguilar, J. (2011). Prejuicios, estereotipos y discriminación. Recuperado en: http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/prejuicio_estereotipo_discriminacion.pdf.
- Alejandra, M., Sandoval, V., Diego, L., & Morera, V. (2014). Del Arte A La Locura Y De La Locura Al Arte: la expresión genial de la patología. *Wimb Lu*, 9(2), 45–59.
- Alfonso, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275–281.
- Alonso, J. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55–70.
- Alvarez, B. (1988). Informes, 13(25), 303–319.
- Arboleda-flórez, J., & Frcp, C. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645–650.
- Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012 TT - Mental health: an insight on its evolution in Colombian law. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12–38. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200002
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. (4ªed.) Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- Asamblea legislativa del distrito federal VI legislatura. (2009). *Ley de salud mental del distrito federal*. Recuperado de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa38c97453e24b3f8468.pdf>
- Aymá, A. (2015). Estigma y construcción narrativa : el nosotros y el ellos en relatos de una inundación Stigma and narrative construction : the “ we ” and the “ them ” in the stories of a flood. *Discurso y Sociedad*, 9(3), 222–248.
- Bernal, A. R. (2009). *Stop al estigma sobre la enfermedad mental*. España: Editorial Club Universitario. ISBN: 978-84-8454-965-9.

- Cabo, J. V. D. E., La, E. D. E., Díez, F., Verdejo, M. Z., Nacional, E., & Medicina, D. (2008). Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 54(210), 81–88.
- Campo-Arias, A., & Herazo Acevedo, E. (2013). Estigma, Prejuicio y Discriminación en Salud Mental. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(1), 9–10.
- Cangas, A. J., Navarro, N., Ojeda, J. J., Cangas, D., Piedra, J. A., & Gallego, J. (2017). Assessment of the usefulness and appeal of stigma-stop by psychology students : a serious game designed to reduce the stigma of mental illness. *Advances in Science, Technology and Engineering Systems Journal*, 2(3), 186–190.
- Cangas, A.J., Gallego, J., & Navarro, N. (2014). *Congreso Nacional De Sensibilización Al Estigma Social En Salud Mental. Libro De Actas*.
- Cazzaniga, J., & Suso, A. (2015). *Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.”*. España: Confederación Salud Mental España.
- CENHIES, (s.f.), Oferta educativa. Recuperado de: <http://www.cenhies.edu.mx/index.php#&panel1-2>
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán. (2014). *Encuesta Estatal sobre Discriminación 2014*.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2005). *Código Deontológico del Cie para la Profesión de Enfermería*. Retrieved from <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
- Cortese, E. N., Lic, R. H. C., & Kuzmicki, R. A. (2004). *Psicología médica salud mental*. Buenos Aires, Argentina.
- Cubas, M. (2006) *Lo saludable: una propuesta para la comprensión de la salud mental desde el psicoanálisis* (Tesis para obtener el grado de Maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Detels, R., Mcewan, J., Beaglehole R., & Tanaka H. (2011). *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press.
- Dudet, C. (1999). *La construcción social de la salud-enfermedad mental*. Tesis de Maestría en Psicología. México: UNAM.
- Duro, E. G. (2002). La crisis de la Salud Mental. *Norte de Salud Mental*, 15, 13–22.
- Estela, B., Terrez, V., & Salcedo, V. V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México . Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3–9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>
- Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*. España: FEDEAFES.
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Salud Mental en la atención primaria : mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*.

- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35(3), 215–223.
- Gabinete De Ministros. (n.d.). Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Argentina: Ministerio de Salud.
- Gil, H., Winter, M., León, P., & Navarrete, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103–111.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Recuperado de http://www.asmi.es/arc/doc/La_invencion_de_enfermedades_mentales.pdf
- González-Palomares, A., & Rey-Cao, A. (2013). Cultura Corporal y Estereotipos en las imágenes de libros de texto de educación física publicados bajo el periodo de la ley orgánica de educación (LOE). *Ágora Para La Educación Física y El Deporte*, 15(1), 1–19.
- Graham, F. J. P., Luciana, D., Lira, R., & León, E. C. (2015). Salud Mental. *Salud Mental*, 38(1), 51–125. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Sup11>
- Guimón, J. (2004). La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos.
- Guinsberg, E. (2010). Sujeto y psicopatología de nuestro tiempo. *Revista Argumentos UAM-X*. 23(62) 247-260. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v23n62/v23n62a11.pdf>
- Harvard (2011) Department of psychology. Recuperado de: <https://psychology.fas.harvard.edu/psych-courses>
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111–120.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367–395. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- IESM-OMS. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. México: OPS/OMS
- Información legislativa (s.f.) Reporte Legislativo: Número siete (septiembre 2015 – agosto 2016). México: Integralia. Recuperado de <http://www.reportelegislativo.com.mx/tres.pdf>.
- Instituto de estudios Legislativos. (2008). Ley de salud para el estado de hidalgo, 1–30.
- Izquierdo, B. (2015). *Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental*. Tesis de Licenciatura. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Keegan, E. (2012) La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Argentina de Psiquiatría*. 23, 52-56
- Kohn, R., Levav, I., Miguel, J., Almeida, C. De, Vicente, B., Andrade, L. & Saxena, S. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(401), 229–240.
- Larban, J. (2010) El modelo comunitario de atención a la salud mental “continente y contenido”. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*. 47, 2006-2024

- Dirección de Planeación y Gestión Estratégica Publicación de la Universidad La Salle Pachuca (2016). *Primer Comunicado de Rectoría*. México: Universidad la Salle. Recuperado de <http://www.lasallep.edu.mx/ulsap/PDF/PRIMER-COMUNICADO-RECTORA-2015-2016-vf.pdf>
- Lagarriga, I. (2000). Medicina tradicional en México. *Medicinas alternativas, conceptualización de la salud y la enfermedad en las medicinas alternativas* (Pp. 17-54). México: INER,
- Laviana, M. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental . Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(16), 43–83.
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases Conceptuales De La Enfermería Profesional*. J.B Lippincott Company. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Libertad, M. & Grau J. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14(01), 89-99.
- Lluch, T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Moreno, A. Sánchez F. & López, M. (2014) Diferencias de la población general en relación a los conoci- mientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*. 6(1), 17-26
- Maj, M. (2016). World Psychiatry. *Revista Oficial de La Asociación Mundial de Psiquiatría*, 14(2), 89–192.
- María, A., Herrero, M., Sánchez, F., & López, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conoci- mientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society and Education*, 6(1), 17–26.
- Maristán, S. (2016). *Locura, enfermedad y Salud Mental: significaciones y contextos socio-históricos en los procesos de reformas*. (Trabajo final de grado). Uruguay: Universidad de la República.
- Mart, J., Sim, M. R., & Lindaraja, R. (2010). Las aportaciones de Claude Lévi-Strauss en la lucha contra los prejuicios raciales: “ Raza e historia ” y “ Raza y cultura .” *Revista Lindaraja*, 26(1), 1–21.
- Moix, M. (2005). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 131–141. Recuperado de <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800247-8.pdf>
- Ministerio de justicia y derechos humanos (2010) Ley nacional de salud mental. *Salud pública*. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de salud. (2005). *La enfermedad mental*. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1244_PROM40.pdf
- Mogollón-Canal OM, Villamizar-Carrillo DJ, Padilla-Sarmiento S L.(2016). Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública. *Rev. cienc. Ciudad*, 13(1), 103-120.

- Moix, M. (2004) El trabajo social y los servicios sociales. Su concepto. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 17, 131-141 Recuperado de: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800247-8.pdf>
- Mora-Rios, J., Bautista-aguilar, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9–18.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from deceases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010. *Harvard University Press*, 1, 1–35. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-863>
- Nievés, L Roselló, E. (2004). *Manual Para El Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea.
- Okasha, A. (2001). Egyptian contribution to the concept of mental health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 377–380.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra. Organización mundial de la salud.
- Organizacion mundial de la salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. España: Comunidad de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Más salud por el dinero. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. *Informe Sobre La Salud En El Mundo*, 67–88. <https://doi.org/17> July 2012
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Manual de salud mental*. Recuperado de: https://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/SaludMental_paratrabajadores_APS1.pdf
- Pérez, L., Utrera, E., & Lopera, M. (2014). Influence of self-stigma or Internalized Stigma in the Social Functioning and Social Support in Patients with Mental Illness treated at the Therapeutic Community Mental Health. *Nure Investigación*, 72(1), 1–8.
- Polanco-frontera, N., Cajigas-vargas, I., Rivera-segarra, E., Varas-díaz, N., Santos-figueroa, A., Rosario-hernández, E., & Rico, P. (2013). Profesionales de la salud en adiestramiento en puerto rico stigma towards mental health problems among healthcare. *Salud y Sociedad*, 4(3), 250–263.
- Rey, J. S. (1950). Psicología Social de la Salud. *Tratado de psiquiatría* (pp. 445–457).
- Pinar, A., Save, D. & Fidanoglu, O. (2006) Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 63-67.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143–148.
- Salud Mental (2013-2018) Programa de Acción Específico. Programa Sectorial de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

