



Universitat de Lleida

Anàlisi de les actituds estigmatitzants en els estudiants universitaris d'infermeria envers les persones amb problemes de salut mental

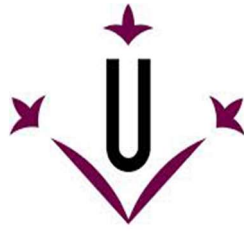
Rosa Giralt Palou

<http://hdl.handle.net/10803/675029>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

**Anàlisi de les actituds estigmatitzants
en els estudiants universitaris d'infermeria
envers les persones amb problemes de salut mental**

Rosa Giralt Palou

Memòria presentada per optar al Grau de Doctora per la Universitat
de Lleida en el Programa de Doctorat Interuniversitari de
Cures Integrals i Serveis de Salut

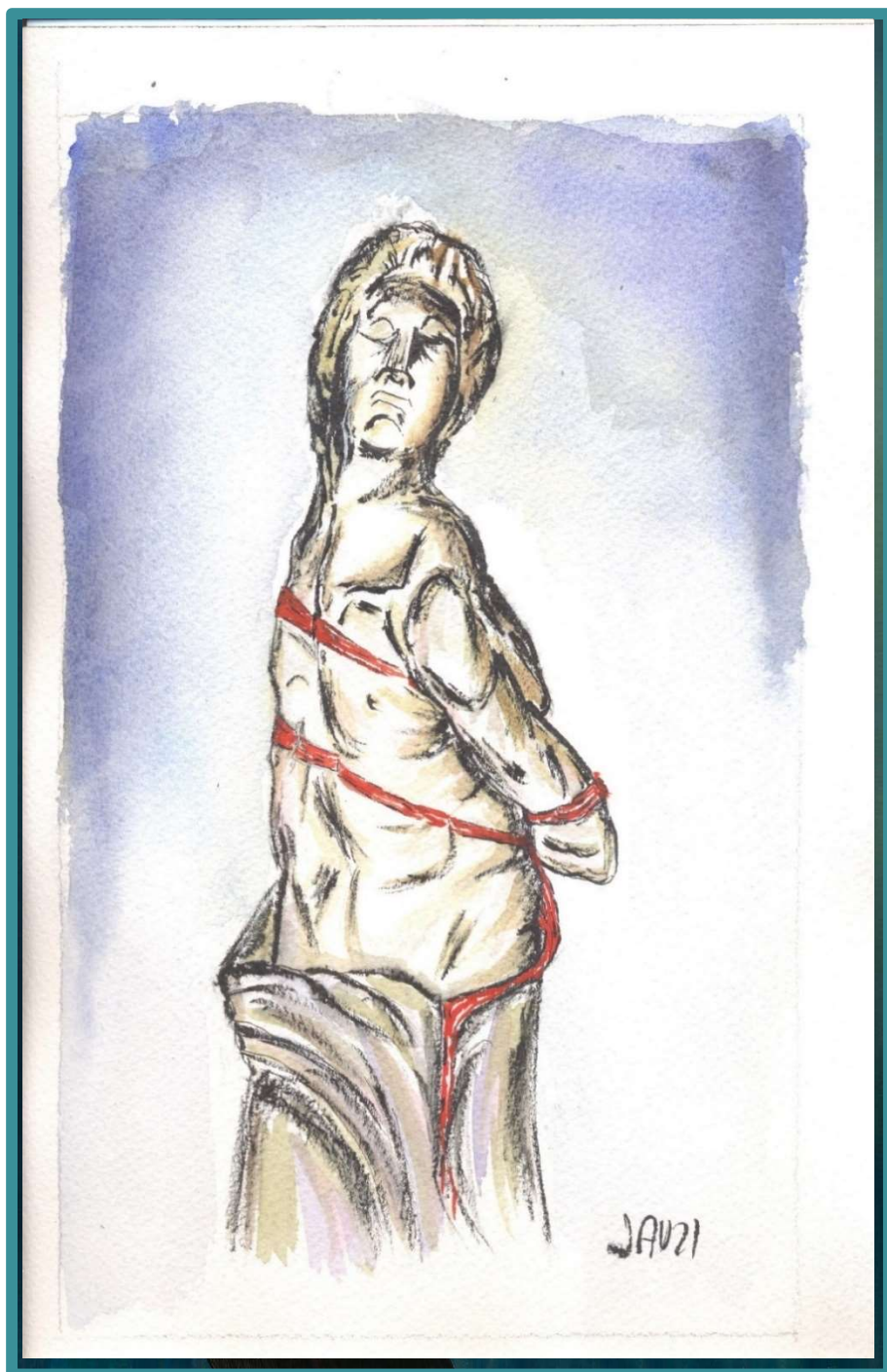
Directores

Dra. Gemma Prat Vigué

Dra. Glòria Tort Nasarre

Tutor

Dr. Joan Blanco Blanco



L'Esclau Rebel -Michelangelo Buonarroti (1513)

**Anàlisi de les
actituds
estigmatitzants
en els estudiants
universitaris
d'infermeria
envers les persones
amb problemes de
salut mental**

*Als que m'han acompanyat
al llarg de tot aquest procés de creixement,
gràcies a vosaltres sóc qui sóc,
i he pogut gaudir del camí...*

Maig, 2022

*“Està bé admetre una certa ansietat provocada pels preparatius,
però elimina les grans pors de la teva vida,
almenys durant una temporada.
Per perdre la por de les coses petites
cal haver perdut la por de les coses grans....”*

Excuses per no pensar

Agraïments

Vull agrair a totes les persones que han contribuït a què aquest projecte pogués arribar a la seva fita, sense els quals i gràcies al seu suport, acompanyament i ajuda, sense dubte això no hauria estat possible.

En primer lloc agrair a les directores d'aquesta tesi, Dra. Gemma Prat Vigué i Dra. Glòria Tort Nasarre, per la confiança depositada en mi i en el projecte, així com per la seva dedicació i paciència en les estones de desorientació i dificultat. Al meu tutor de tesi Dr. Joan Blanco Blanco, per tot el seguiment i suport en tot moment, davant dubtes i clarificacions en el procés i seguiment de la tesi.

A la Direcció d'Infermeria i al Departament de Recerca de la Fundació Althaia St Joan de Déu de Manresa, per facilitar-me la disposició de temps i el suport logístic.

Al Dr. Ramon Colell Brunet, per les seves converses a l'hora d'iniciar aquesta aventura, la seva empenta i el seu acompanyament, sense faltar mai un meravellós somriure i un toc d'humor.

A la professora Carme Valiente Ballesteros pel seu acolliment, i per donar-me l'oportunitat d'iniciar-me en el món de la docència universitària, del que cada dia en gaudeixo més.

A la Dra. Judit Roca Llobet per tota la confiança depositada en mi en el marc dels projectes universitaris del territori.

Als meus companys i amics, a tots ells i sense voler-me'n deixar cap, però sobretot a la Gemma, l'Eva i el Víctor, als quals els he robat moltes estones on abocar les meves incerteses, i que han sabut donar-me l'impuls i confiança per continuar. A les meves Tarrojjines, i a la Lluïsa, sempre pendents d'aplaudir cada petita passa...gràcies!.

A la meva família, i sobretot als meus germans, pel seu suport infinit i incondicional, que sempre ens ha sostingut a l'hora d'embranchar-nos i aconseguir els nostres objectius. Al Josep, gràcies per tota la vida viscuda; sense dubte aquesta tesi també és teva. També al meu incondicional, moltes vegades invisible però inseparable, gràcies per encoratjar-me davant els dubtes, ressaltant les meves fortaleces i fent-me més valenta.

I, sense voler oblidar-me de ningú, a totes les persones amigues i properes que sempre heu estat acompanyant dins d'aquest camí complex i difícil, a les quals

no em cansaré d'agrair-vos el haver-hi estat i el haver compartit amb mi aquesta experiència.

Moltíssimes gràcies a tots.

INDEX

Índex

Acrònims i Abreviacions.....	12
RESUM.....	13
RESUMEN.....	16
ABSTRACT	19
INTRODUCCIÓ	21
JUSTIFICACIÓ	22
MARC TEÒRIC.....	23
1.ORIENTANT-NOS EN EL CAMÍ DE LA SALUT MENTAL	24
2.ESTIGMA EN EL MARC DE LA SALUT MENTAL	26
2.1. Corrents que defineixen l'estigma en salut mental.....	27
3. PROCÉS HISTÒRIC ON ES GESTA L'ESTIGMA EN SALUT MENTAL.....	30
Taula 1.Principals representants generadors de canvis en la salut mental durant el s. XIX i XX.....	32
Taula 2. Sorgiment de la farmacologia en salut mental	33
4. SITUACIÓ ACTUAL DELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL A NIVELL MUNDIAL	35
4.1. Escenari de l'estigma envers la salut mental a Catalunya	35
5. IMPLICACIONS DE L'ESTIGMA: UNA VISIÓ MULTIDIMENSIONAL.....	37
Figura 1.Cicle de l'estigma	39
Taula 3. Interrelació dels tipus d'estigma.....	41
6. LA DESITJABILITAT SOCIAL COM A TENDÈNCIA DE RESPOSTA.....	42
7. PROFESSIONALS DE LA SALUT I ESTIGMA EN SALUT MENTAL.....	44
7.1. L'ATENCIÓ INFERMERIA EN SALUT MENTAL	46
7.1.1. La influència de la infermera especialista en salut mental.....	47
7.1.2. La salut mental i les dues cares de la professió infermera	48
8. ELS ESTUDIANTS D'INFERMERIA I LA SEVA MIRADA ENVERS L'ESTIGMA EN SALUT MENTAL.....	50
9. CURRÍCULUM FORMATIU UNIVERSITARI EN EL MARC D'INFERMERIA EN SALUT MENTAL.....	51
9.1. Camí cap on s'orienta l'aprenentatge infermer en l'àmbit de la salut mental.....	51
9.2. El paper del tutor en l'acompanyament de l'aprenentatge	52
9.3. Actual model d'ensenyament europeu.....	53
9.4. Fundació Universitària del Bages	54
9.4.1. Descripció dels continguts de salut mental en el marc teòric i d'aprenentatge assistencial en pràctiques clíniques.....	54
9.4.2. Descripció dels continguts del marc teòric	55
9.4.3. Descripció del marc d'aprenentatge de pràctiques assistencials.....	55

9.5. Universitat de Lleida	56
9.5.1. Descripció dels continguts de salut mental en el marc teòric i d'aprenentatge assistencial en pràctiques clíniques	56
9.5.2. Descripció dels continguts del marc teòric	57
9.5.3. Descripció del marc d'aprenentatge de pràctiques assistencials	57
Taula 4. Quadre comparatiu dels continguts d'aprenentatge en salut mental	59
10. HIPÒTESI	61
11. OBJECTIUS	61
11.1. Objectiu General	61
11.2. Objectius Específics	61
12. METODOLOGIA	63
12.1. DISSENY DE L'ESTUDI	64
Figura 2. Flux del disseny de l'estudi.....	64
12.2. ÀMBIT D'ESTUDI	65
12.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	65
12.4. VARIABLES DE L'ESTUDI	66
12.5. CONSIDERACIONS ÈTIQUES	67
12.6. INSTRUMENTS	68
12.6.1. Revisió sistemàtica	68
12.6.2. Estudis transversal i longitudinal	68
12.6.3. Anàlisi estadístic	69
12.7. DESCRIPCIÓ DELS INSTRUMENTS DE MESURA	70
12.7.1. Escala de dades Sociodemogràfiques	70
12.7.2. Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI).....	70
12.7.3. Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA v4)	72
12.7.4. Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud	73
12.7.5. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS 10)	74
12.7.6. Social Desirability Scale (SDS)	75
13. RESULTATS. Presentació dels articles	77
13.1. Article de Revisió Sistemàtica	77
13.2. Article estudi observacional descriptiu	119
13.3. Article estudi longitudinal de mesures repetides I	149
13.4. Article estudi longitudinal de mesures repetides II	161
14. DISCUSSIÓ CONJUNTA	175
15. LIMITACIONS	181
16. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA DOCENT I ASSISTENCIAL	182
17. CONCLUSIONS	185

18. REFERÈNCIES	187
TAULA D'ANNEXES.....	203
19. ANNEXES.....	204
19.1. ANNEXE 1- Competències d'aprenentatge en l'assignatura "Cures Infermeres en Salut Mental". FUB	204
19.2. ANNEXE 2- Bloc didàctic "Cures Infermeres en Salut Mental" FUB	205
19.3. ANNEXE 3- Distribució de crèdits durant el període de pràctiques de Salut Mental. FUB.	206
19.4. ANNEXE 4- Competències pròpies del Pràcticum VII a la Fundació Universitària del Bages	207
19.5. ANNEXE 5- Competències d'aprenentatge a assolir dins de l'assignatura de "Salut Mental" a la Universitat de Lleida	208
19.6. ANNEXE 6- Continguts teòrics de l'assignatura "Salut Mental" a la Universitat de Lleida	209
19.7. ANNEXE 7- Competències pròpies dels pràcticums de 4art de Grau de la Facultat d'Infermeria a la Universitat de Lleida	211
19.8. ANNEXE 8- Document Acreditatiu Comitè d'Ètica	213
19.9. ANNEXE 9- Full d'informació per als participants de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida	215
19.10. ANNEXE 10- Full d'informació per als participants de la Facultat d'Infermeria de la Fundació Universitària del Bages	216
19.11. ANNEXE 11- Consentiment Informat.....	217
19.12. ANNEXE 12- Revocació del Consentiment Informat.....	219
19.13. ANNEXE 13- Escala de dades Sociodemogràfiques	220
19.14. ANNEXE 14- Community Attitudes towards Mental Illnes (CAMI).....	222
19.15. ANNEXE 15 - Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)	226
19.16. ANNEXE 16- A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers. The Spanish Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud.....	228
19.17. ANNEXE 17- Reported and intended Behaviour Scale (RIBS)	230
19.18. ANNEXE 18- Social Desirability Scale (SDS)	231

ACRÒNIMS I ABREVIACIONS

Acrònims i Abreviacions

AEESME	Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental
ANECA	Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació
ANESM	Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental
ANOVA	Analysis of Variance
BOE	Butlletí Oficial de l'Estat
CAMI	Community Attitudes towards Mental Illness
DOI	Digital Object Identifier
EEES	Espai Europeu d'Educació Superior
EMAEMFT	Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud
ESEMeD	Estudi Europeu de l'Epidemiologia dels Trastorns Mentals
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
FUB	Fundació Universitària del Bages
IBM	International Business Machines
ISSN	International Standard Serial Number
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System online
MICA	Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale
MMPI	Inventari de Personalitat Multifàssic de Minnessota
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONU	Organització de les Nacions Unides
PAI	Processos d'Atenció d'Infermeria
PIB	Producte Interior Brut
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
RD	Reial Decret
RIBS	Reported and Intended Behavior Scale
SDS	Social Desirability Scale
SIDA	Síndrom Immunodeficiència Adquirida
SJR	Scimago Journal Ranking
UAB	Universitat Autònoma de Barcelona
UdL	Universitat de Lleida
WHO	World Health Organization

RESUM

Els professionals i estudiants universitaris de ciències de la salut poden generar actituds estigmatitzants, en el moment de prestar l'atenció i cura a les persones que amb un problema de salut mental. Per tal de conèixer com els estudiants d'infermeria perceben l'àmbit de la salut mental, es va definir com a l'objectiu principal d'aquesta investigació, l'analitzar les actituds dels estudiants universitaris d'infermeria respecte la salut mental, durant el període d'aprenentatge en l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental.

Metodologia

Primerament, i per tal de poder contextualitzar la tesi, es va desenvolupar una revisió sistemàtica. Posteriorment, es va dur a terme un estudi d'intervenció quasi-experimental, longitudinal i prospectiu, que es va dividir en tres etapes. La primera d'elles, va generar un estudi descriptiu i transversal, durant la fase prèvia a l'inici de la formació universitària d'infermeria en salut mental (L0). La segona i tercera de les etapes, va consistir en un estudi longitudinal, després de finalitzar la seva formació teòrica (L1), i una vegada finalitzat el període de col·locació clínica (L2). Es va analitzar l'associació entre factors i qüestionaris, a més d'avaluar l'efecte de cada factor abans i després de cada etapa d'aprenentatge de la salut mental, tant ajustats com no ajustats per a l'Escala de Desitjabilitat Social.

Resultats

Els principals resultats reflecteixen una reducció de les actituds estigmatitzants i un favorable comportament esperat a mesura que avança la formació en salut mental, destacant actituds menys estigmatitzadores en el període de pràctiques clíniques. Respecte la desitjabilitat social, únicament es va mostrar troballes significatives en el període previ a l'inici del període formatiu en salut mental, on destacaven trets més restrictius i estigmatitzants respecte les persones amb un problema de salut mental.

Conclusions

Cal considerar el període de pràctiques clíniques en salut mental com a factor de canvi envers actituds més positives i de proximitat. La desitjabilitat social, malgrat detectar-se en la fase prèvia a l'inici de la formació, no ha estat una variable influent en el moment en que s'ha anat transmeten els coneixements i habilitats específiques en salut mental. Aquests resultats poden orientar en quins són els

aspectes d'aprenentatge més rellevants en el moment d'implementar noves estratègies docents.

RESUMEN

Los profesionales y estudiantes universitarios de ciencias de la salud pueden generar actitudes estigmatizantes, en el momento de prestar la atención y cuidado a las personas que con un problema de salud mental. Con el fin de conocer cómo los estudiantes de enfermería perciben el ámbito de la salud mental, se definió como el objetivo principal de esta investigación, el analizar las actitudes de los estudiantes universitarios de enfermería respecto a la salud mental, durante el período de aprendizaje en la asignatura de Cuidados Enfermeros en Salud Mental.

Metodología

En primer lugar, y para poder contextualizar la tesis, se desarrolló una revisión sistemática. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio de intervención cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, que se dividió en tres etapas. La primera de ellas generó un estudio descriptivo y transversal, durante la fase previa al inicio de la formación universitaria de enfermería en salud mental (L0). La segunda y tercera de las etapas, consistió en un estudio longitudinal, después de finalizar su formación teórica (L1), y una vez finalizado el período de colocación clínica (L2). Se analizó la asociación entre factores y cuestionarios, además de evaluar el efecto de cada factor antes y después de cada etapa de aprendizaje de la salud mental, tanto ajustados como no ajustados para la Escala de Deseabilidad Social.

Resultados

Los principales resultados reflejan una reducción de las actitudes estigmatizantes y un favorable comportamiento esperado a medida que avanza la formación en salud mental, destacando actitudes menos estigmatizadoras en el período de prácticas clínicas. Respecto a la deseabilidad social, únicamente se mostró hallazgos significativos en el período previo al inicio del período formativo en salud mental, donde destacaban rasgos más restrictivos y estigmatizantes respecto a las personas con un problema de salud mental.

Conclusiones

Hay que considerar el período de prácticas clínicas en salud mental como factor de cambio hacia actitudes más positivas y de proximidad. La deseabilidad social, a pesar de detectarse en la fase previa al inicio de la formación, no ha sido una variable influyente en el momento en el que se ha ido transmiten los conocimientos y habilidades específicas en salud mental. Estos resultados

pueden orientar en cuáles son los aspectos de aprendizaje más relevantes en el momento de implementar nuevas estrategias docentes.

ABSTRACT

Professionals and university students of health sciences can generate stigmatising attitudes when providing attention and care to people with a mental health problem. In order to find out how nursing students perceive the field of mental health, the main objective of this research was to analyse the attitudes of university nursing students towards mental health during their learning period in the subject of Nursing Care in Mental Health.

Methodology

Firstly, in order to contextualise the thesis, a systematic review was carried out. Subsequently, a quasi-experimental, longitudinal and prospective intervention study was carried out, which was divided into three stages. The first of these generated a descriptive, cross-sectional study, during the phase prior to the start of university training in mental health nursing (L0). The second and third stages consisted of a longitudinal study, after completing their theoretical training (L1), and once the clinical placement period was over (L2). The association between factors and questionnaires was analysed, in addition to assessing the effect of each factor before and after each stage of mental health learning, both adjusted and unadjusted for the Social Desirability Scale.

Results

The main results reflect a reduction in stigmatising attitudes and a favourable expected behaviour as mental health training progresses, with less stigmatising attitudes standing out in the clinical practice period. With regard to social desirability, significant findings were only shown in the period prior to the start of the training period in mental health, where more restrictive and stigmatising traits with regard to people with a mental health problem stood out.

Conclusions

It is necessary to consider the period of clinical practice in mental health as a factor of change towards more positive attitudes and proximity Social desirability, despite being detected in the phase prior to the start of training, has not been an influential variable at the time when specific knowledge and skills in mental health have been transmitted. These results can provide guidance as to which aspects of learning are most relevant when implementing new teaching strategies.

INTRODUCCIÓ

*“Qui és capaç de fer que l'aigua tèrbola s'aclareixi?
Deixa-la quieta i a poc a poc s'aclarirà”
Lao Tzu*

JUSTIFICACIÓ

Tal com va dir el professor Antonio Damasio “sense emoció no hi ha projecte que valgui”, i així és ben bé com arrenca la idea d’aquest projecte, que s’ha anat modelant al llarg d’aquests anys i que ara culmina.

L’ésser humà és curiós i inquiet per inherència a la seva pròpia existència, generant d’aquesta manera una motivació cap al progrés constant. Aquests trets són els fonaments en el moment de forjar noves idees i projectes, impulsant el creixement d’un mateix i també en la projecció del saber cap els altres. Els altres, dels quals la seva cura n’esdevé l’essència quan es concep la infermeria, i que precisament en l’àmbit de la salut mental, moltes vegades acabava quedant minvada. A dia d’avui, la salut mental, es troba sent la primera causa de discapacitat mundial. Per altra banda, segueix essent percebuda com la gran desconeguda dins del camp de la salut, a causa de l’estigma que de la mateixa se’n deriva (OMS-OPS, 2019). Això no difereix quan es contempla la formació universitària en infermeria de salut mental. Actualment, els estudiants d’infermeria, el defineixen com un camp poc conegut, i amb pobre motivació en el moment d’orientar la seva futura dedicació professional (Happell & Gaskin, 2013). Aquest fet colpeix quan es reflexiona respecte l’amplitud d’informació i coneixements al que els professionals de la salut poden accedir. I encara més, tal com bé diuen Sanchez Herrera & Sumaya Martinez, (2016), quan es considera que la formació és un pilar fonamental a l’hora d’establir un canvi de paradigma respecte múltiples corrents, tan complexes com divergents puguin ser.

Per aquests motius, i partint de l’experiència personal com a docent universitari, es va despertar en mi l’interès en conèixer quina era la posició que prenién respecte l’estigma els estudiants infermeria, en el seu període d’aprenentatge universitari en salut mental.

MARC TEÒRIC

1. ORIENTANT-NOS EN EL CAMÍ DE LA SALUT MENTAL

*“Tothom té salut mental, igual que tothom té salut física.
Ambdues canvien durant la nostra vida i, com el nostre cos,
la nostra ment es pot sentir malament”
Associació Obertament*

Segons la Federació Salut Mental Catalunya, (2015), la salut mental té a veure amb com ens sentim nosaltres mateixos, com ens sentim amb els altres i en quina forma responem a les demandes de la vida. Així doncs, queda palès que no existeix una línia divisòria que separi clarament a la persona mentalment sana de la que no ha està, i encara més quan ningú al llarg de la seva vida manté invariables les seves condicions i situacions de vida. De la mateixa manera l'OMS la defineix com a “no només l'absència de trastorns mentals, sinó com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la comunitat” (OMS, 2007). Per altra banda, tampoc es poden menystenir influències culturals a l'hora de comprendre la manera que les persones entenen la salut mental. Aquests factors culturals i l'orientació sobre la consecució de la salut són dos pilars bàsics per a entendre en moltes comunitats el concepte de salut i benestar. Una mostra d'això es pot veure reflectida per la definició de salut que van formular en l'antiga cultura indígena d'Austràlia, on es contempla com: “... no només la salut i el benestar físic de l'individu, sinó també el benestar social, emocional i cultural de tota la comunitat. Aquesta és una perspectiva de vida complerta i també inclou el concepte crític de vida-mort-vida...”, i que inclou el desenvolupament i manteniment de comunitats saludables, la capacitat de cada persona per poder afrontar el món social a través d'habilitats de participació, tolerància a la diversitat i responsabilitat mútua, i l'adaptació de cada persona per afrontar els sentiments i pensaments, el maneig de la vida i la resiliència en el seu entorn (OMS, 2004). Per aquest motiu, es considera la salut mental com una part integrada a la pròpia salut, contemplant que les àrees mentals, físiques i socials són interdependents.

La salut mental, actualment, es troba focalitzada des d'una vessant no només curativa, sinó que, cada vegada més, impulsa l'apoderament i l'atenció centrada en la persona, a partir de la prevenció, promoció i educació per la salut.

2. ESTIGMA EN EL MARC DE LA SALUT MENTAL

“Aquestes persones es troben amb la por i els prejudicis dels altres, moltes vegades basats en una concepció distorsionada del què són les malalties mentals. L’estigmatització, a més a més d’augmentar el patiment personal i l’exclusió social, pot impedir l’accés a l’habitatge i el treball, i inclús fer que la persona afectada no busqui ajuda per temor a que l’etiqueti”

Llibre Verd de la Salut Mental a Europa

Etimològicament la paraula estigma ve del llatí “stigma” i del grec “στίγμα”. Significa picadura, marca feta picant amb un ferro roent a mode de tatuatge, que es podia fer a criminals com a càstig, o bé en l’àmbit religiós, a persones que per ser portadors d’alguna marca inexplicable, són considerades santes o diabòliques (“Etimologia de estigma,” 2016).

Goffman, (1963), mostra una de les més conegudes i citades definicions d’estigma. El descriu com a “un atribut profundament desacreditador, una característica que ocasiona a qui ho posseeix una àmplia desvaloració, com a resultat de què aquesta característica o tret es relaciona amb la consciència d’imatge negativa”. En el seu llibre “Estigma: La identitat deteriorada”, reflexa com socialment, les persones amb un problema de salut mental, poden ser “desacreditades” a més a més de “desacreditables”. Aquesta és una de les característiques de la múltiple variabilitat de definicions que constitueixen el concepte d’estigma, acompanyada per diferents tendències i corrents de pensament que l’han analitzada al llarg dels anys. Per aquest motiu es pot descriure com a multidimensional i multidisciplinària.

Des d’aquesta primera definició, n’han anat sorgint múltiples i variades. Destaca entre elles la de Crocker et al., (1998), on “els individus estigmatitzats posseeixen (o es creu que posseeixen) cert atribut o característica que expressa una identitat social devaluada en un context social particular”. També Link et al., (2001), generen una nova construcció, on es considera que són diferents components interrelacionats els que generen l’estigma. En aquest cas els components són l’etiquetatge, els estereotips, la separació, la pèrdua d’estatus i la discriminació, juntament amb una situació de poder. També Bennett & Stennett, (2015) ho

defineixen com “una marca o atribut que vincula a la persona o col·lectiu amb una sèrie de característiques o comportaments, ja siguin reals o ficticis, que s’aparten de la norma i que, per tant, són considerats com a indesitjables”.

Donada la rellevància social i psicològica que ha generat l’estudi de l’estigma, es considera d’interès de presentar en el següent apartat les corrents més destacades.

2.1. Corrents que defineixen l’estigma en salut mental

L’estigma que experimenten les persones amb un problema de salut mental, és un atribut que ha existit des de fa segles. Diferents autors han aprofundit en el seu estudi amb la finalitat de poder conèixer la seva suscitatció.

Tal com s’ha descrit prèviament, E. Goffman, (1963) va ser un dels principals estudiosos. Provenint del camp de la sociologia, contemplava tres tipus diferents d’estigma: les abominacions del cos, com ara pot ser una minusvàlua física; els defectes de caràcter de l’individu, entre elles incloent-se els trastorns mentals, i finalment els estigmes tribals, considerant-se com a tals la religió, la nacionalitat o la raça.

Posteriorment, també els sociòlegs, Link & Phelan, (2001) expliquen el concepte d’estigma a través de cinc fases. La primera d’elles s’inicia quan es produeix una *identificació o etiquetatge* de les persones, sostingut per una base social i cultural. Això afavoreix la *diferenciació o separació*, generant una distància social basada en uns prejudicis existents. El grup estigmatitzat *perdria d’aquesta manera status social* i seria objecte de *discriminació*. Finalment, el cercle conclouria amb un *posicionament asimètric* que hi ha davant el poder polític, econòmic i social (Cazaniga & Suso, 2015; Link & Phelan, 2001).

Per altra banda, i dins d’un enfocament psicològic cognitiu, s’han analitzat a fons aquest terme. En aquest cas, considerant que l’estigma és el resultat d’una interacció dinàmica on es descriuen problemes de coneixement (ignorància o manca d’informació), actituds (prejudicis) i el comportament (discriminació) (Corrigan & Bink, 2015; Thornicroft et al., 2008). En aquesta concepció també hi coincideix Ottati et al., (2005), el qual il·lustra com en la societat l’estigma es

manifesta a través de tres aspectes diferents: Estereotips, Prejudicis i Discriminació. Els *Estereotips* com a mites o creences no contrastades. El camí en el qual els éssers humans categoritzen la informació adquirida en relació a altres grups socials amb característiques diferents a la pròpia. Aquest fet, podria generar estereotips negatius, com poden ser la violència, agressivitat o incompetència. Els *Prejudicis*, com ara les reaccions o actituds de distanciament social, temor o ira respecte un col·lectiu concret que comparteix una característica. En aquest cas Goffman (2001), ho especifica exemplificant les institucions tancades, com ho poden ser els centres psiquiàtrics, i on es podria ocasionar una anul·lació de la identitat subjectiva de la persona que hi viu, fomentant-se l'obediència cega. Tot plegat promou una resposta de *Discriminació*. La discriminació en salut mental pot ser entesa com a una discriminació estructural. En aquest cas podria afectar a la persona mitjançant l'etiquetatge de la pròpia malaltia, de les instal·lacions on són tractades, o pels entorns desfavorables on resideixen (Link & Phelan, 2001).

Així mateix Hayes et al., (2006), des de la corrent anomenada "*Modelo de Flexibilidad Psicològica*", consideren l'estigma com un procés de deshumanització i discriminació com a resultat de la deformació de certs conceptes lingüístics. Un exemple es trobaria en els conceptes "negre", "gai", "addicte", "psicòtic", "minusvàlid",... entre altres. Això queda reforçat si a més a més es té en compte la immodificabilitat de l'estigma, motiu pel qual les noves idees de canvi topen amb resistències generades per estereotips acceptats.

En aquest sentit, Legault et al., (2011), van presentar la possibilitat de reduir l'estigma a través de la influència de moduladors externs. En aquest cas es considerava la influència social a través d'opinions, missatges d'experts, protestes i pressions socials. Tots ells amb la finalitat de transmetre la idea que l'estigma genera aspectes negatius que cal reduir i millorar.

En quan a l'aplicabilitat de les concepcions teòriques a la reducció de l'estigma, Hausmann & Ryan, (2004), van considerar que els objectius proposats fins al moment per a reduir l'estigma, no havien generat estratègies eficaces. Les persones davant la pressió social de no estigmatitzar, i motivades en evitar la projecció d'una imatge negativa d'ells mateixos, intenten de controlar les seves premisses estigmatitzants. A causa d'això es genera un efecte contrari, incrementant encara més la ideació estigmatitzant. És per aquest motiu que,

Legault et al., (2009), han dirigit els esforços a treballar a través d'intervencions que emfatitzin la motivació interna. D'aquesta manera augmentar les motivacions personalment rellevants, afavorint així una regulació més eficaç de l'estigma i el prejudici.

3. PROCÉS HISTÒRIC ON ES GESTA L'ESTIGMA EN SALUT MENTAL

“La teva història pot canviar les coses...”

Associació Obertament

Dins del marc històric hi hagut diferents concepcions i visions al voltant del concepte “bogeria”. Aquest apartat s'emmarcarà en la descripció del seu procés evolutiu, per tal ajudar a poder interpretar l'estigma envers la salut mental dins de la nostra cultura occidental.

Les tendències històriques considerades en el territori europeu es poden dividir en tres grans períodes.

Període “Màgic”. És el primer d'ells. Aquest es troba representat per les societats primitives i, evolutivament en el temps també, per l'època medieval. Les manifestacions dels problemes de salut mental eren interpretades com d'origen demoníac i extrahumà. Per aquest motiu, en ambdues èpoques, s'entenia com un càstig propiciat per les creences teològiques del moment. També, en ambdues etapes, les persones afectades havien de ser excloses del grup social, ja que eren considerades com a éssers no-humans. Els sanadors eren els que les tractaven, aplicant-los tractaments basats en rituals, purgues, sangries, entre altres, com a mètodes per a la seva curació.

Dins aquest període màgic, concretament durant el període medieval, es va crear el primer hospital psiquiàtric. Va ser l'Hospital Real Bethlem, l'any 1247, a Londres (Cazaniga & Suso, 2015).

Període “Orgànic”. Classificada com la segona etapa evolutiva, i representada per les societats antigues de Grècia i Roma. Aquestes van aportar un raonament centrat en l'estudi de l'ésser dins d'un concepte organicista, intentant descobrir l'origen i l'existència dels problemes de salut mental. Durant aquets període destaquen grans pensadors: En primer lloc, Hipòcrates (460aC), conegut també com el pare de la medicina, i el qual a través de quatre humors corporals va descriure quatre tipus diferents de temperaments de la persona. El segons d'ells és Plató (427-347aC). Explica l'existència de dues ànimes, la racional i irracional, desencadenant-se un trastorn mental quan la primera d'elles no pot controlar a

la segona. Finalment, Galè (131-201), el qual considerava tres subdivisions de l'ànima: la racional, irracional i l'irascible, i on era la mateixa ànima la causant de les alteracions afectives i de la ment (Cazaniga & Suso, 2015).

La tercera etapa, es l'anomenat Període "Psicològic". Representat pel Renaixement i la Il·lustració, on es reprenen el pensament clàssic i la racionalització. Durant aquest període es van generar múltiples noves corrents de pensament, i quan han anat evolucionant fins a l'actualitat. **Taula 1.**

Durant el moviment renaixentista destaquen: F. Plàter (1536-1614), metge suís, el qual va classificar els trastorns mentals coneguts fins el moment. També Ll. Vives (1492-1540), representant pensador de la corrent humanística europea, el qual va ser el creador del primer centre de salut mental a Espanya. I P. Pinel (1745-1826), metge francès, generador del tractament moral i defensor de l'alliberació de la reclusió, proposant alternatives amb tractaments més humanitaris (Cazaniga & Suso, 2015).

No és fins al segle XIX que no sorgeix el concepte de "psiquiatria". Malgrat semblar un avenç en l'estudi dels problemes de salut mental, aquest concepte es va emprar com a eina de dominació i poder sobre les persones afectades. És a la meitat del s. XX quan s'inicia la revolució terapèutica farmacològica (**Taula 2**), on juntament amb la generació de noves tècniques exploratòries cerebrals, es propiciaren canvis en tots els àmbits de la salut. En el cas de la salut mental, es veu reflectit en una millora substancial davant la estabilització i recuperació de les persones (Eguíluz et al., 2010; Vásquez Rocca, 2011).