- OPS (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Sánchez, C. (2003). La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales The influence of social and environmental factors. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 7–18.
- Sanjurjo, G. & De Paz S. (2013) Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 33 (117), 81-94.
- Secretaria de Salud. (2002). Programa de Acción en Salud Mental *Secretaría de Salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- Secretaria de Salud. (2018). Programa de Acción Específico Salud Mental. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaria de Salud. (SF). La Salud Mental en México. *Servicio de Investigación y Análisis*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Senra-Rivera, De Arriba-Rosetto, & Seoane-Pesqueira. (2008) Papel de la experiencia en aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40(1), 73-83.
- Souza, M., & Cruz, D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 53(6), 17–23.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76(4), 218–223.
- UNESCO Perú. (2010). *Módulo en temas de estigma y discriminación*. Recuperado de <https://es.unesco.org/>
- Universidad autónoma de Barcelona. (2007). Máster de formación en paidopsiquiatría y psicología de la infancia y de la adolescencia. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/programa_master_09-10_es.pdf
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) (1999). Plan de Clases 1999. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/oferta/licenciaturas/psicologia/plan_estudios.html
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (n.d.). Plan de Estudios.
- Universidad complutense de Madrid. (2007). Plan de estudios del título de graduado en psicología. Recuperado de <https://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento16568.pdf>
- Universidad Central de Venezuela (2005) Penum. Recuperado de: http://www.ucv.ve/uploads/media/Penum_Psicolog%C3%ADa_Revisi%C3%B3n_2005.pdf
- Universidad de Buenos Aires. (2001). Facultad de Psicología. *Facultad de Psicología*, 3242(011). Retrieved from http://confederacionceas.altas-capacidades.net/L_T_J_R1.pdf
- Universidad de Standford. (sf) Recuperado de: <https://psychology.stanford.edu/>

- Università degli studi di Bergamo (2016) Psicología clínica. Recuperado de: <http://www00.unibg.it/dati/bacheca/481/62891.pdf>
- Universidad McGill.(2016). Major Concentration psychology. Recuperado de: <https://www.mcgill.ca/study/2016-2017/faculties/arts/undergraduate/programs/bachelor-de-la-licenciatura-en-psicologia.arts-ba-major-concentration-psychology>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2008). Descripción sintética del plan de estudios. Recuperado de https://escolar1.unam.mx/planes/f_psicologia/Psicol.pdf
- Universitat Heidelberg. (2016). Universitat Heildelberg: Programa de estudios. Recuperado de: <https://www.uni-heidelberg.de/>
- University of Oxford. (2018). Psychology, Philosophy and Linguistics. Recuperado de: <https://www.ox.ac.uk/admissions/undergraduate/courses-listing/psychology-philosophy-and-linguistics?wssl=1>
- Vargas Terrez, B., & Villamil Salcedo, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39 (1), 3-9.
- Vasquez, C. (1990). Historia de la Psicopatología. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 415-448.
- Veiga, J., De la Fuente, E. & Zimmermann, M. (2008) Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab*. LIV(210), 81-88
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el Estigma en Salud Mental. *Psychology, Society and Education*, 5(1), 91–102.
- Villamizar-carrillo, D. J., & Padilla-sarmiento, S. L. (2016). Salud mental en la educación superior : una mirada desde la salud pública † Mental health in higher education : a view from public health. *Ciencia y Cuidado*, 13(1), 103–120.
- Vitoria-Gasteiz. (2012). *Frena el rumor*. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Waqas, A., Zubair, M., Ghulam, H., Ullah, M. W., & Tariq, M. Z. (2014). Public stigma associated with mental illnesses in Pakistani university students : a cross sectional survey. *PeerJ*, 1–11. <https://doi.org/10.7717/peerj.698>
- Werner, R., Pelicioni, C., & Chiattonne, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana : hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 2(1), 153–172
- World Health Organization. (2001). Mental disorders affect one in four people. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en

11. ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud ICSa

Área académica de Psicología



FOLIO: _____

Se solicita su apoyo para dar respuesta al siguiente cuestionario con el objetivo de conocer su percepción acerca de la enfermedad mental, lo cual forma parte del proyecto de investigación “diferencia en la percepción de la enfermedad mental entre alumnos de nuevo ingreso y pasantes de la carrera de psicología de la de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo” en una muestra de estudiantes universitarios en Pachuca de Soto Hidalgo.

La información recabada será utilizada de manera totalmente confidencial y únicamente con fines de la investigación. El estudio no conlleva a ningún riesgo a su persona o como estudiante. Las únicas personas autorizadas para conocer sus respuestas son las que colaboran en el estudio, mismas que se aseguran que éste se realice de manera adecuada. Al realizar el análisis general de los resultados del estudio aseguramos su anonimato. Su nombre no será utilizado en ningún informe.

*He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre y firma del participante

Datos generales

Carrera y semestre _____ edad _____

Sexo F M

¿Qué experiencia tiene usted de la enfermedad mental?

(Ninguna, a través de lo que he leído, por medio de una persona [especifique, por favor, si es conocido, amigo o familiar, padres o hermanos, hijos, tíos, etc.] que alguna vez tuvo que ir a consulta psiquiátrica, yo mismo he acudido a consulta psiquiátrica)

Las siguientes manifestaciones son opiniones sobre cómo son los pacientes mentales. Por enfermedad mental entendemos los tipos de trastornos que traen a los pacientes a los hospitales psiquiátricos o a los servicios de psiquiatría de cualquier hospital general. Existen numerosas diferencias de opinión sobre este tema. En otras palabras, muchas personas están de acuerdo con cada una de las siguientes manifestaciones, mientras que otras muchas están en desacuerdo. Quisiéramos saber lo que usted piensa de estas manifestaciones. Cada una de ellas va seguida de seis elecciones. Marque con una cruz (X) la elección que más se aproxime a su

forma de pensar sobre cada manifestación. No hay respuestas acertadas o equivocadas. Estamos interesados solamente en su opinión. Es muy importante que responda a todas las cuestiones

CUESTIONARIO DE OPINIONES DE LA ENFERMEDAD MENTAL (OMI)

(Cohen & Struening, 1960 adaptado por Mora-Ríos, 2013)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No tengo seguridad pero probablemente de acuerdo	No tengo seguridad pero probablemente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La depresión nerviosa normalmente se produce cuando la gente trabaja demasiado						
2. La enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera						
3. La mayoría de los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales no son peligrosos						
4. Aunque los pacientes dados de alta en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales, pueden parecer curados, no se les debería permitir contraer matrimonio.						
5. La enfermedad mental es una forma de reacción ante las demandas y presiones de la sociedad.						
6. Un número importante de personas enferman mentalmente debido a la forma de vida que eligen.						
7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones, la gente normal piensa las cosas						
8. Personas que han sido pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales no son más peligrosas que el ciudadano medio						
9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación es mejor no pensar en ello y mantenerse ocupado en cosas más agradables						
10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma mental para evitar los difíciles problemas de la vida diaria						

11. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de las personas normales						
12. Aunque los pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales se comporten de manera extravagante, está mal reírse de ellos						
13. La mayoría de los pacientes mentales está deseando trabajar						
14. No se debería permitir que los hijos pequeños de enfermos mentales les visiten cuando estos están ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales psiquiátricos						
15. La gente aficionada a su trabajo raramente se convierte en un enfermo mental						
16. La gente no se convertiría en enfermo mental si huyera de los malos pensamientos						
17. Los pacientes mentales están tan preocupados con sus propios problemas que no prestan atención a lo que otros sienten acerca de ellos						
18. Más dinero de los impuestos debería emplearse en el cuidado y tratamiento de gente con graves enfermedades						
19. Un enfermo cardíaco sólo tiene una cosa mal, mientras un paciente mental es completamente diferente a otros pacientes						
20. Los pacientes mentales provienen de hogares donde los padres tomaron poco interés en sus hijos						
21. La gente con enfermedad mental nunca debería ser tratada en el mismo hospital que la gente con enfermedades físicas						
22. Cualquiera que trate firmemente de mejorarse a sí mismo merece el respeto de los demás.						
23. Si nuestros hospitales tuviesen suficientes doctores, enfermeras y ayudantes preparados, muchos de los pacientes mentales mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital						
24. Una mujer cometería una locura casándose con un hombre que haya padecido una enfermedad mental grave, aunque pareciera totalmente recuperado						
25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran criados por padres normales, probablemente no acabarían siendo enfermos mentales						
26. Gente que ha sido paciente de los servicios de psiquiatría de los						