Taula 1. Principals representants generadors de canvis en la salut mental durant el s. XIX i XX

- E.Kraepelin (1856-1926) i E.Bleuer (1857-1939) → introdueixen els termes de psicosi maníac-depressiva i esquizofrènia.
- I.Kant (1724-1804) → genera la corrent anomenada "Psiquiatria Filosòfica". Defensa que els trastorns mentals haurien de ser tractats per filòsofs, a no ser que hi hagués alguna lesió corporal demostrable, que en aquest cas correspondria al metge.
- I.Pavlov (1848-1936) i J.B.Watson (1878-1958) → desenvolupen el corrent del Conductisme, creant el Condicionament Clàssic.
- E.Thorndike (1874-1949) i B.F.Skinner (1904-1990) → desenvolupen el corrent del Conductisme, creant el Condicionament Operant.
- S.Freud (1856-1939) → Teoria Psicoanalítica, pel tractament de la neurosi i els trastorns de la personalitat ha estat també una base destacada de la Psiquiatria del segle XX i fins a l'actualitat.
- K.Lewin (1890-1947) → rellevant dins de l'escola de psicologia Gestàltica. Analitza les experiències i les conductes entenent que el tot és percebut abans que les parts que el componen, on el seu punt principal és la percepció.
- J.Piaget (1896-1980) → Teoria del Desenvolupament, on va descriure els canvis en les capacitats cognitives dels nens.
- A.M. Turin (1912-1954) – J.Von Neuman (1903-1957) – C.Shannon (1916-2001) → dins del corrent Cognitivista i la Teoria del Processament de la Informació, on analitzen processos cognitius a través d'avenços en la informàtica i la computació, per ajudar a l'estudi del pensament humà.
- D.Cooper (1931-1986) i R.Laing (1927-1989); Basaglia (1968); T.Szasz (1927-1989) → promotors del "Corrent Antipsiquiàtrica". Moviment social i de pensament, el qual mitjançant la defensa de la pluralitat de conductes que pot presentar l'ésser humà, creen una tendència que obre la possibilitat a la inexistència dels trastorns mentals. Justifiquen que la "bogeria" a les nostres societats ha vingut a substituir la "possessió" de segles anteriors.

Taula 2. Sorgiment de la farmacologia en salut mental

- J.F.Cade, 1949, descobreix l'acció terapèutica de les Sals de Liti com estabilitzador anímic.
- Laborit, Delay i Deniker, 1952, determinen l'eficàcia de la Clorpromacina com a neurolèptic.
- R. Kuhn, 1956, va descobrir les propietats antidepressives de la Imipramina.
- Boor, 1956, publica el primer tractat de psicofarmacologia "*Pharmakopsychologie und Psychopathologie*".
- Hermans, 1958, sintetitza l'Haloperidol.
- Harris, 1960, introdueix les propietats ansiolítiques del Clordiazepòxid.

Del sorgiment i els avenços en el tractament farmacològic, del moviment ideològic de l'antipsiquiatria, de les lleis sanitàries creades per a la reforma sanitària i que incloïen dins d'elles a la salut mental, es va propiciar l'inici de la desinstitucionalització d'algunes de les persones amb problemes de salut mental. Així mateix, durant els darrers anys, l'OMS ha anat orientant un model assistencial en l'atenció a la salut mental dins de l'àmbit de la prevenció i atenció comunitària (Desviat, 2020). Així també s'ha anat desplegant en l'àmbit de territori espanyol (Gobierno de España, 1986). És en aquest procés quan s'han fet més visibles a la societat les persones, que fins al moment, eren silenciades en els recintes psiquiàtrics. Això ha comportat la lenta i no generalitzada creació de dispositius d'atenció comunitària, que es vinculen amb l'àmbit sanitari i social. En conseqüència s'ha requerit d'unes també lentes modificacions legislatives. De tot plegat es constata doncs, que les persones desinstitucionalitzades poden trobar-se en situació de desempara, i risc de precarietat a l'hora de cobrir les seves necessitats de salut i socials. Com a conseqüència es pot doncs, enfortir encara més la visió i opinió negativa de la societat envers aquest grup minoritari (Capellà Batista-Alentorn, 2001; González de Rivera, 1998; Megías-Lizancos & Serrano Parra, 2009).

A dia d'avui, la tendència a la desinstitucionalització es manté viva, impulsada per nous projectes de salut mental comunitària. La seva finalitat és que els familiars i persones que presenten problema de salut mental, puguin veure's cuidades dins del seu entorn, respectant cada vegada més també les seves pròpies decisions davant el seu projecte de vida. Per altra banda, la por i el desconeixement segueixen vigents quan es contempla la inclusió i normalització (Desviat, 2020; Eiroa-Orosa et al., 2021). I fent menció al treball de Desviat, (2020), "potser la Covid és un nou avís per canviar el model de la societat, el model de vida i també potser sigui un virus ideològic, més benèfic, que escampi i ens contagiï cap a una societat més alternativa, de solidaritat i cooperació global".

4. SITUACIÓ ACTUAL DELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL A NIVELL MUNDIAL

Diversos estudis i comunicacions asseguren que una de cada quatre persones del món patirà a llarg de la seva vida algun problema de salut mental, essent uns 450 milions de persones del món les que les desenvoluparan. Així mateix, es calcula que, a nivell mundial, els problemes de salut mental suposen un 40% de les malalties cròniques i la major causa dels anys viscuts amb discapacitat (World Health Organization, 2020). La discapacitat generada pels problemes de salut mental es considera que repercuteix a una tercera part de les persones afectades. A nivell mundial arriba a un 31%, variant en xifres segons les zones del món. A l'Àfrica el nivell de discapacitat és més baix (18%), mentre que a Amèrica i a Europa es troba en xifres més elevades (ambdues en un 43%) (Collazos, 2007; European Social Network, 2011). A nivell europeu els trastorns mentals són la segona causa de malaltia, essent el motiu del 45-55% de l'absentisme laboral, i on el 18.4 milions de persones de la Unió Europea amb edats compreses entre els 18 i 65 anys pateixen cada any una depressió (World Health Organization, 2020). De fet, entre els problemes de salut mental, la depressió es considera la principal causa de discapacitat mundial (World Health Organization, 2020).

4.1. Escenari de l'estigma envers la salut mental a Catalunya

En un estudi publicat sobre els principals efectes de l'estigma i la discriminació es conclou que el 40.6% de les persones que presenten un trastorn mental expliquen haver estat tractades injustament en alguna ocasió en almenys un servei de la xarxa de salut mental. Així també que el 39 % de les persones amb un problema de salut mental que han ingressat en una unitat d'hospitalització psiquiàtrica, afirma haver patit tracte injust en alguna ocasió a causa de la seva malaltia. El 27.7% també han patit un tracte injust en alguna ocasió durant la seva estada en un hospital de dia.

En quan a les relacions socials, en el mateix estudi, els resultats conclouen que el 53.1 % de les persones amb un trastorn mental s'han sentit tractades

injustament per part del seu grup d'amistats en alguna ocasió pel fet de tenir un problema de salut mental. El 19.2 % no han tingut parella des de què van ser diagnosticats. De les persones amb parella, un 40 % han patit episodis de tracte injust per part de la parella pel fet de tenir un problema de salut mental, i en un 18,9 % dels casos, ha ocorregut bastant o molt freqüentment.

En relació a l'activitat laboral, l'estudi exposa que un 19.2 % les persones amb un problema de salut mental, es van sentir injustament tractats durant les entrevistes de feina pel fet de tenir un problema de salut mental, i el 67.1 % de les persones oculta aquest problema al seu superior (Obertament, 2016).

De les dades analitzades se'n pot concloure que l'estigma envers la salut mental es troba estesa a nivell mundial, afectant a diferents aspectes de la vida quotidiana de les persones amb problemes de salut mental. Cal destacar també que, cada vegada més, són motius principals de malaltia i d'afectació crònica. A més a més, es demostra que són problemes més reconeguts, i que des dels organismes s'intenta potenciar l'atenció dels mateixos dins de l'àmbit de la salut i la rehabilitació. Malgrat això, segueix activa l'estigmatització social i estructural, i que ve a reflectir la necessitat de generar noves estratègies per tal de millorar aquesta percepció distorsionada de la realitat.

5. IMPLICACIONS DE L'ESTIGMA: UNA VISIÓ MULTIDIMENSIONAL

“Assumir un rol significa ser subsumís del mateix”

E. Goffman

L'estigma, tal com s'ha pogut entreveure fins al moment, es conforma d'aquest aspecte multidimensional afavorit per cadascuna de les perspectives en les que es pot manifestar. En aquest apartat es descriuran les vessants des de la que es pot contemplar. **Taula 3.**

La primera d'elles és l'“Autoestigma o Estigma Internalitzat”. Livingston & Boyd, (2010) el defineixen com “un procés subjectiu, imbuït per un context socio-cultural, que es caracteritza per sentiments negatius (sobre un mateix), comportaments desadaptatius, transformacions de la identitat o aplicacions d'estereotips resultats d'una experiència individual, percepció o anticipació de reaccions socials negatives derivades de la seva malaltia mental”. És el que Pinel va anomenar “consciència d'estigma” (Pinel, 1999). Segons l'anàlisi desenvolupat per Phelan aquest autoestigma està conceptualitzat per la *Teoria de les “Tres A's”*: *Autoconsciència, Acord i Aplicació*, implicant una pèrdua d'autoconfiança, culpabilitzant-se i aïllant-se socialment. Conseqüentment també, afectant a l'autoestima, l'autoeficàcia i l'apoderament personal (Cazaniga & Suso, 2015; Svensson et al., 2011).

L'Autoestigma, com ja s'ha mencionat, ve determinat per unes tendències socials, en aquest cas provinents de l' “Estigma social o públic”. Quan s'analitza el component social es detecta que pot produir uns efectes nocius, maximitzant-se el prejudici i la discriminació envers les persones amb problemes de salut mental. Aquests trets es veuen encara més intensificats davant trastorns mentals greus com l'Esquizofrènia o el Trastorn Bipolar, mentre que s'atenuen en altres més acceptats, com són la Depressió o l'Ansietat (Corrigan & Rao, 2012; Henderson et al., 2013; Mittal et al., 2015).

A partir de l'acceptació del rol estigmatitzant, pot generar-se l' “Estigma Percebut o Anticipat”, on es precipita una anticipació al rebuig. Segons Linck et al., (1997), això correspon a les pròpies creences de devaluació, que socialment el subjecte creu que experimentarà, pel fet de presentar un problema de salut mental. En

conseqüència, pot propiciar una correlació negativa entre la qualitat de vida i l'autoestima, i positiva amb els símptomes d'ansietat i depressió. Gaebel et al., (2002) suggereixen que l'estigma percebut guarda relació amb algunes característiques sociodemogràfiques de les persones entrevistades. Entre altres conclou que les persones més joves expressen una major estigmatització cap a les persones que pateixen un problema de salut mental, i que les dones mostren més acceptació social que els homes.

L'estigma envers la salut mental es troba estès mundialment, incloent diferents cultures i ètnies (Henderson et al., 2013; OMS, 2004). Segons la literatura revisada, existeix una relació entre actituds estigmatitzants envers les persones que presenten un problema de salut mental i la cultura i la religió. Aquestes són considerades persones castigades per Déu, i per tant irrecuperables (Bennett & Stennett, 2015; Hanafiah & Van Bortel, 2015). D'altra banda, també s'han descrit les persones amb l'anomenat "Estigma múltiple". En aquest cas, les persones perceben una discriminació estructural propiciada per aspectes d'ètnics, trets racials o dels grups de subpoblació als quals pertanyen. A més a més, s'hi poden incorporar altres característiques, com poden ser limitacions per discapacitat. Com a conseqüència de tots ells, aquestes persones topen amb múltiples dificultats d'accés en diferents àmbits. Un exemple d'ells és el sistema d'atenció a la salut (Henderson et al., 2013; Link & Phelan, 2001). WHO, (2008) ho adverteix, referint-se al "*Cicle de l'estigma*" (**Figura 1**), com a factor engendrador de barreres invisibles, que fomenten l'exclusió del grup estigmatitzador envers l'estigmatitzat. En el cas de la salut mental, poden potenciar la complexitat a l'accés al diagnòstic i tractament, resultant-ne un pitjor pronòstic de salut (Cazaniga & Suso, 2015; Corrigan, 2008; Stull et al., 2013).



(Cazaniga & Suso, 2015; World Health Organization, 2008)

Figura 1. Cicle de l'estigma

Segons l'evidència cercada, el factor que més influeix en no buscar ajuda és la manca de coneixements i les actituds socials en relació a la salut mental. Aquests factors s'han emmarcat amb el nom d' "Evitació de l'etiqueta" (Corrigan, 2008; Feret et al., 2011). Una mostra d'això es troba davant tractaments farmacològics prescrits, com ara són els neurolèptics i els antidepressius. En aquests tipus de prescripcions, les persones afectades fa que no demanin ajuda quan sospiten de la presència dels primers símptomes de la malaltia (Reavley & Jorm, 2015).

Altrament, existeix un grup de persones que valora l'estigma com una conseqüència positiva. En aquest cas, les persones amb un problema de salut mental, consideren que els manté allunyats de les situacions o persones que poden assabentar-se del seu problema. En contrapunt, això fa que les seves relacions socials siguin exclusivament amb altres persones que es troben en la mateixa situació. Aquest tipus l'estigma ha pres el nom d' "Estigma Protector", ja que, tot i que la persona viu restrictivament, considera que no pateix l'estigma social, pel fet de què la població general no n'està assabentada. Altres, en canvi, opten per fer una divulgació selectiva, afavorint d'aquesta manera el suport per part d'un grup específic de la societat (Corrigan & Rao, 2012).

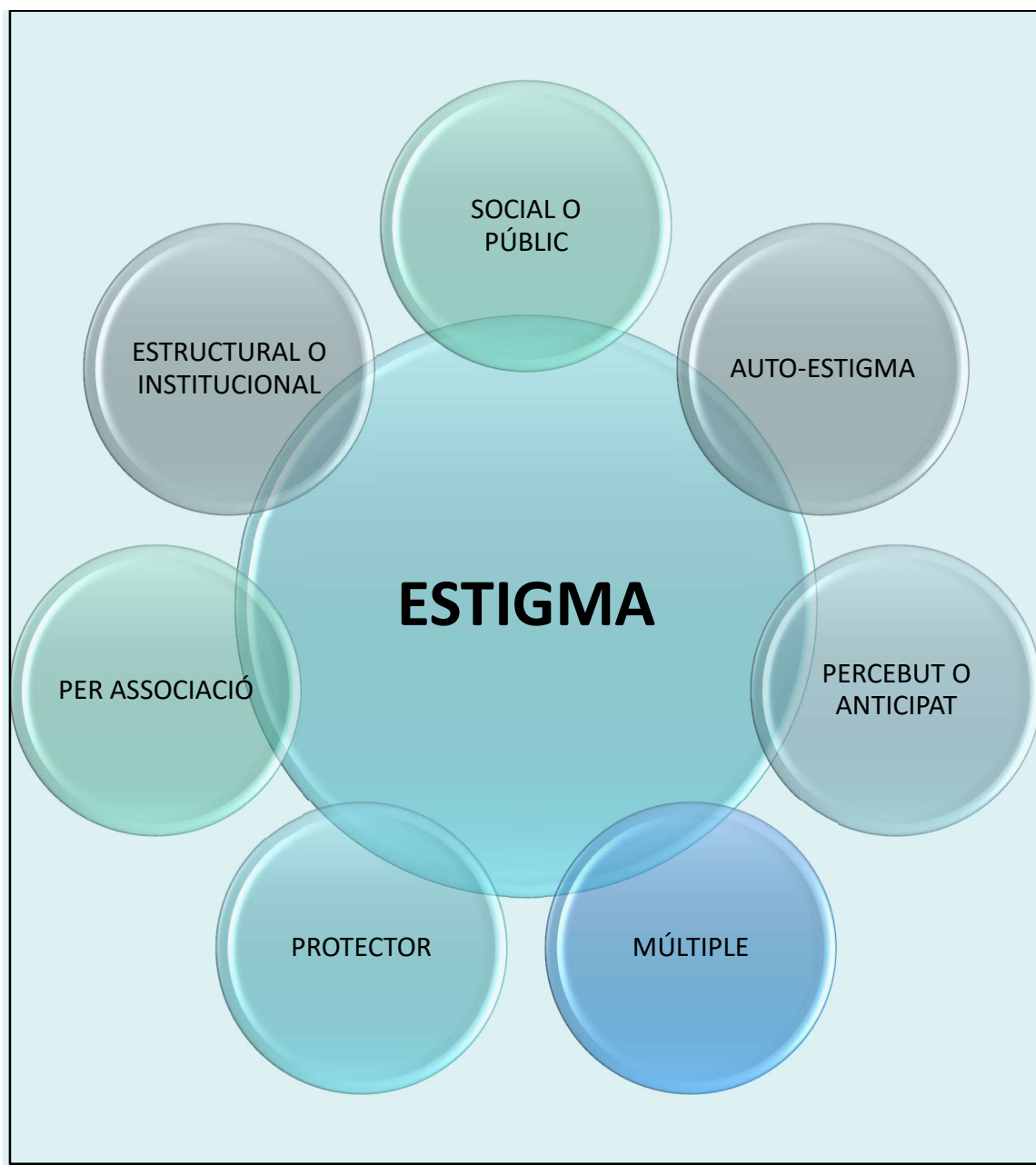
També els familiars, cuidadors i col·lectius que atenen les persones amb un problema de salut mental, poden acabar patint l'efecte de l'estigma promogut per la pròpia proximitat. És el conegut "Estigma per Associació (o per Extensió)", i

que ve determinat per l'estigma social i l'auto-estigma. En aquest cas, la família i/o professionals sanitaris que els atenen, assimilen els missatges procedents de la societat. Fruit d'això es pot generar un sentiment de contaminació i discriminació pel fet de cuidar una persona amb un problema de salut mental (Halter, 2008; López et al., 2008). Fent esment a Delaney, (2012): "Per suposat que les infermeres de salut mental són conscients del problema de l'estigma i el mal causat d'aquest cap als pacients, però el que les infermeres no poder veure és l'estigma que elles mateixes promouen amb el seu propi comportament, en les repercussions del tractament i en les cures que proporcionen".

Un altre de les principals agents on es propicia i perpetua l'estigma es troba aferrat en les bases de les pròpies institucions on s'analitzen, organitzen i distribueixen els recursos necessaris per l'atenció a les persones. En aquest cas l'estigma s'atribueix a un "Estigma Estructural o Institucional" (Natan & Drori, 2015).

Per tot l'exposat, es conclou aquest apartat compartint el manifest de WHO, (2013) on planteja "un món en el que la salut mental sigui valorada, promoguda i protegida, es previnguin els trastorns mentals, i que les persones afectades per aquests trastorns siguin capaces d'exercir tots els seus drets humans, tenint accés a l'assistència de salut i social de qualitat, apropiada culturalment, per tal de promoure la recuperació, tot per arribar al nivell de salut més alt possible i participar plenament en la societat i en el treball lliure d'estigmatització i discriminació".

Taula 3. Interrelació dels tipus d'estigma



6. LA DESITJABILITAT SOCIAL COM A TENDÈNCIA DE RESPOSTA

“Doneu-li una màscara a un home i ús dirà la veritat”

Oscar Wilde

La desitjabilitat social (DS) és un concepte que es defineix com la tendència a respondre i relacionar-se de manera que un mateix sembli agradable a altres persones (Salkind, 2012). Originàriament Cronbach, (1946), el va explicar com a factor generador de biaix a l'hora d'analitzar les preferències de resposta de les persones, en el moment de respondre un qüestionari o instrument d'avaluació. Des d'aleshores, ha estat explorat des de diferents vessants socials i psicològiques. Va ser Edwards, (1957) qui va definir-lo en el seu estudi com una variable pròpia de la personalitat. En aquest cas, el va considerar un factor que defineix la projecció d'una imatge socialment acceptada. Així mateix, també va ser el primer en estudiar la DS a través de l'Inventari de Personalitat Multifàssic de Minnesota (MMPI). Posteriorment, van ser Crowne & Marlowe, (1960) els que l'analitzaren per poder millorar les limitacions detectades en Edwards, (1957). En aquest cas, van emprar un model psicomètric que evités ambigüitats en la selecció dels seus ítems, eliminant els que es relacionaven amb característiques psicopatològiques. D'aquesta manera es va determinar la valoració de la necessitat d'aprovació social quan es respon de forma culturalment acceptada. D'aquí en sorgí l'Escala de Desitjabilitat Social, la qual segueix sent una de les més emprades actualment (Gutiérrez et al., 2016). Domínguez E. et al., (2012), han conclòs que la DS ha estat significativa envers trets de personalitat relacionats amb atributs personals i actituds positives. Un dels trets destacats és l'agradabilitat.

Per altra banda, segons Linehan & Nielsen, (1981), la DS també està correlacionada amb l'Inventari de Depressió de Beck. En aquest cas, es va determinar que la DS està vinculada amb el comportament i la ideació suïcida, i on les persones amb ideació estructurada de mort, evitaven exposar obertament aquests pensaments, denotant una imatge socialment acceptada.

A més a més, la DS també ha estat estudiada dins del camp de la investigació. En aquest cas, com factor generador d'una disminució de la validesa dels estudis. Per aquest motiu es contempla com a variable confusora (Paulhus, 1991). Per eliminar aquest biaix de resposta, Ferrando et al., (2009) proposen l'anàlisi de la validesa a través de coeficients de correlació sobre la DS. Actualment la DS se segueix considerant un biaix que es genera freqüentment (Perinelli & Gremigni, 2016), i que afecta als resultats (Krumpal, 2013; Paulhus, 1991; Peltier & Walsh, 1990). Un dels camps d'investigació on també ha estat analitzada és el camp de la salut. En aquest cas, explorant múltiples aspectes com poden ser la el càncer, la homeopatia, la sexualitat, els problemes menors de salut mental, entre altres, i on s'analitzava la resposta de professionals experts segons l'especialitat examinada (Roustaei et al., 2015; van de Mortel, 2008). Altrament, i segons la recerca realitzada, no hi ha estudis que contemplin aquest possible biaix en mostres d'estudiants universitaris d'infermeria. Per aquest motiu també es considera rellevant l'anàlisi d'aquesta variable confusora en aquesta investigació.

7. PROFESSIONALS DE LA SALUT I ESTIGMA EN SALUT MENTAL

“El desconocimiento y los prejuicios siguen dificultando el día a día de nuestro colectivo”

FEAFES

Els professionals de la salut ocupen un lloc destacat en la detecció, atenció, tractament i rehabilitació de les malalties. Per aquest motiu la seva tasca es fonamenta en competències on les actituds d'imparcialitat són necessàries a l'hora de tractar a les persones afectades de qualsevol malaltia. Així i tot, aquests professionals, quan s'emmarquen enfront la salut mental, poden exhibir una doble vessant. Per una banda, poden mostrar actituds discriminatòries i perjudicials tant cap a la persona com cap el seu entorn més directe. I per altra, poden fer explícit un compromís en reduir l'estigma. Així, per exemple, participant de campanyes, i fent palesa la necessitat de reconeixement de la salut mental (Li, Li et al., 2014).

En consonància amb aquest tema, Schulze, (2007) va generar un model on es defineixen tres posicions on poden trobar-se identificats els professionals de la salut. En la primera d'elles, detalla un posicionament *estigmatitzador* envers les persones amb un problema de salut mental. En la segona, es determina la condició *d'estigmatitzat*, pel fet d'assistir aquestes persones. I en la darrera, s'assumeix una postura *desestigmatitzadora* respecte aquests problemes.

De la primera de les posicions anteriorment mencionades, se suscita que les persones afectades deixin de buscar ajuda. En aquest cas també afavoreix l'emergència del conegut “diagnòstic enfosquit”, procés pel qual les dolències físiques d'una persona amb un problema de salut mental, són eclipsats pel seu diagnòstic de salut mental (Kassam et al., 2012). En base a l'evidència, els metges psiquiatres no es troben exempts d'aquesta perspectiva estigmatitzadora. Com a resultat es desprèn una perspectiva futura pessimista, justificada per recuperacions parcials, i freqüents recaigudes d'algunes de les persones afectades de trastorns mentals amb un nivell alt de gravetat (Lauber et al., 2006; Nordt et al., 2006; Papish et al., 2013). Aquestes actituds s'han vist que són extrapolables i generalitzables a altres professionals del mateix sector, com

poden ser els psicòlegs i treballadors socials (Ibañez Jimenez et al., 2013; Kopera et al., 2015; Magliano et al., 2016). Així mateix també s'ha detectat que els grups de professionals de la salut són menys optimistes, respecte la població general, quan es valora el pronòstic de les persones que presenten un problema de salut mental (Hugo, 2001; Li et al., 2014). Aquestes dades es refermen els estudis publicats per WHO (2014), on s'estima que en l'atenció comunitària mundial, només un 2% dels metges i 1.8% de les infermeres van rebre almenys dos dies de capacitació en salut mental en els darrers dos anys d'activitat laboral. Per altra banda, l'evidència conclou que la formació professional dins de programes universitaris millora les actituds negatives de temor i estigmatització (Gyllensten Bengt et al., 2011; Markström et al., 2009). D'això se'n pot deduir doncs, que la formació específica centrada en el terreny de la salut mental, pot millorar aquesta percepció estigmatitzadora.

Respecte el segon posicionament, on es contempla l'estigmatització professional, la literatura aporta que la salut mental es contempla com una especialitat poc escollida i valorada. En aquest cas, els estudiants de professions orientades a l'atenció de la salut, afirmen sentir-se incòmodes davant l'atenció a aquest tipus de persones. Així mateix, opinen que molts d'ells tenen un mal pronòstic i que la relació terapèutica és complexa, estressant, perillosa, requerint d'una atenció que genera un important desgast emocional (Gil et al., 2016; Happell & Platania-Phung, 2012; Hastings, 2015; Hunter et al., 2015). Per aquests motius, es considera que l'especialitat de salut mental és una especialitat subjecta a crítiques quan es comparada amb altres opcions (Henderson et al., 2013). A l'igual que en el primer posicionament, aquesta visió millora una vegada es realitza formació específica en salut mental (Giralt Palou et al., 2019; Happell & Gaskin, 2013; Kopera et al., 2015).

En la tercera de les posicions, en aquest cas, desestigmatitzant, s'evidencia unes actituds més favorables i optimistes dels professionals de la salut respecte les persones amb un problema de salut mental. Segons Sun et al., (2014), la visió de la salut mental és menys estigmatitzant en els professionals mèdics i infermers que en la població general i, que inclús els propis familiars de les persones afectades. Aquí també destaca que, els factors que generen aquesta actitud són els coneixements adquirits al llarg de la seva activitat professional. Muñoz M, et al., (2006) va poder analitzar la visió de l'estigma a través d'un

conjunt de professionals, en aquest cas incloent psicòlegs, educadors, terapeutes ocupacionals i treballadors socials. En els seus resultats, destaca una alta disponibilitat a ajudar, juntament amb baixos estereotips relacionats amb la perillositat, responsabilitat, temor o ira, i la segregació amb la persona amb un problema de salut mental (Muñoz et al., 2009).

Es pot considerar doncs, que existeixen discrepàncies davant els posicionaments en relació a les percepcions estigmatitzadora i estigmatitzant dins el marc dels propis professionals de la salut. Aquesta perspectiva estigmatitzant és la que serà analitzada en l'estudi que es presenta, amb la finalitat d'analitzar un possible canvi envers actituds més positives, associat a la formació universitària en salut mental que reben els estudiants d'infermeria.

7.1. L'ATENCIÓ INFERMERIA EN SALUT MENTAL

“La infermeria és un procés interpersonal terapèutic i significatiu que funciona en cooperació amb altres processos humans, amb la finalitat d'assolir la salut de les persones i la societat”

H. E. Peplau

Dins del marc de relació terapèutica, Hildegard E. Peplau (1909-1999) és considerada com la primera infermera referent en psiquiatria. Va ser l'any 1952 quan va editar l' "Interpersonal relations in Nursing". La seva teoria parteix de la influència psicoanalítica de Freud (1896), juntament amb la Teoria de la motivació humana de Maslow (1943).

Partint d'un paradigma integratiu, Peplau dóna rellevància a la disciplina infermera dins de l'àmbit de la salut mental, on a través d'un procés interpersonal, orienta l'atenció infermera cap a la persona i la relació entre infermera-malalt, amb l'objectiu d'assolir objectius terapèutics per a la salut de la persona (Kérovac et al., 2007). Va encunyar el concepte d'Infermera de Salut Mental, citant que "sense l'establiment i manteniment d'una relació entre la infermera i el malalt, la infermera no és útil ni terapèutica, i ni les cures són eficaces". La seva teoria defineix quatre fases del procés terapèutic: L'orientació, la identificació,

l'aprofitament/explotació i la resolució (Ibañez Jimenez et al., 2013; Peplau, 1952).

La professió infermera és la que, en major nombre, s'ocupa de forma més directa de les persones en tots els entorns de la salut i malaltia, independentment de què siguin professionals formades específicament en salut mental. Això queda palès en la Declaració de Munich, juliol 2000, on es menciona que “les infermeres han de desenvolupar un paper clau i cada vegada més important per afrontar els canvis en la salut pública, així com el poder assegurar la provisió de serveis d'alta qualitat, accessibles, equitatius, eficients i sensibles, que assegurin la continuïtat de les cures i garanteixin els drets dels ciutadans i les seves necessitats canviants” (WHO, 2000). D'aquesta manera es defineix que l'atenció infermera inclou a tots els individus dins qualsevol procés terapèutic orientat cap a l'assoliment de la seva salut. En aquests processos s'engloben les intervencions desenvolupades per alleugerir els problemes de salut mental. Dins d'aquestes intervencions per tant, es poden revelar processos estigmatitzants, ja sigui tal com s'ha mencionat anteriorment, per actituds paternalistes i de sobreprotecció, o per estereotips i creences errònies.

7.1.1. La influència de la infermera especialista en salut mental

“Un graduat reconegut a nivell universitari per les escoles d'infermeria amb la especialització en salut mental. Aquests són els que es troben col·legiats com a tals i que desenvolupen la seva activitat de treball en un centre d'atenció a la salut mental”

World Health Organization, (2003)

Com a professional d'infermeria expert, que basa la relació terapèutica en l'atenció i cura específica de la salut mental, cal fer menció al reconeixement de l'Especialitat de la Infermeria en Salut Mental. Aquesta ha anat guanyant un territori propi enfront de l'activitat assistencial que, en alguns casos encara, desenvolupa la infermeria generalista.

L'Especialitat de la Infermeria en Salut Mental, es va crear a Espanya amb el Decret del 22 d'octubre 3193/1970. Així quedaven regulats els diferents aspectes de la formació relacionada amb aquest camp, generant-se un nou document acreditatiu per tal de poder treballar en l'àmbit de la salut mental. A partir de l'any

1998 van iniciar-se les convocatòries a infermera resident en salut mental. Primerament es va contemplar amb un any de formació, i a partir del 2011 i fins a l'actualitat, amb dos anys (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011). La infermera especialista en salut mental es troba reconeguda com el professional d'infermeria amb una formació específica i avançada, i que dins de l'equip multidisciplinari, presta les cures infermeres en relació a la salut mental. Aquestes intervencions engloben els diferents nivells assistencial, i en tots els seus possibles àmbits. Per aquest motiu el treball de la infermera especialista en salut mental es troba solapant les ciències de la salut i les ciències socials, amplificant d'aquesta manera, una perspectiva integral de la persona i el seu entorn (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011; Sanidad y Consumo, 1998). El nombre actual d'infermeres especialistes en salut mental representen una petita part del total d'infermeres (López Blanco et al., 2012). AEESME, (2021) va publicar la informació de l'actual situació en les diferents Comunitats Autònomes en relació al reconeixement de la categoria professional d'Infermer Especialista en Salut Mental. De les 17 Comunitats Autònomes només 8 reconeixen aquest títol com a requisit per a treballar en l'àmbit de la salut mental, trobant-se excloses entre altres la Comunitat de Catalunya i de Madrid.

7.1.2. La salut mental i les dues cares de la professió infermera

“La infermera és temporalment la consciència de l'inconscient, l'amor de vida per al suïcida, la cama de l'amputat, els ulls del recentment cec, el mitjà de locomoció pel nadó i una veu per aquells massa dèbils per parlar”

Virginia Henderson

Tal com defineix V. Henderson, l'atenció infermera té com a objectiu final la consecució de l'autonomia de la persona, entenent com a tal també les necessitats que contempnen la inclusió i realització de les persones en la societat (Alexandra & López, 2015). Aquests trets socials, en el camp de la salut mental, moltes vegades queden minvats, a causa de l'ampli ventall de manifestacions que presenten aquests tipus de trastorns. D'aquí també les diferents intervencions de salut que se'ls ofereix. Conseqüència de tot això són les experiències que es generen en els professionals d'infermeria que els atenen,

derivant moltes vegades al anteriorment mencionat estigma per associació. En aquest cas, el col·lectiu infermer destaca per ser un dels grups més afectats, ja sigui per la mateixa societat i inclús per altres professionals sanitaris. Un exemple d'això, es troba entre diferents especialitats i col·lectius infermers que desenvolupen la seva activitat en altres sectors de la salut (Natan & Drori, 2015). L'evidència científica descriu l'existència d'una percepció negativa i de desconsideració cap a l'atenció infermera en salut mental pel tipus de persona que atén, perpetuant-se la imatge de persona agressiva i imprevisible, i per tant, amb una disminució de la complaença (Ross & Goldner, 2009; Stull et al., 2013). En altres casos, és pel tipus d'intervencions infermeres que es desenvolupen, habitualment poc conegudes. Aquest desconeixement es troba sostingut des dels mateixos departaments que ho gestionen, limitant la seva potenciació i duent a terme poca formació interna específica (Adshead et al., 2015; Bennett & Stennett, 2015; Cazaniga & Suso, 2015). A més a més, també es detecta una valoració més despectiva dels professionals a causa del seu lloc de treball. Això implica els tipus d'instal·lacions, els recursos materials i mitjans humans dels que es disposa. En molts casos ubicats en edificis antics i mal adaptats, juntament amb escassetat de professionals formats i amb pocs incentius (Jack-Ide et al. 2013; Ross & Goldner, 2009; Sercu et al., 2015). Així se'n reflecteix la consideració d'un camp amb més dificultats per a desenvolupar-se, al ser una activitat poc valorada i apreciada, essent devaluat en relació a altres departaments (Delaney, 2012).

Per altra banda, l'altra cara de la infermeria mostra el desig d'ajudar, la proactivitat i l'apoderament envers el grup estigmatitzat. Aquesta visió optimista, quan és analitzada, conclou que el col·lectiu infermer demostra un millor nivell acadèmic i d'expertesa en el camp de la salut mental, juntament amb un contacte més directe amb l'usuari, la família i la seva evolució (Chambers et al., 2010; Kopera et al., 2015; Martesson G. et al., 2014).

D'aquesta cerca en sorgeix el títol d'aquest apartat, reflexionant en la coexistència de dues vessants, generades tant pels propis professionals de la infermeria en salut mental com pel desenvolupament infermer d'altres sectors. Ambdós influents en el moment d'escollir l'especialitat d'infermeria en salut mental.

8. ELS ESTUDIANTS D'INFERMERIA I LA SEVA MIRADA ENVERS L'ESTIGMA EN SALUT MENTAL

“No només el coneixement intervindrà en la relació infermera-pacient, sinó també el comportament, la conducta i els sentiments de cadascun”

Hildegard Peplau

Aquest apartat obre la porta a les següents qüestions: Quina és la percepció que els estudiants d'infermeria tenen sobre el seu aprenentatge envers la salut mental?, I quines inquietuds, temors o prejudicis poden manifestar?.

Aquestes qüestions generals són les que es poden plantejar davant l'aproximació dels estudiants cap a l'estigma en salut mental.

La literatura revisada assenyala que els estudiants d'infermeria opinen que davant els problemes de salut mental se senten sense preparació, temorosos i angoixats abans de l'inici de les seves pràctiques assistencials. Aquest temor es va modulant progressivament a mesura que adquireixen els coneixements relacionats amb les malalties, i atenen, coneixen i empatitzen amb les situacions i emocions que les persones pateixen. D'aquesta manera també aprecien la percepció de les intervencions educatives, l'experiència i el contacte directe com a influents. Aquest fet facilita un gir envers una actitud de millor disposició a la cura, sense temor i amb una visió positiva davant la cura de les persones amb un problema de salut mental (Giralt Palou et al., 2019; Happell & Gaskin, 2013).