hospitales generales o de los hospitales mentales nunca volverá a ser lo que fue antaño						
27. Muchos pacientes mentales son capaces de realizar labores cualificadas, aunque en algunos aspectos están muy perturbados mentalmente						
28. La mayoría de las personas que tienen una perturbación mental grave preferirían vivir en una comunidad en vez de hacerlo en una clínica mental						
29. No se debería autorizar el voto a los enfermos mentales						
30. La enfermedad mental de mucha gente es causada por la separación o divorcio de sus padres durante la niñez						
31. La mejor manera de manejar a los pacientes en un servicio de psiquiatría de un hospital general o en un hospital mental es tenerlos encerrados						
32. Llegar a ser paciente en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general es convertirse en un fracasado en la vida						
33. Se debería permitir más intimidad a los pacientes de los hospitales mentales						
34. Si un paciente de un hospital mental atacara a alguien, debería ser castigado para que no lo volviese a hacer						
35. Si unos padres mentalmente enfermos criaran a los hijos de padres normales, probablemente se convertirán en enfermos mentales						
36. Todos los hospitales mentales deberían estar rodeados por una cerca y guardianes y los servicios de psiquiatría de los hospitales generales cerrados a cal y canto						
37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general padeciendo una enfermedad mental grave						
38. Más que cualquier otra cosa los enfermos mentales necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos						
39. La enfermedad mental es generalmente causada por alguna perturbación del Sistema Nervioso						
40. Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales no son ya realmente humanos						
41. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en un						

servicio de psiquiatría de un hospital general o en un hospital mental pudieran ser de confianza como cuidadoras de bebés						
42. A la mayoría de los pacientes de un hospital mental no les importa su aspecto exterior.						
43. Los profesores universitarios son más propensos a convertirse en enfermos mentales que los hombres de negocios						
44. Mucha gente que no ha sido paciente en un hospital mental, está más enferma mentalmente que muchos pacientes mentales hospitalizados						
45. Aunque algunos pacientes mentales parecieran estar bien, es peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos						
46. Algunas veces, la enfermedad mental es un castigo por malas obras						
47. Nuestros hospitales mentales deberían estar organizados de manera que hagan que el paciente sienta lo más posible como si viviera en casa						
48. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o voluntad						
49. Es poco lo que se puede hacer con los pacientes en un hospital mental, excepto que estén confortablemente y bien alimentados						
50. Muchos pacientes mentales permanecerían en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas permanecieran abiertas						
51. Todos los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y de los hospitales mentales deberían ser privados de tener hijos mediante una intervención sin dolor						
52. Los residentes de una comunidad deberían tener el derecho a negarse a la instalación de un hogar para niños enfermos mentales en su propia comunidad						
53. La moralidad de una sociedad se mide bien por la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos mentales						
54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un paciente mental						
55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente						
56. Las personas que no desean antiguos enfermos mentales en sus comunidades tienen miedo de ellos						

57. Las personas que han estado en servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales, tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan al igual que cualquier otro ciudadano						
58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente para que se ajusten a la vida comunitaria						
59. No debería darse de alta a los pacientes de los servicios psiquiátricos de los hospitales generales o en los hospitales mentales hasta que actuaran como la gente normal						
60. Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente						
61. ¿Cree usted que es bueno y deseable que en las últimas décadas se hayan ido abriendo servicios de psiquiatría en los hospitales generales?						
62. ¿Cree usted que la psiquiatría ha avanzado en los últimos años lo suficiente para que sea una especialidad de la medicina como otra cualquiera?						
63. A pesar de todos los adelantos que haya, los enfermos mentales siguen siendo un peligro público						

¡GRACIAS!