9. CURRÍCULUM FORMATIU UNIVERSITARI EN EL MARC D'INFERMERIA EN SALUT MENTAL

9.1. Camí cap on s'orienta l'aprenentatge infermer en l'àmbit de la salut mental.

Ara més que mai necessitem l'estructura d'un paradigma interpersonal, tal com el proposat per Peplau, per guiar els plans d'estudi de la pràctica de la infermeria professional. Necessitem recordar i reclamar el què per dret és significatiu, un element clau a la professió d'infermeria "

Jones, 2012

El pla docent dels estudiants universitaris d'infermeria, és un dels pilars bàsics per tal de poder assentar una relació terapèutica basada en una atenció i cures infermeres de qualitat. El fet de convertir-se en un professional de la infermeria és alguna cosa més que l'aprenentatge de les habilitats i els procediments d'aquesta professió. En particular, per a una professió que té cura de les persones com és la infermeria, aquest desenvolupament ha d'incloure l'aprofundiment en els valors que són fonamentals per assolir el "ser infermer". Com a tal, cal considerar que l'atenció infermera es basa en tractar a un ésser i no a un diagnòstic. Per tant, com a persones úniques que som, es requereix d'una atenció centrada en la persona, persona que pot mostrar diferents necessitats en diferents moments de la seva vida (Wells et al., 2015). WHO, (2008), en fa esment amb el propòsit d'implantar i mantenir els professionals d'infermeria dins de les etapes de planificació. D'aquesta manera, s'afavoriria l'establiment d'una millor atenció a les persones que s'assisteixen. Així mateix també es promocionaria un reconeixement i recompensació apropiada, amb l'objectiu de permetre que les infermeres puguin treballar amb eficàcia, eficiència i potencial com a professionals independents i interdependents dels equips terapèutics (Buscher, Sivertsen, & White, 2009). Segons WHO, (2005), el principal objectiu de l'atenció en la salut mental es va definir amb la finalitat de poder millorar el benestar, a través del desenvolupament i la capacitat de recuperació de les persones. Això s'aconsegueix mitjançant l'enfortiment dels

seus factors de protecció, centrant-se en les seves fortaleeses i els seus recursos. Per tal de què aquesta definició es pugui complir es requereix d'uns serveis de salut mental amb uns professionals degudament capacitats, amb aptituds i actituds que s'ha anat modelant a través de la formació específica, oportuna i necessària. L'aprenentatge integrat per continguts teòrics, juntament amb exposició de pràctiques clíniques, és el sistema d'aprenentatge que actualment es troba implantant dins del marc formatiu universitari, amb la finalitat d'assolir els aprenentatges que es contemplen en les cures infermeres en salut mental (The European Higher Education, 1999). Dins d'aquesta formació, s'inclou l'abordatge de l'estigma, orientant les actituds cap a unes adequades intervencions envers la salut mental. L'evidència apunta que els paquets formatius de conferències, activitats i testimonis personals milloren les actituds, comportaments i els coneixements (Goh et al., 2021; Stubbs, 2014).

Per altra banda, una nova tendència està emergint com a nou paradigma davant la millora de les actituds respecte l'estigma en salut mental. Es tracta de la participació expositiva de persones en primera persona (Happell et al., 2020; Horgan et al., 2021). Per tot l'exposa es pot confirmar que la formació universitària en salut mental, afavoreix i proporciona als estudiants, l'adquisició dels coneixements i la integració d'habilitats adequades, essent dos aspectes essencials i inesperables dins del procés formatiu (Giralt Palou et al., 2019; Happell et al., 2019; Şengün İnan et al., 2021).

9.2. El paper del tutor en l'acompanyament de l'aprenentatge

“La lliçó més important que es pot donar a una infermera és ensenyar-li què observar, com observar, quins símptomes indiquen millores i quins no, quins són d'importància i quins no, i quins reflecteixen la negligència”

Florence Nightingale

Segons Ibarra & Barbulescu, (2010) hi ha tres tasques bàsiques per esdevenir un bon professional: La primera, és l'observació dels models a seguir, la segona és experimentar amb les noves identitats pròpies, i la tercera és avaluar l'aprenentatge adquirit mitjançant una valoració externa. En consonància, i des

de la vessant infermera, Fitzpatrick et al., (1996), detalla tres factors principals com a contribuents en el desenvolupament dels estudiants d'infermeria. En aquest cas es valora la influència de l'entorn clínic, els exemples de pràctiques de qualitat i els models a seguir tant en entorns educatius com clínics.

Per aquest motiu se subratlla la necessitat de mencionar el paper clau que desenvolupen els tutors referents. Els tutors són considerats com a infermers amb experiència, amb majors nivells de competència, capacitat d'anàlisi i gestió. Aquests tenen la responsabilitat d'acompanyar als estudiants durant el seu aprenentatge dins d'un entorn clínic simulat o real, potenciant les seves competències i avaluant-ne les intervencions. D'aquesta manera també, afavorir el creixement i desenvolupament professional, així com l'autoconfiança dels alumnes (Labrague et al., 2019; Letizia & Jennrich, 1998; Rose, 2008). Concretament, el modelatge de rols, la facilitació, l'orientació i la prioritització en les intervencions, són els procediments en els que un tutor millor pot acompanyar a l'estudiantat. Per aquest motiu l'aprenentatge requereix d'un procés constant de participació, potenciant d'aquesta manera la integració dels continguts teòrics (Myrick & Yonge, 2002). Segons Kaviani & Stillwell, (2000) el fet de desenvolupar aquesta funció "implica un model experimentat, competent i un mitjà per a la construcció d'un suport d'ensenyament i aprenentatge a través d'una relació normalment a curt termini envers l'estudiant per tal de desenvolupar aquests aprenentatges d'infermeria".

9.3. Actual model d'ensenyament europeu

L'actual model d'ensenyament a nivell europeu es troba emmarcat dins de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES). Va ser implantat l'any 2010, amb la finalitat de respectar la diversitat però al mateix temps augmentar la compatibilitat i comparabilitat. Aquest es va iniciar a partir de la Declaració de Bolonya de 1999, on s'inclouen els estudis formatius de Grau. Els Graus universitaris es troben configurats amb una càrrega docent de 240 crèdits ECTS, i una durada de quatre cursos acadèmics (The European Higher Education, 1999). La regulació del sistema europeu de crèdits es troba descrit en el Real Decret (RD) 1125/2003 (BOE, 2003). En aquest s'estableix que cada crèdit correspon a 25-30 hores de

treball total per a l'alumne, tant en concepte d'hores teòriques com pràctiques, relacionades amb el seu aprenentatge.

Respecte la remodelació dels títols universitaris, a Espanya es troba recollida en els següents Reials Decrets: El RD 55/2005 (BOE, 2005), on es determinen les estructures d'ensenyament universitari i es regulen els estudis universitaris de Grau. En el RD1393/2007, de 29 d'octubre (BOE, 2006), pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. En el seu article 12, s'estableixen les indicacions per al disseny dels títols i els plans d'estudis que han d'incloure per l'obtenció del títol de Graduat; sent modificat pel Reial Decret 861/2010, de 2 de juliol (BOE, 2010).

A Catalunya, va ser el curs 2009/2010, quan les universitats van iniciar l'ensenyament del Grau d'Infermeria, incloent dins del pla acadèmic les cures infermeres en salut mental. Habitualment, el pla docent universitari, emmarca aquesta formació entre el tercer i el quart curs. Això és degut a què, en aquests cursos, es considera que l'alumne ha assolit uns coneixements acadèmics i també una major autonomia professional (Prado, 2012). També és així en el cas de les universitats d'on s'ha obtingut la mostra d'estudi pel desenvolupament del present treball: la Fundació Universitària del Bages (FUB), la qual durant el període de recollida de dades es trobava adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), i la Universitat de Lleida (UdL).

9.4. Fundació Universitària del Bages

9.4.1. Descripció dels continguts de salut mental en el marc teòric i d'aprenentatge assistencial en pràctiques clíniques

En el cas de la Fundació Universitària del Bages (FUB), el reconeixement oficial del Graduat en Infermeria es concedeix per la UAB, respectant el seu pla acadèmic aprovat per la mateixa UAB, i verificat per l'Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació (ANECA). Es troba registrat en el BOE 285 de 27/11/2012, en la resolució del 16 de novembre del mateix any (BOE, 2012). En aquest es descriu la càrrega lectiva total de 240 crèdits, distribuïda en 60 crèdits de formació bàsica, 60 crèdits en assignatures obligatòries, 30 crèdits en assignatures optatives, les pràctiques externes amb un total de 81 crèdits i el treball fi de Grau amb 9 crèdits (Fundació Universitària del Bages, 2015a).

9.4.2. Descripció dels continguts del marc teòric

L'assignatura de "Cures Infermeres en Salut Mental", es troba inclosa dins del Pla Docent que contempla la formació obligatòria, amb un total de 3 crèdits de contingut teòric. En la seva guia es descriuen les competències a assolir (**ANNEXE 1**). Entre elles destaca l'atenció de l'individu com a ésser biopsicosocial i sense prejudicis. A més a més, inclou la identificació, integració i relació del concepte de salut i les cures d'infermeria en l'àmbit específic de la salut mental. Així mateix, fomentant els estils de vida saludables dins d'un marc de seguretat i qualitat establert pel codi deontològic i garantit la seva confidencialitat (Giralt Palou, R.& Torras Fabregas, G. 2015).

En aquest cas l'aprenentatge acadèmic es troba dividit en 4 grans blocs didàctics: Conceptes generals de Salut Mental, Descripció dels principals trastorns mentals, Atenció Infermera a la persona amb trastorns mentals, i Aspectes ètics i legals (**ANNEXE 2**) (Giralt Palou, R.& Torras Fabregas, G. 2015). L'avaluació dels coneixements se centra en un procés d'avaluació continuada. En aquest cas inclouen tots els continguts que han estat adquirits a través d'activitats dirigides i supervisades, i altres que l'alumne ha desenvolupat de forma autònoma (Giralt Palou, Rosa M^a; Torras Fabregas, 2015).

9.4.3. Descripció del marc d'aprenentatge de pràctiques assistencials

Una vegada complimentada la formació teòrica s'inicia un període d'aprenentatge a través de simulacions i/o tallers per posteriorment passar a les pràctiques clíniques. L'objectiu és que l'alumne integri els coneixements adquirits, i pugui aplicar-los a través de les cures infermeres en els diferents entorns clínics possibles.

Com s'ha mencionat en la introducció del capítol, les pràctiques externes tenen un total de 81 crèdits durant tot el Grau. Concretament, la formació pràctica en salut mental és de 6 crèdits, que transcorren al llarg de 4 setmanes de formació (**ANNEXE 3**), format per tres grans blocs d'aprenentatge. Aquests tres grans blocs són de compliment obligatori, essent definits en característiques i duració

a través del Pla d'Estudis aprovat per la UAB i publicat en el BOE 264 el 3 de Novembre de 2000 (BOE, 2000).

El primer bloc és el de simulació i tallers, on s'incorporen protocols, procediments i diferents escenaris d'aprenentatge. El seu desenvolupament s'efectua en les instal·lacions de la universitat, durant el període previ i/o durant la realització de les pràctiques clíniques.

El segon bloc és metodològic, complimentant-se al llarg de les pràctiques clíniques. En aquest cas, s'elaboren Processos d'Atenció d'Infermeria (PAI) de pacients seleccionats, amb l'objectiu de desenvolupar competències en el maneig dels plans de cures en salut mental.

El darrer bloc, és el considerat com a pràctiques immersives de salut mental en un entorn real (**Taula 6**). La finalitat de les mateixes es desenvolupa la seva capacitat a l'hora de detectar les necessitats pròpies de la situació de malaltia de la persona a atendre, intervenint de forma participativa i integrada dins de l'equip assistencial. (**ANNEXE 4**). Durant aquests períodes de pràctiques els estudiants comptaran amb l'acompanyament d'un professional infermer de referència. Aquest es trobarà treballant en el servei corresponent, i serà qui afavorirà la integració de l'alumne en l'equip assistencial. Aquest període d'aprenentatge pràctic s'avaluarà a través de paràmetres d'actituds, les capacitats relacionals, la demostració de les habilitats adquirides amb l'aplicació de coneixements teòrics i la correcció que fa el professor tutor dels plans de cures treballats per l'alumne durant el període de pràctiques (Bages, 2012, 2014, 2015; BOE, 2000).

9.5. Universitat de Lleida

9.5.1. Descripció dels continguts de salut mental en el marc teòric i d'aprenentatge assistencial en pràctiques clíniques

Els estudis de Grau d'Infermeria es troben inclosos a la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida, des del moment de la generació de la Llei de Creació de la Universitat de Lleida, Llei 34/1991 de 30 de Desembre de creació de la Universitat de Lleida, que va ser aprovada pel Parlament de Catalunya el 12 de desembre de 1991 (DOGC, 1991; Lleida, 2007).

El Departament d'Infermeria es troba regit per la Llei orgànica 4/2007, de 12 d'abril, i per la Llei 1/2003, de 19 de febrer, d'Universitats de Catalunya, i pels

Estatuts de la Universitat de Lleida, aprovats pel Decret 201/2003, de 26 d'agost i per les normes i disposicions dictades, en exercici de llurs respectives competències per les administracions de l'Estat Espanyol i de la Generalitat de Catalunya (Lleida, 2012).

La seva activitat acadèmica es fonamenta pel Pla Docent anual on es reflecteixen, entre altres coses, el programa de les assignatures. En aquest cas el Pla Docent es troba distribuït amb un total de 240 crèdits, dividits entre 60 crèdits de formació bàsica, 66 crèdits de formació obligatòria, 24 crèdits de formació optativa, les pràctiques externes amb 78 crèdits i el treball fi de grau amb 12 crèdits (Lleida, 2007) .

9.5.2. Descripció dels continguts del marc teòric

Dins dels crèdits de formació obligatòria es troba l'assignatura de "Salut Mental" que inclou 3 crèdits de marc teòric i 3 dins el marc pràctic (Lleida, 2015c).
(ANNEXE 5)

La Guia Docent de l'assignatura detalla les competències a assolir **(ANNEXE 6)**. Entre altres destaca: la capacitat d'anàlisi, síntesi i gestió de la informació per tal de poder prestar una atenció infermera adequada a les necessitats de salut de les persones, família o grups dins de l'àmbit de la salut mental. Així també, garantir nivells de qualitat i seguretat tal com estableix el codi deontològic (Sanchez Fernandez, 2015).

El sistema d'avaluació se centra principalment en l'avaluació continuada. En aquest cas, es contempla el seguiment de l'estudiant en el seu procés formatiu, incloent l'avaluació dels continguts teòrics i teòric-pràctics, sempre a través d'un mètode interactiu, deductiu i col.laboratiu (Sanchez Fernandez, 2015).

9.5.3. Descripció del marc d'aprenentatge de pràctiques assistencials

En el cas de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida, l'aprenentatge a través de les pràctiques assistencials en salut mental es desenvolupa en el quart curs. El total de crèdits de pràctiques assistencials és

de 36, distribuïts en períodes de pràctiques de 4 setmanes de formació. Un d'ells correspon a la formació específica en salut mental, amb 4.5 crèdits. **Taula 4.**

Prèviament a l'inici de les pràctiques assistencials, els alumnes hauran participat de tallers de simulació a través d'aules d'habilitats. La seva finalitat és adquirir les competències i actituds necessàries per posteriorment poder assistir a les experiències reals que van sorgint al llarg del pràcticum, tenint en compte que l'objectiu principal de les pràctiques és la participació i integració en l'equip sanitari. A més a més, és desenvoluparan i reforçaran els coneixements teòrics adquirits prèviament a través de l'elaboració de les competències pròpies del PAI.

Durant aquests períodes de formació pràctica es troben acompanyats d'un infermer referent que treballi en el mateix servei en el que es troben ubicats. El seu procés de seguiment el realitza el seu tutor universitari. Amb aquest s'analitza i avalua els aprenentatges adquirits a través dels registres necessaris. Els nous coneixements s'exposen en forma de treballs elaborats segons les pautes indicades per la mateixa universitat, i amb l'objectiu principal de què els estudiants vagin assolint les anteriorment esmentades competències pròpies d'infermeria (Lleida, 2015b, 2015a) (**ANNEXE 7**).

A partir de l'esmentat aprenentatge teòric i pràctic és d'on aniran germinant les habilitats, actituds i aptituds necessàries per l'esdevenir infermer dels actuals estudiants d'infermeria. Mitjançant l'actual estudi, s'analitzarà l'evolució de la visió estigmatitzant d'aquests estudiants en el seu període de formació en salut mental.

Taula 4. Quadre comparatiu dels continguts d'aprenentatge en salut mental

CONTINGUTS TEÒRICS		DISPOSITIUS ASSISTENCIALS	
Fundació Universitària del Bages	Universitat de Lleida	Fundació Universitària del Bages	Universitat de Lleida
Evolució històrica de la Salut Mental. Cuidatges d'infèmeria en la història de la Salut Mental	Evolució històrica de la Salut Mental. Cuidatges d'infèmeria en la història de la Salut Mental	Unitats d'Hospitalització per Adults: Aguts, Subaguts.	Unitats d'Hospitalització per Adults i Infanto Juvenil: Aguts i Subaguts
Dispositius i serveis de Salut Mental. Classificació de les malalties mentals	Dispositius i serveis de Salut Mental. Classificació de les malalties mentals	CSMA: TMS, Hospital de Dia, Centre de Dia, CAS, PCC, PSI	CSMA: Hospital de Dia
Anàlisi i valoració de l'estat mental. Entrevista. Valoració d'infèmeria	Anàlisi i valoració de l'estat mental. Entrevista. Valoració d'infèmeria	CSMIJ: TMG, Hospital de Dia	CSMIJ: Hospital de Dia
Malalties i Trastorns en Salut Mental en les diferents etapes de la vida	Malalties i Trastorns en Salut Mental en les diferents etapes de la vida	Unitats de Llarga Estada	Unitats de Llarga Estada
Tipus de tractaments	Tipus de tractaments	Unitats de Patologia Dual	
Politoxicomanies	Urgències en Salut Mental	Unitats de Psicogeriatría	Unitats de Psicogeriatría
Ètica i Legislació en Salut Mental- Component Desestigmatitzador de la Salut Mental	Ètica i Legislació en Salut Mental- Component Desestigmatitzador de la Salut Mental		Unitats de Trastorn de la Conducta

HIPÒTESI I OBJECTIUS

“La ciència es compon d’errors que a la vegada són les passes cap a la veritat”

Jules Verne

A continuació es detallen la hipòtesi i els objectius de la present investigació. Els objectius es divideixen en un objectiu general i quatre d'específics.

10. HIPÒTESI

La formació teòrica i pràctica de l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental disminuirà, en els estudiants universitaris d'infermeria, les actituds i les conductes futures estigmatitzants, en relació a les persones que presenten problemes de salut mental.

11. OBJECTIUS

11.1. Objectiu General

Analitzar les actituds respecte la salut mental, durant el procés d'aprenentatge dels estudiants d'infermeria matriculats a l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental, que cursen el Grau d'Infermeria a la Universitat de Lleida i la Universitat de Manresa.

11.2. Objectius Específics

- Identificar i descriure resultats recents relacionats amb l'estigma i els diferents tipus d'actituds que presenten els estudiants universitaris d'infermeria al llarg del seu procés formatiu en salut mental (Estudi I).
- Avaluat si existeixen diferències entre la puntuació obtinguda abans i després de cada període formatiu respecte les actituds estigmatitzants envers la salut mental (Estudi II-III-IV).
- Valorar si existeixen diferències entre les actituds entre els estudiants que tinguin o hagin tingut un problema de salut mental o alguna persona propera que la pateixi (Estudi II-III-IV).
- Avaluat l'efecte del factor DS en relació a la modificació de resposta respecte les actituds envers la salut mental (Estudi II-III-IV).

METODOLOGIA

“Si no conec una cosa, la investigaré”

Louis Pasteur

12. METODOLOGIA

Aquesta investigació s'ha estructurat en blocs, els quals s'han dividit en els quatre articles generats a partir de la mateixa. En el primer d'ells, es detalla la publicació d'una revisió sistemàtica, on es descriu el marc teòric en la que es va fonamentar i s'origina la resta de la investigació. En el segon, es troba la publicació d'un estudi transversal, analitzant la línia base des d'on parteixen els estudiants universitaris d'infermeria en el moment d'iniciar els estudis de salut mental. Finalment, en el tercer i quart d'aquests blocs es presenta una tercera i també quarta publicació. En aquest cas són dos estudis longitudinals, prospectius. En ells s'analitzen les actituds i comportaments previstos envers la salut mental, al llarg de tot el període formatiu en salut mental, tenint en compte la possible influència de la desitjabilitat social com variable confusora.

12.1. DISSENY DE L'ESTUDI

Aquesta investigació es troba dins d'un estudi d'Intervenció Quasi-Experimental abans-després, Longitudinal, i Prospectiu. En la **Figura 2** es detalla el flux del disseny de l'estudi.

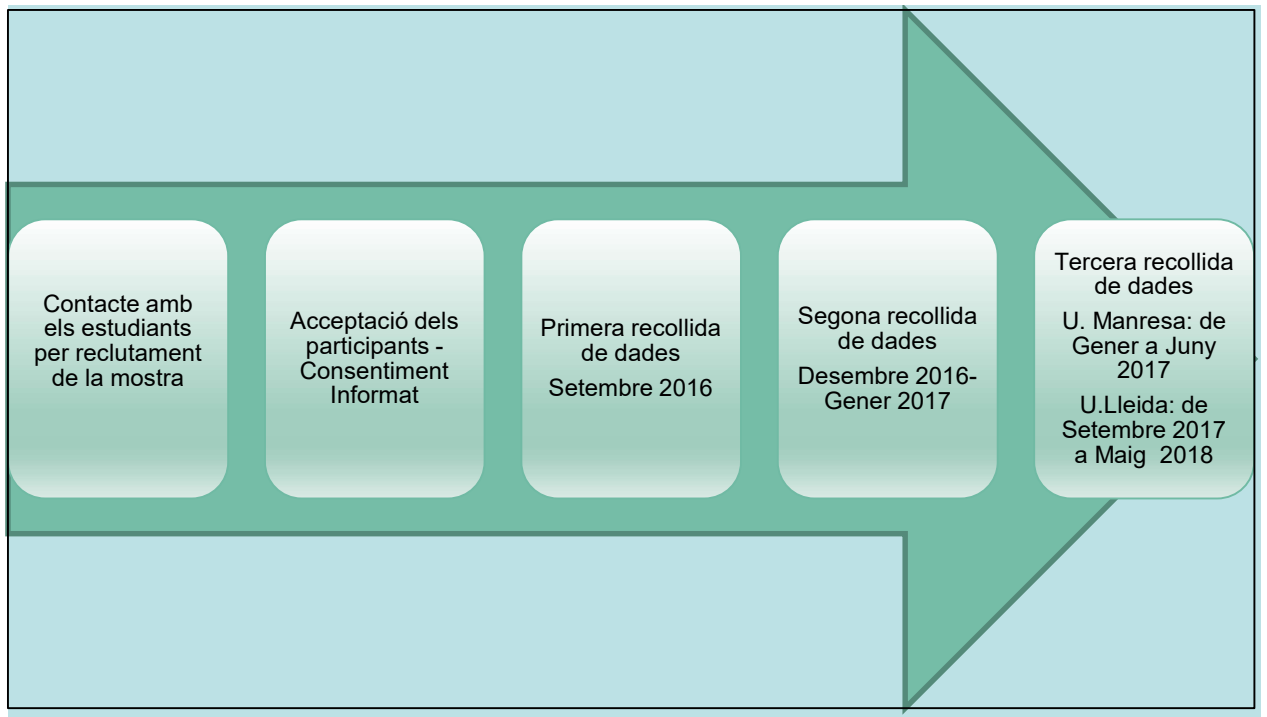


Figura 2. Flux del disseny de l'estudi

12.2. ÀMBIT D'ESTUDI

L'àmbit d'estudi s'emmarca dins d'un estudi multicèntric. Inclou dos centres universitaris d'àmbit nacional, públics o amb vinculació a la universitat pública, i on s'imparteixen els estudis de Grau en Infermeria. En aquest cas, s'ha escollit la Universitat de Lleida i la Fundació Universitària del Bages. Aquestes dues Universitats pertanyen al programa de doctorat on es troba matriculada la investigadora principal.

12.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

La mostra seleccionada per l'estudi ha estat formada per estudiants de tercer i quart curs del Grau d'Infermeria de les Universitats de Lleida i Manresa. El període de formació es troba comprés entre el Setembre del 2016 fins el Maig del 2017.

Tots ells complien els següents criteris d'inclusió.

-Criteris d'inclusió:

- En el moment de l'inici de l'estudi, estar matriculat a l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental, i dur a terme posteriorment les pràctiques assistencials específiques de salut mental.
- Acceptar la participació a l'estudi, i acceptar de signar el consentiment informat una vegada s'hagi explicat el procediment de l'estudi.

No es va considerar com a mostra els participants que complien amb els següents criteris d'exclusió:

-Criteris d'exclusió:

- No trobar-se matriculat a l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental en el moment de l'inici de l'estudi.
- No haver finalitzat tots els continguts, tant teòrics com de pràctiques assistencials específiques relacionades amb l'esmentada assignatura.

- No complimentar tots els instruments de mesura en cada període establert.
- Rebutjar de participar en l'estudi després de ser explicat el Document d'Informació per als participants.

12.4. VARIABLES DE L'ESTUDI

L'estudi es basa en dades quantitatives discretes, tenint en compte com a

- variable depenent, les actituds i conductes futures respecte la salut mental, per part dels estudiants universitaris d'infermeria, matriculats en l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental i el seu pràcticum pertinent.

I com a

- variable independent :
La formació rebuda en l'assignatura de Cures Infermeres en Salut Mental, contemplant tant la vessant teòrica com pràctica.
Les dades sociodemogràfiques, que inclourien l'edat, el sexe, i la relació personal i professional envers la salut mental.

Es contempla com a possible

- variable independent confusora la Desitjabilitat Social, valorada a través de Social Desirability Scale-SDS-.

12.5. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

L'estudi va ser aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació de les universitats amb expedient 07/2016. A més a més, prèviament a l'inici de l'estudi, es va realitzar una sessió informativa, on es va evitar que la informació transmesa als estudiants generés tendències estigmatitzadores i de conveniència social.

En el moment de l'administració dels instruments es va sol·licitar el consentiment escrit dels participants. Es va garantir la confidencialitat i anonimat. **(ANNEXES 8-9-10-11-12).**

12.6. INSTRUMENTS

12.6.1. Revisió sistemàtica

Per tal de poder centrar la investigació dins d'un marc teòric, es va elaborar el primer dels articles presentats en els resultats. En aquest cas la investigació es basa en una revisió sistemàtica centrada en la literatura científica publicada durant els anys 2006 a 2016, ambdós inclosos. Es van respectar els criteris de PRISMA (Liberati et al., 2009) i Manual Cochrane (Higgins JPT, 2011). Les fonts de cerca van ser MEDLINE (PubMed), Scopus i Cochrane Plus. Es van emprar els següents termes de cerca: “estudiants d’infermeria”, “salut mental”, “estigma”, “actitud” i “educació”; que es van combinar amb els operadors Booleans “AND” i “OR”.

D'aquesta cerca es van obtenir 1013 treballs, dels que després de ser revisats per duplicats, títols, resums, i text complert, van quedar 13 articles que van complir els criteris definits en aquesta revisió.

12.6.2. Estudis transversal i longitudinal

Per a poder desenvolupar l'anàlisi de l'estudi transversal (segon article presentat en els resultats), i longitudinals (tercer i quart), es van emprar les escales validades que es mostren a continuació. Mitjançant aquestes escales seleccionades es va dur a terme la recollida de dades pre (T0), post (T1), i post-post (T2), al llarg del període formatiu. Les escales van ser autoadministrades i recollides en el mateix moment que es van complimentar. D'aquesta manera es va assegurar l'accessibilitat i la flexibilitat, afavorint que les escales fossin complimentades per la mostra de l'estudi. Així mateix també es va garantir la seva fiabilitat, garantint l'anonimat de la mostra (Meneses & Rodríguez, 2011).

12.6.3. Anàlisi estadístic

Per tal d'elaborar el segon dels articles, centrat en un estudi transversal, l'anàlisi estadística es va fer mitjançant una regressió lineal simple per investigar l'associació entre els factors i els qüestionaris. A més a més, es va realitzar una regressió lineal múltiple ajustant únicament les puntuacions de l'Escala de Desitjabilitat Social, estimant els coeficients de regressió i els seus intervals de confiança del 95%, així com el valor $p \leq 0.05$ per a cada regressió.

Les dades es van analitzar amb IBM SPSS Statistics for Windows versió 25 (IBM Corp, Armonk, Nova York, EUA) i R versió 3.3.2 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Àustria).

En el tercer i quart dels articles, es van utilitzar models lineals mixtes i es va realitzar un ANOVA per avaluar estadísticament les diferències entre els grups. Es van utilitzar comparacions per parells per determinar quines diferències de grup eren estadísticament significatives.

Es va utilitzar un model lineal mixt per avaluar, l'efecte de cada factor abans i després de cada etapa d'aprenentatge de la salut mental per a cada qüestionari. El factor, el grup i la interacció factor-grup es van incloure com a efectes fixos, i els estudiants com a efectes aleatoris de les diferents mesures repetides. Es va avaluar l'efecte global de cada factor provant la interacció entre el factor i el grup, tant ajustat com sense ajustar per a la SDS.

Finalment, els factors i la interacció factor-grup que es van trobar associats en cada qüestionari es van introduir en un model lineal mixt múltiple. Els models finals es van crear ajustant per la SDS, estimant els coeficients de regressió i els intervals de confiança del 95%.

En els models es va utilitzar el mètode de càlcul de màxima versemblança restringida. L'estructura de covariància adequada per a les nostres dades es va determinar mitjançant el criteri d'informació d'Akaike. Un error de tipus I de dues cares del 5% es va considerar estadísticament significatiu. Les dades es van analitzar amb la versió 25 d'IBM SPSS Statistics per a Windows (IBM Corp, Armonk, Nova York, EUA) i la versió 3.3.2 de R (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Àustria).

12.7. DESCRIPCIÓ DELS INSTRUMENTS DE MESURA

12.7.1. Escala de dades Sociodemogràfiques

Escala generada pel desenvolupament de l'estudi. Es van contemplar les variables universals d'edat i sexe. A més a més, es va considerar l'experiència formativa i professional relacionada fins al moment en aquest àmbit, i el presentar o haver presentat, i/o tenir persones properes que pateixin algun problema de salut mental. **(ANNEXE 13)**.

12.7.2. Community Attitudes towards Mental Illnes (CAMI)

Aquesta escala, desenvolupada per Taylor & Dear, (1981), a Canadà. És l'escala més emprada a nivell internacional per valorar l'estigma social cap a les persones que presenten un problema de salut mental i viuen en la comunitat. Va ser desenvolupada originalment per analitzar les reaccions de la població general cap als serveis que atendien a persones amb un trastorn mental greu. Posteriorment ha estat utilitzada amb diverses mostres de professionals de salut mental d'arreu del món. Entre altres Chambers et al.(2010b) i Schafer et al., (2011) la van utilitzar per analitzar la resposta dels estudiants d'infermeria envers les persones que pateixen una problema de salut mental. També Morris et al., (2012) la van aplicar amb la mateixa finalitat per a professionals d'infermeria a nivell europeu. A Espanya ha estat validada per Ochoa et al., (2016).

Les propietats psicomètriques mostren una bona consistència interna, on la seva fiabilitat en els quatre factors que analitza són de: Autoritarisme amb α 0.68; la Benvolença α 0.76; la Restricció Social α 0.80 i la Ideologia de la Salut Mental Comunitària α 0.88.2. Així mateix també es valora una bona validesa del constructe.

L'escala consta de 40 ítems amb 5 possibles respostes dins d'una escala Likert que van des de "totalment en desacord" a "totalment d'acord", puntuats en valors de 1 = molt en desacord i 5 = molt d'acord. En cada factor cinc dels deu ítems s'expressen amb missatges redactats en positiu i els altres cinc en negatiu. D'aquesta manera es generen quatre factors diferents en funció de les actituds valorades, que es calculen sumant els deu ítems pertinents de cada factor.

Les puntuacions de cada factor té un possible interval de 10 a 50 punts, on les puntuacions més altes indiquen un major acord amb el concepte que es valora. Dos d'aquests factors tenen una percepció positiva de les actituds respecte la salut mental (Benvolença i Ideologia de la Salut Mental Comunitària). Per altra banda, els factors Autoritarisme i Restricció Social són els que descriuen una percepció negativa.

La descripció de cada factor aprecia que:

-L'Autoritarisme, considerant la percepció d'inferioritat i tendència a la valoració de mesures restrictives per tal de garantir la seguretat, respecte les persones que presenten un problema de salut mental.

Aquests factor s'avalua en els ítems: 1,5,9,13,17,21,25,29,33 i 37 de l'escala.

-La Benvolença, contemplant una visió humanista i de respecte envers la salut mental, on es descriuen valors d'empatia, implicació i responsabilitat social.

Els ítems que avaluen aquest factor dins de l'escala són: 2,6,10,14,18,22,26,30,34 i 38.

-La Restricció Social, descriu a les persones que presenten un problema de salut mental com a una amenaça per a la societat. Es contemplen conceptes com la perillositat i la distància social. Es valora en els ítems: 3,7,11,15,19,23,27,31,35 i 39.

-La Ideologia de la Salut Mental Comunitària, ressaltant el suport al valor terapèutic des de la comunitat i l'acceptació de l'atenció desinstitucionalitzada. En aquest cas descrit en els següents ítems: 4,8,12,16,20,24,28,32,36 i 40. (Taylor & Dear, 1981). **(ANNEXE 14)**.

12.7.3. Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA v4)

Creada per Gabbidon et al., (2013), a Anglaterra, amb la finalitat d'avaluar les actituds envers la salut mental en els estudiants i professionals de la salut. Aquesta escala va ser modificada a partir de MICA v2 generada prèviament per a població d'estudiants de medicina.

Es considera amb una bona consistència interna, amb una fiabilitat $\alpha \geq 0.7$ però no superior a 0,9. La seva validesa indica una correlació moderada amb els ítems. Ha estat validat a l'espanyol per Vistorte AOR et al., (2021) amb bones propietats psicomètriques

Es troba formada per una escala de 16 ítems, on les respostes són tipus Likert, amb sis opcions de resposta, que van des del "totalment d'acord" al "totalment en desacord". Les puntuacions van en valors de 1= molt d'acord i 6 = molt en desacord.

Pels ítems 3, 9, 10, 11, 12 i 16 la qualificació és: Totalment d'acord = 1, fins a molt en desacord = 6. I pels ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 i 15 es puntua a la inversa de la següent manera: Totalment d'acord = 6, fins a totalment en desacord= 1.

El puntuacions de cada element se sumen per produir una única puntuació global, on la puntuació mínima és 16 i la màxima 96.

Com més alta sigui la puntuació obtinguda més elevada serà la visió estigmatitzant, mostrant una actitud més negativa, envers la malaltia mental (Gabbidon et al., 2013). Aquest instrument a estat emprat en diferents estudiants de ciències de la salut (Clement et al., 2012; Eksteen et al., 2017; Hernandez Arroyo et al., 2015; Masedo et al., 2021). **(ANNEXE 15)**.

12.7.4. Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud

Generada per Fernandez-Rios et al., (1988) a Espanya, va ser dissenyada per poder examinar les actituds dels estudiants universitaris, de diferents branques de la salut, davant les persones amb un problema de salut mental.

Està construïda a través d'una escala tipus Likert, formada per 20 ítems (10 ítems amb enunciat favorable i 10 ítems amb enunciat desfavorable), amb 5 opcions de resposta que van des de "Molt d'acord" a "Molt en desacord".

Els ítems de puntuació favorable són: 2,4,6,8,10,11,13,15,17 i 19. I els ítems de puntuació desfavorable la resta: 1,3,5,7,9,12,14,16,18 i 20.

Les puntuacions en els ítems favorables seria de valor 4= completament d'acord i 0= completament en desacord, i si l'enunciat és desfavorable la puntuació seria inversa, és a dir, 0= completament d'acord i 4 = completament en desacord.

Es va provar una fiabilitat α 0.87, i una validesa positiva de la mateixa. Tot i tenir provada la seva fiabilitat i validesa no s'han trobat altres estudis on l'hagin utilitzada.

Els resultats totals estan formats per un rang de l'escala que va de 0 a 80. Les puntuacions totals indiquen que, com més elevada sigui la puntuació obtinguda, millor actitud envers les persones que pateixen una malaltia mental, i consegüentment, menor estigma (Rios, 1988). **(ANNEXE 16)**.

12.7.5. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS 10)

Evans-Lacko et al., (2011) crearen aquesta escala per tal d'analitzar, en població general, la presència de comportaments i intenció de conductes futures estigmatitzants envers persones amb problemes de salut mental. Aquesta escala és una adaptació de la Star Social Distance Scale, on s'avaluava les actituds de distància social.

Està formada per un total de 8 ítems, que valoren quatre contextos diferents: (1) el estar amb, (2) el treballar amb, (3) el viure prop de, i (4) el tenir una relació amb una persona que presenti un problema de salut mental.

Als 4 primers ítems els hi correspon tres opcions de resposta (sí; no; no ho sé), i tenen en compte el comportament actual en cadascun dels quatre contextos anteriorment mencionats. Mentre que els 4 darrers ítems tenen la finalitat d'avaluar la predisposició/ intenció en un comportament futur també dins dels quatre contextos anteriors. En aquesta escala es va determinar aquest tipus de disseny, tenint en compte que pot donar-se el fet de què les persones participants no hagin viscut alguns dels comportaments que es demanen en els ítems 1-4. Per aquest motiu, aquests ítems es van considerar que únicament serveixin com a avaluadors de la prevalença, però no es tinguin en compte per a la puntuació final. Es consideren importants pel fet de què el comportament actual es pot relacionar a un comportament/intenció futura.

La puntuació total correspon a la suma dels ítems 5-8, que es ponderen a través d'una escala ordinal (5-1), i on el 5 equival a: totalment d'acord i 1: totalment en desacord. En aquest cas també es té en compte la resposta "no ho sé" establerta amb el valor 0. Respecte els elements 1-4, que serveixen per a calcular la prevalença dels comportaments, no se'ls va donar un valor de puntuació. A nivell psicomètric l'escala té una fiabilitat de α 0.75 i una validesa forta.

Com més elevada sigui la puntuació global obtinguda, més acceptació respecte els problemes de salut mental (Evans-Lacko et al., 2011; Rubio-Valera et al., 2016). **(ANNEXE 17).**

12.7.6. Social Desirability Scale (SDS)

La SDS va ser desenvolupada per Crowne & Marlowe, (1960), per tal de poder millorar les limitacions de l'escala de Desitjabilitat Social proposada per Edwards, (1957), ja que aquesta darrera contenia alguns ítems amb continguts psicopatològics, derivats i influenciats per l'Inventari Multifàssic de Personalitat de Minnesota (MMPI).

La finalitat de SDS se centra en poder detectar subjectes que tendeixen a distorsionar les seves respostes per tal de poder semblar més desitjables, basant-se en un conformisme social.

SDS es considera l'escala més emprada per mesurar el biaix de desitjabilitat social (Gutiérrez et al., 2016).

Les propietats psicomètriques indiquen una fiabilitat estimada mitjançant una consistència interna de α 0.70-0.85.

Aquest instrument està compost per 33 ítems, amb dos opcions de resposta (verdadera i falsa), dels quals 18 puntuen positivament i 15 de forma invertida.

Els ítems amb puntuació invertida són: 3,5,6,9,10,11,12,14,15,19,22,23,28,30,32.

El rang de puntuació global va de 0 a 33, on es presenta una desitjabilitat social més elevada com més elevada sigui també la puntuació global (Crowne & Marlowe, 1960).

Roustaei et al., (2015) va estudiar-ne la resposta en infermeres respecte autoinformes de persones amb problemes de salut mental. Segons la literatura cercada no s'han trobat fins al moment estudis que, a través d'aquesta escala, analitzin la influència de la desitjabilitat en relació a les actituds estigmatitzants en estudiants d'infermeria.

La versió adaptada a l'espanyol van ser realitzada per Ferrando & Chico, (2000) amb estudiants universitaris, amb propietats psicomètriques acceptables (Ferrando & Chico, 2000). Una anterior adaptació va ser la de Ávila & Tomé, (1989). **(ANNEXE 18)**.

RESULTATS

“Mai consideris l’estudi com una obligació, sinó com una oportunitat per a penetrar en el bonic i meravellós món del coneixement”

A.Einstein

13. RESULTATS. Presentació dels articles

13.1. Article de Revisió Sistemàtica

Títol: Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review

Autors (segons ordre publicació):

Rosa Giralt Palou, Gemma Prat Vigué, Glòria Tort-Nasarre

Revista: Perspectives in Psychiatric Care, 55(3), 243-255

Data publicació: 28/07/2019

Tipus: Systematic Review

DOI: 10.1111/ppc.12419

ISSN: 0031-5990

Base de dades d'indexació: Journal Citation Reports-JCR

Quartil i Àrea: Q2- Nursing-Psychiatry

Impact Factor: 1.273 (2019)

Perspectives in Psychiatric Care

Perspectives in
PSYCHIATRIC CARE

Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: a systematic review

Journal:	<i>Perspectives in Psychiatric Care</i>
Manuscript ID:	PPC-19-004-REV.R2
Manuscript Type:	Review
Specialty Area:	

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ABSTRACT

Purpose: This systematic review seeks to ascertain whether mental health-specific education reduces stigmatizing attitudes in nursing students.

Design and Methods: A systematic review of the literature was performed.

Findings: Thirteen studies met the inclusion criteria. Most of the results show an improvement in attitudes towards mental health, both in theory and clinical experience, but a greater improvement towards these stigmatizing attitudes was observed in clinical placements than in theory.

Practical implications: Mental-health-specific training seems to improve perceptions towards mental health. Clinical placement underpins theory, leading to a decrease in negative attitudes and stigma regarding mental health.

Keywords: attitudes, higher education, nursing, mental health, systematic review.

INTRODUCTION

1
2
3 Mental illness currently affects one in every three Europeans, making it one of
4
5 the main challenges facing mental health care. Despite the high prevalence of
6
7 mental health problems, people presenting with this illness are subject to
8
9 discrimination and exclusion (World Health Organization, 2013) brought on by
10
11 negative and stigmatizing attitudes in society (Corrigan & Rao, 2012; European
12
13 Social Network, 2011).

14
15 Likewise, various studies confirm that health care professionals also acquire
16
17 negative and discriminatory attitudes towards mental health, which can
18
19 determine the treatment and quality of care given to people affected by a mental
20
21 health problem (Chambers et al., 2010; Nordt, Rossler, & Lauber, 2006; Ross &
22
23 Goldner, 2009). Similarly, nursing, a specialization that is particularly
24
25 undervalued compared to other health care fields, is also prone to stigmatizing
26
27 attitudes in mental health care (Edward et al., 2015; Song, 2015; Walsh, 2015).
28
29 These negative attitudes can be passed on to nursing students during their
30
31 higher education (Fokuo et al., 2016; Song, 2015). However, these students
32
33 believe that the knowledge they acquire over time steers them towards a care
34
35 for, and an understanding of, the emotions manifested by the mentally ill
36
37 (Ewalds-Kvist, Högberg, & Lützen, 2012). Students that have direct contact with
38
39 people with mental health problems regard it as highly beneficial, as the
40
41 experience gives them a better understanding of the educational interventions
42
43 (Dawood, 2012) and the attitude necessary for delivering adequate health care.
44
45 All this facilitates a shift towards a more positive attitude in nursing students,
46
47 with a greater predisposition towards, and a less apprehensive view of, mental
48
49 health (Happell & Gaskin, 2013; Romem, Anson, Kanat-Maymon, & Moisa,
50
51 2008; Yamauchi et al., 2011).
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Given the importance of training specifically aimed at a paradigm change towards the acknowledgement, social inclusion, and empowerment of people with a mental health problem, it is considered pertinent, in both theory and clinical placement, to adopt an approach that underscores a type of nursing care that fosters knowledge, skills and attitudes in order to lessen stigmatizing interventions (Halter, 2008; Hanafiah & Van Bortel, 2015; Serafini et al., 2011). These all form the mainstay and starting point of global and holistic nursing care (García, Arana, Cárdenas, & Monroy, 2009; Salazar & Martínez, 2009). The aim of this paper is to explore nursing students' perceptions of stigmatizing attitudes towards people suffering from a mental health problem and these perceptions are more positive when students conclude their university studies. To respond to this objective, a systematic review was conducted using the PRISMA guidelines and the Cochrane Manual (Higgins JPT, 2011; Liberati et al., 2009).

METHODS

1
2
3 The questions for this research were generated in accordance with PICO
4
5 questions (Table 1), defining as the aim of this study: to analyze whether
6
7
8 nursing students perceive and/or hold stigmatizing attitudes towards mental
9
10 illness during theory and/ or practical training interventions in the mental-health
11
12 nursing module.

13 **Search strategy**

14
15
16
17 This review was conducted in accordance with the criteria outlined in the
18
19 PRISMA guidelines and the Cochrane manual for systematic reviews (Higgins
20
21 JPT, 2011; Liberati et al., 2009).

22
23
24 A search was carried out using three online databases, PubMed, Scopus and
25
26
27 Cochrane Plus, that are considered the ones that include high impact
28
29 publications in the health field. The search was limited to the years 2006 to
30
31 2016 inclusive.

32
33
34 The following terms were selected for the search: (1) nursing students, (2)
35
36
37 mental health, (3) stigma, (4) attitude, (5) education, and combined with the
38
39 Boolean operator "AND" of: 1 AND 2 AND 3, 1 AND 2 AND 4, 1 AND 2 AND 5,
40
41 and "OR": (1 AND 3) OR (1 AND 4).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria of this review were: (1) papers published between 2008 and 2016 inclusive, (2) quantitative and qualitative studies, (3) studies that evaluated stigmatizing attitudes towards mental health using validated assessment instruments, (4) studies that assessed nursing students before and/or after theory and/or clinical placement (5) and mental health-specific training in university nursing studies.

Papers excluded from this review were: (1) studies published outside the selected time frame, (2) research not involving pre- and post-evaluation of theory and/or clinical placement, (3) training provided outside mental health-specific nursing studies, (4) reviews, editorial opinions, conference abstracts, (5) articles not published in English.

Search outcomes

The papers were screened using Excel 2013 software, after which the relevant documents were worked on using the Mendeley online review manager. After duplicate elimination, a single researcher retrieved and screened the titles and abstracts of 1,013 papers. From this selection, three researchers reviewed 48 full-text independent papers, 13 of which (12 quantitative studies and 1 qualitative study) met the criteria for this systematic review. (Figure 1)

The relevant information gleaned from each paper was: type of study, study objective, number of participants, assessment instruments used, methodology, and results/conclusions from each study.

Analysis and Quality Assessment

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Nine of the thirteen studies were quasi-experimental, longitudinal, descriptive, and prospective.

Three were analytical cohort group studies and one was a qualitative study.

The papers were evaluated separately and independently by three authors to ensure complete consensus on whether the studies met the inclusion criteria.

Date of retrieval and synthesis

The following information was culled from each of the studies included in this systematic review: year of publication, to ensure it came within the time frame of the review; sample size, to gauge its representativeness; type of study design, assessment instruments and results, to assess the characteristics in which the stigmatizing attitudes and their subsequent results were analyzed. (Tables 2 and 3)

RESULTS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Characteristics of the studies included

The identification and screening process yielded thirteen papers (described in Tables 2 and 3): twelve quantitative studies and one qualitative study, all of them published in the period from 2008 to 2016 inclusive, as described in the inclusion criteria.

The sample size of the studies ranged between 39 participants and 784 in the largest sample. The most relevant age group was between 18 and 29 years. Women made up between 85% and 90% of the participants.

The design characteristics of the quantitative studies were: nine quasi-experimental, three analytical cohort, as well as one exploratory-descriptive qualitative study.

Of the nine quasi-experimental studies, one recorded attitude changes in three phases: before commencement of nursing university studies, after completion of theoretical education, and after completion of clinical placement (Henderson, Happell, & Martin, 2007). Three of the quasi-experimental studies focused on attitude changes prior to commencement of theory and after completion of clinical placement (Happell, Moxham, & Platania-Phung, 2011; Happell & Platania-Phung, 2012; Hastings, 2015), and five analyzed these changes prior and subsequent to placement (Gil, dos Santos, & Loureiro, 2016; Happell, 2008a, 2008b, 2009; Romem et al., 2008). Two of the three cohort studies analyzed attitude changes and stigma reduction before commencement and after completion of theoretical education, in which one group took a traditional course, and the other a lived experience course (Byrne et al., 2014; Happell et al., 2014). The third study also investigated attitude changes attached to stigma in three phases: before commencement, after completion, and at three months

1
2
3 post-training, in both the intervention group and the control group (Moxham et
4
5 al., 2016).

6
7
8 The one qualitative study included in this systematic review examined the
9
10 process of change in the university students' attitudes and perception during
11
12 their mental health-specific training period (Yamauchi et al., 2011).

13
14
15 The studies were developed in various countries, nine of them in Australia.

16 17 18 **Characteristics of the evaluation instruments**

19
20 The surveys "Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for First Day
21
22 of Placement" (pre-placement) and "Psychiatric/Mental Health Clinical
23
24 Placement Survey for Last Day of Placement" (post-placement)" were the most
25
26 representative instruments, as they have been used in various studies,
27
28 including the papers selected for the present study (Happell, 2008a, 2008b,
29
30 2009; Hastings, 2015).

31
32
33 "Mental Consumer Participation Questionnaire" (Byrne et al., 2014), which was
34
35 subsequently modified to generate "Questionnaire after psychometric evaluation
36
37 of the baseline data" (Happell et al., 2011).

38
39 The following instruments were each used on one occasion: "The Nurses Self
40
41 Report" (NSR) (Henderson et al., 2007), "The Clinical Placement Survey
42
43 (preplacement and postplacement)" (Happell & Platania-Phung, 2012), "The
44
45 Attribution Questionnaire-27 "(AQ-27) (Romem et al., 2008), "Opinions on
46
47 Mental Illness" (OMIS) and "Inventory of Beliefs about Mental Illness" (ICDM),
48
49 (Gil et al., 2016), and "Social Distance Scale" (SDS) (Moxham et al., 2016).

50
51
52 The instruments included in the present study mainly analyzed the content
53
54 related to change in students' attitudes and stigma towards people with a
55
56 mental health problem, in the different phases of the mental health nursing
57
58
59
60

1
2
3 training period, as well as the academic and professional guidance that may
4
5 lead to this change process.
6

7 8 9 **Reliability and validity of assessment instruments**

10
11
12 Seven of the studies described reported the validity criteria of the instruments
13 used as an assessment instrument. Validity was confirmed through "expert
14
15 groups" and pilot testing (Gil et al., 2016; Happell, 2008a, 2008b, 2009;
16
17 Hastings, 2015; Henderson et al., 2007; Moxham et al., 2016), whereas the
18
19 remaining studies did not report these criteria (Byrne et al., 2014; Happell et al.,
20
21 2014, 2011; Happell & Platania-Phung, 2012; Romem et al., 2008).
22
23

24
25 Eight of the studies reported the reliability of the assessment instruments, which
26
27 was considered to show acceptable values in the studies by Henderson et al.
28
29 (2007), Happell et al. (2011) and Moxham et al. (2016), with values of: 0.8525
30
31 (Henderson et al., 2007), ≥ 0.7 (Happell et al., 2011), and of 0.75 to
32
33 0.90 (Moxham et al., 2016), respectively.
34
35

36
37 Some of the instruments were variable and questionable, with Cronbach's α
38
39 from 0.5 to 0.92 for the instrument subscales (Happell, 2008a, 2008b, 2009;
40
41 Hastings, 2015), a Cronbach from 0.55 to 0.87 for the instrument subscales
42
43 (Romem et al., 2008). These results did not indicate which subscales of each
44
45 instrument were acceptable values or unreliable (George & Mallery, 2010).
46
47

48
49 The other four studies included no information on the reliability of the
50
51 assessment instruments (Byrne et al., 2014; Gil et al., 2016; Happell et al.,
52
53 2014; Happell & Platania-Phung, 2012).
54
55

56 57 58 **Evaluation process in attitude changes towards stigma**

1
2
3 – **Studies assessing attitude changes pre-theory and post-placement**
4

5
6 The findings concerning completion of training pointed to a positive change in
7
8 mental health nursing students' attitudes towards, and perception of, people
9
10 presenting with a mental health problem (Yamauchi et al., 2011). Indeed, the
11
12 students improved their skills and knowledge for managing mental illness
13
14 (Henderson et al., 2007), and showed less apprehension towards unpredictable
15
16 behaviors (Happell & Platania-Phung, 2012). Similarly, the students reported no
17
18 significant changes when assessing the patient's management of his or her own
19
20 illness process (Happell et al., 2011). By contrast, Hastings (2015) highlighted
21
22 that negative societal stereotypes and less-than-upbeat feelings towards people
23
24 suffering from a mental health problem remained steady, albeit with a partial
25
26 improvement upon completion of the placement (Hastings, 2015).
27
28

29
30 – **Studies assessing pre- and post-theory or clinical placement**
31

32
33 The studies focusing on insights into attitudes before commencement and after
34
35 completion of clinical placement highlighted a significant positive change in
36
37 attitudes and confidence towards people with a mental health problem (Happell,
38
39 2008a, 2008b), suggesting a reduction in stereotypical beliefs and anxiety
40
41 regarding contact with them (Happell, 2008b) as well as a prevalent
42
43 compassion, responsibility and willingness to help, and less fear, anger, and
44
45 segregation (Romem et al., 2008). Attitudes of acceptance, tolerance, and
46
47 social constraints improved, although there was no change in the perception of
48
49 incurability and unpredictability of people with mental health problems (Gil et al.,
50
51 2016). Two of the three cohort studies assessing pre- and post-theory change
52
53 in attitudes and stigma towards the mentally ill showed a steady improvement
54
55 (Byrne et al., 2014), less anxiety and a preparedness to deliver mental health
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

care (Happell et al., 2014). The third study, which analyzed this from the pre- and post-clinical placement perspective, highlighted positive change that remained steady three months after the completion of the placement (Moxham et al., 2016). Thus, these studies showed an improvement in attitudes and a reduction in stigma surrounding mental health in lived-experience learning.

For Review
Only

DISCUSSION

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The aim of this systematic review was to investigate the influence of theory and/or clinical placement on positive change in attitudes and stigma attitudes towards mental health in university nursing students undertaking a mental health-specific course.

According to the reviewed literature, no systematic review published in the last five years has analyzed exclusively the objective of the present study. Even so, some reviews have assessed stigmatizing attitudes towards mental health in nursing students and their relation with future professional nurses (Happell & Gaskin, 2013), and some have detected observed improvements in attitudes towards, and interventions in, mental health in clinical placements (Happell, B., 2015).

Given the dearth of literature, this current systematic review specifically studies the positive change of stigmatizing attitudes towards mental health.

Characteristics of the studies

The studies under analysis are characterized mostly for being quasi-experimental, which use different types of instruments, making it difficult to compare their results (Higgins JPT, 2011).

However, insofar as the objectives of this systematic review are concerned, the instruments analyze the characteristics under study herein, namely stereotypes, negative attitudes towards people with a mental health problem, the extent to which nurses feel prepared to manage this type of illness, and the positive change produced by learning in clinical placements in the field of mental health (Byrne et al., 2014; Gil et al., 2016; Happell, 2008b, 2008a, 2009, Happell et al., 2014, 2011; Happell & Platania-Phung, 2012; Hastings, 2015;

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Henderson et al., 2007; Roman et al., 2008). This is particularly borne out in attributes associated with authoritarianism, benevolence, ideology in mental health, social constraints, and interpersonal ideology (Gil et al., 2016) in addition to the extent to which people manifest a desire to distance themselves from people with a mental health problem (Moxham et al., 2016).

The results of some studies show less optimistic feelings (Hastings, 2015) and moderate positive change (Gil et al., 2016) in the attitudes under study.

The instruments most widely used in the selected papers were "The Psychiatric Mental Health Clinical Placement Survey for First Day of Placement" and "Psychiatric Mental Health Clinical Placement Survey for the Last Day of Placement", which point to an improvement after the clinical placement (Happell, 2008a, 2008b, 2009).

However, one of the studies shows less change in attitudes towards mental health, despite the use of the same instrument (Hastings, 2015). The way in which the study was explained verbally and the fewer participants included might have influenced the results. None of the studies describes the verbal explanation and data collection procedures. Happell's studies took place in Australia, while Hastings' was done in the United States. Hence, different sample locations could influence the type of response, suggesting that the results may not be generalizable and comparable.

The favorable assessment is borne out in the results concerning the improvement in the change of attitude in the sample corresponding to an intervention group. This highlights that a learning method favoring proximity between students and life experiences has more profound (Byrne et al., 2014) and lasting benefits in the months subsequent to the study (Moxham et al.,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

2016). This is also shown when theory is qualitatively analyzed (Yamauchi et al., 2011).

The two studies included in the systematic review that used the "Mental Consumer Participation Questionnaire" show consistent results in meeting the objective of the study, with positive change in attitudes towards mental health (Byrne et al., 2014; Happell et al., 2011). However, the different sample size of each study makes it difficult to compare between the two in terms of the precision of the result estimations. (García-García, Reding-Bernal, & López-Alvarenga, 2013).

Further, differences were observed between the size, age and gender of the sample across the studies. The wide variation in the number of participants in each study, from a small sample (Happell et al., 2011; Moxham et al., 2016) to a large one (Happell, 2008a, 2008b, 2009) suggests that a comparison between studies is scarcely representative or statistically significant. Particularly noteworthy in this context is the cohort group study in which the control group is made up of half the population, as compared with the experiential group (Happell et al., 2014). This should be taken into account when assessing its results and conclusions, which could affect the representativeness and practical significance in accepting the validity of the study hypothesis. Age and gender were consistent across all the studies, with the most prevalent age ranging from 18 to 29 years, and women forming the majority of the study population in most of the papers reviewed. This confirms that the age of most university students is within the most frequent age range in other university studies (OCDE, 2014), reflecting the historical trend of women making up the majority of nursing professionals (Arroyo, 2011).

1
2
3 None of the selected papers included contextual factors in the study samples,
4
5 such as whether the participants had had previous contact, either professionally
6
7 or personally, with any type of mental health problem, which may provide new
8
9 study perspectives in relation to these variables.
10
11
12
13
14

15 **Content analysis**

16
17 It should be noted that theoretical knowledge is relevant in driving change in the
18
19 general ~~manifestation~~ of stigma and negative stereotypical attitudes. A sounder
20
21 theoretical grounding makes students feel better informed and prepared to
22
23 develop it in their clinical placement, making them feel more knowledgeable
24
25 about mental health pathologies at the end of their mental health nursing course
26
27 (Happell, 2009; Hastings, 2015). Consequently, they express more positive
28
29 attitudes and beliefs towards mental illness (Happell, B., 2008), using language
30
31 that reflects more empathy, interest, and motivation for mental health care
32
33 (Yamauchi et al., 2011). However, this should not lead to theoretical idealisms,
34
35
36
37
38 which do not guide the student towards a realistic perspective of mental health
39
40 problems, and may result in outcomes where there is no evidence of differences
41
42 in changes in stigmatizing attitudes (Byrne et al., 2014; Happell et al., 2014).
43

44
45 The results obtained in this review appear to prompt the need to study curricular
46
47 planning in greater depth and, likewise, the availability and characteristics of
48
49 training places. This would allow researchers to assess whether specific clinical
50
51 training spaces share similarities and, if not, to identify those that offer better
52
53 learning perspectives, which would yield more insightful data and facilitate a
54
55 better ~~breakdown~~ of these differences. According to the studies analyzed in this
56
57 ~~review~~, the changes observed during clinical placement do not describe specific
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

characteristics of the clinical placement spaces, with the exception of the cohort studies, where it is mentioned that the intervention group was conducted in an innovative experiential space (Byrne et al., 2014; Happell et al., 2014; Moxham et al., 2016).

With a view to future research, it would be interesting to take into account a type of training based on the inclusion of learning methodologies in which people with mental health disorders actively participate in the training of students.

The effectiveness of training is further demonstrated when analyzing the relevance of the number of placement hours the students undertake, showing that more theory and clinical placement yields more positive results (Happell, 2009). Hence, the additional interest in analyzing more specifically the most relevant characteristics of university mental-health-specific curricula, both in subject matter and in placement hours.

Another interesting area for future research would be to consider experimental studies that use instruments to assess whether university nursing students experience a positive change in their stigmatizing attitudes toward mental health.

Similarly, trainers' own experience of mental health during their professional career path could provide insights into whether their teaching plans contain relevant characteristics for shaping a positive change in attitudes towards mental health.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Reliability and validity of the evaluation instruments

Only some of the studies included in this research ensured the reliability and validity of the evaluation instruments.

Regarding validity as a necessary characteristic for ensuring the correct measurement of what the construct is intended to measure (Hale, Ch.D., 2014),

seven papers confirmed the validity of the evaluation instruments through "expert groups" and a pilot test.

However, some of these studies provided no statistical data to support the validity test of the corresponding questionnaire, making it impossible to guarantee with objective data that these assessment instruments can extrapolate the interpretation of results to different samples or study populations.

Reliability, which is necessary to assess the degree of precision of the instrument through temporal stability and internal consistency (Plichta, S.B., 2013), showed Cronbach's α with variable values ranging from 0.9 fins to 0.5, depending on the instrument used. Four of the studies did not report reliability. Because such variability in reliability does not allow us to verify an acceptable consistency in all the instruments in our study, we are not able to confirm that all the instruments studied can guarantee the results obtained in their studies (George & Mallery, 2010; Prieto & Delgado, 2010).

The criteria for the assessment of stigma should be unified, so that for future research those instruments that have identified these characteristics could be used to confirm reliable and comparable results.

LIMITATIONS

1
2
3 The main limitation of this review was conditioned by the very context of a
4
5 systematic ~~review~~, in which the search result ends up limiting and excluding
6
7 papers that could provide relevant information and characteristics, but since
8
9 they do not meet all the inclusion criteria, their contents are not analyzed in
10
11 ~~depth~~. The results obtained show that the wide heterogeneity in the instruments
12
13
14 contrasted generated different variables that are not homogeneous among
15
16 them, leaving the results open to different interpretations. Thus, it was not
17
18 possible to perform a meta-analysis of the systematic review itself. Only leading
19
20 bibliographic search engines in the field of health were used, although others,
21
22 which might have yielded some new research, were omitted for reasons of the
23
24 exclusion criteria. In order to ensure high impact publication levels, the papers
25
26 included in the present review were in English.
27
28
29
30

31 CONCLUSIONS

32
33 According to the data collected, clinical placements, especially in field of mental
34
35 health, are essential for promoting positive changes in student nurses' attitudes
36
37 and stigma attitudes towards mental health.

38
39 These results suggest that, from an academic point of view, there is a need for
40
41 rigorous control-centered studies could enable the analysis of negative attitudes
42
43 toward people suffering from a mental health problem. Such studies should use
44
45 the same assessment instruments and similar population samples, evaluating
46
47 curricula that follow lines of comparable content, both in the theory and in the
48
49 learning ~~timeframe~~, as well as in the characteristics of the clinical placement,
50
51 including the location and time spent there. This would facilitate the generation
52
53 of contrastable and valid results that could determine whether change is long
54
55 lasting.
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Furthermore, it would also be interesting to consider a reorientation in curricula in which, beyond the specific subject of mental health, a global and holistic value could be afforded to this type of illness. Finally, given that all students taking health-related studies start with the same university education grounding, such as medicine, psychology, physiotherapy, among others, the indicators analyzed in this systematic review could be applied to studies in other health fields.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE

The scant research into mental health, both in the field of health care and in the academic sphere, would be relevant to introduce the knowledge intended for mental-health care delivery during university nursing education in an integrated and transversal manner, and thus orientate measures of prevention, care, and follow-up.

REFERENCES

Arroyo, A. et al. (2011). Nursing as Gender Identity. *Index de Enfermería*, 20(4),

1
2
3 248–251. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>

4
5
6 Byrne, L., Platania-Phung, C., Happell, B., Harris, S., Sci, D. H., Hith Nurs, M.
7
8 M., & Bradshaw, J. (2014). Changing Nursing Student Attitudes to Consumer
9
10 Participation in Mental Health Services: A Survey Study of Traditional and Lived
11
12 Experience-led Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 704–712.
13
14
15 <http://doi.org/10.3109/01612840.2014.888604>

16
17
18 Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė,
19
20 V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a
21
22 sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing*
23
24 *Studies*, 47(3), 350–62. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>

25
26
27
28 Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages,
29
30 disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue*
31
32 *Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–9.
33
34
35 <http://doi.org/10.1080/03017609808413404>

36
37
38 Dawood, E. (2012). Impact of Clinical Placement on Nursing Students' Attitudes
39
40 towards Psychiatry. *Journal of American Science*, 8(2), 627–632. Retrieved
41
42 from
43
44 https://www.researchgate.net/publication/262222712_Impact_of_Clinical_Placement_on_Nursing_Students'_Attitudes_towards_Psychiatry

45
46
47
48
49 Edward, K., Warelow, P., Hemingway, S., Hercelinskyj, G., Welch, A.,
50
51 McAndrew, S., & Stephenson, J. (2015). Motivations of nursing students
52
53 regarding their educational preparation for mental health nursing in Australia
54
55 and the United Kingdom: a survey evaluation. *BMC Nursing*, 14(1), 29.
56
57
58
59 <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0084-8>
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

European Social Network. (2011). Salud mental y bienestar en Europa. Un enfoque comunitario centrado en la persona. *European Social Network*.

Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lützén, K. (2012). Student nurses and the general population in Sweden: Trends in attitudes towards mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 9488(4), 1–7.

<http://doi.org/10.3109/08039488.2012.694145>

Fokuo, J. K., Goldrick, V., Rossetti, J., Wahlstrom, C., Kocurek, C., Larson, J., & Corrigan, P. (2016). Decreasing the Stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 1–9. <http://doi.org/10.1007/s10597-016-0016-4>

García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224. [http://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](http://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)

García, M. L., Arana, B., Cárdenas, L., & Monroy, A. (2009). Health care: paradigm of nurses in Mexico - rebuilding the road. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(2), 287–296.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update* (10th ed.). Boston: Allyn & Bacon, c2010.

Gil, I. M. de A., dos Santos, J. C. P., & Loureiro, L. M. de J. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais (Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders). *Revista Enfermagem*, 24(July), 1–8. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Hale, Ch.D., et al. (2014). *Measuring Learning and Performance: A Primer*. (F. Saint Leo University, Ed.) (3ed ed.). Retrieved from <http://charlesdennishale.org/Measuring-Learning-and-Performance/0-MLP-Title-Page-and-Table-of-Contents-3.0.pdf>

Halter, M. J. (2008). Perceived Characteristics of Psychiatric Nurses: Stigma by Association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20–28.

<http://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>

Hanafiah, A. N., & Van Bortel, T. (2015). A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 10. <http://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1>

Happell, B., et al. (2008). Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 1 – does more theory help? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 439–446.

<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01203.x>

Happell, B., et al. (2015). Clinical Placements in Mental Health: A Literature Review. *Journal Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), 44–51.

<http://doi.org/https://doi.org/10.3109/01612840.2014.915899>

Happell, B. (2008a). The importance of clinical experience for mental health nursing - Part 1: Undergraduate nursing students' attitudes, preparedness and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5), 328–332.

<http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00555.x>

Happell, B. (2008b). The importance of clinical experience for mental health nursing - Part 2: Relationships between undergraduate nursing students'

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

attitudes, preparedness, and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5), 333–340. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00556.x>

Happell, B. (2009). Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing: acknowledging the role of theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), 39–46. <http://doi.org/10.1080/01612840802557113>

Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J., & Davies, J. (2014). Lived-experience participation in nurse education: Reducing stigma and enhancing popularity. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 427–434. <http://doi.org/10.1111/inm.12077>

Happell, B., & Gaskin, C. J. (2013). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 148–158. <http://doi.org/10.1111/jocn.12022>

Happell, B., Moxham, L., & Platania-Phung, C. (2011). The impact of mental health nursing education on undergraduate nursing students' attitudes to consumer participation. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(2), 108–113. <http://doi.org/10.3109/01612840.2010.531519>

Happell, B., & Platania-Phung, C. (2012). Mental health placements in a general health setting: no substitute for the real thing! *Journal of Clinical Nursing*, 61(07), 2026–2033. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04016.x>

Hastings, T. (2015). *Nursing student attitudes toward mental illness: A quantitative quasi-experiential study*. University of Phoenix.

Henderson, S., Happell, B., & Martin, T. (2007). Impact of theory and clinical placement on undergraduate students? mental health nursing knowledge, skills,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

and attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 116–125.

<http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00454.x>

Higgins JPT, G. S. (Ed.). (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. Version 5.1.0 (The Cochra)*.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gatzsche, P. C., Ioannidis, J.

P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-34.

<http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>

Moxham, L., Taylor, E., Patterson, C., Perlman, D., Brighton, R., Sumska, S.,

... Heffernan, T. (2016). Can a clinical placement in fluence stigma? An

analysis of measures of social distance. *Nurse Education Today Journal*, 44,

170–174. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003>

Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2008). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression.

Schizophrenia Bulletin, 32(4), 709–714. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbj085>

OCDE. (2014). ¿A qué edad consiguen los estudiantes universitarios su

primera licenciatura? *Education Indicators In Focus*, 23, 1–4. Retrieved from

<https://www.mecd.gob.es/dctm/inee/indicator-in-focus/edif23-esp-2014->

<finalrevisado-v-corregido.pdf?documentId=0901e72b81b37015>

Plichta, S.B., et al. (2013). *MUNRO'S Statistical Methods for Health Care*

Research. (W. K. H. | L. W. & Wilkins. & Copyright, Eds.) (8th ed.). Retrieved

from

<http://ezproxy.ololcollege.edu:2048/login?url=https://search.ebscohost.com/logi>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

[o.aspx?direct=true&db=edshlc&AN=edshlc.013616985-6&site=eds-live](#)

Prieto, G., & Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles Del Psicólogo*, 31(1), 67–74. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>

Romero, P., Anson, O., Kanat-Maymon, Y., & Moisa, R. (2008). Reshaping students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. *The Journal of Nursing Education*, 47(9), 398–402. <http://doi.org/10.3928/01484834-20080901-01>

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–67. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>

Salazar, Á. M., & Martínez, C. (2009). Overview of some theories in which the nurse-patient interaction is the heart of care. *Avances En Enfermería*, pp. 107–115.

Serafini, G., Pompili, M., Haghghiati, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., ... GIRARDI, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 576–585. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01708.x>

Song, E. (2015). The Nursing Students' Experience of Psychiatric Practice in South Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 355–360. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.005>

Walsh, A. (2015). Are new mental nurses prepared for practice? *Mental Health*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Review Journal, 20(2), 119–130. <http://doi.org/10.1108/MHRJ-10-2014-0040>

World Health Organization. (2013). The European Mental Health Action Plan.

Regional Committee for Europe, WHO, (September), 18–19. Retrieved from

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Yamauchi, T., ~~Senba, T.~~, Sudo, A., Takahashi, N., Nakamura, H., ~~Yoshimura,~~

K., ... Takeshima, T. (2011). Effects of psychiatric training on nursing students'

attitudes towards people with mental illness in Japan. *International Journal of*

Social Psychiatry, 57(8), 574–579. <http://doi.org/10.1177/0020764010374419>

For Review
Only

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

• **FIGURES:**

Fig.1 Identification and selection of studies

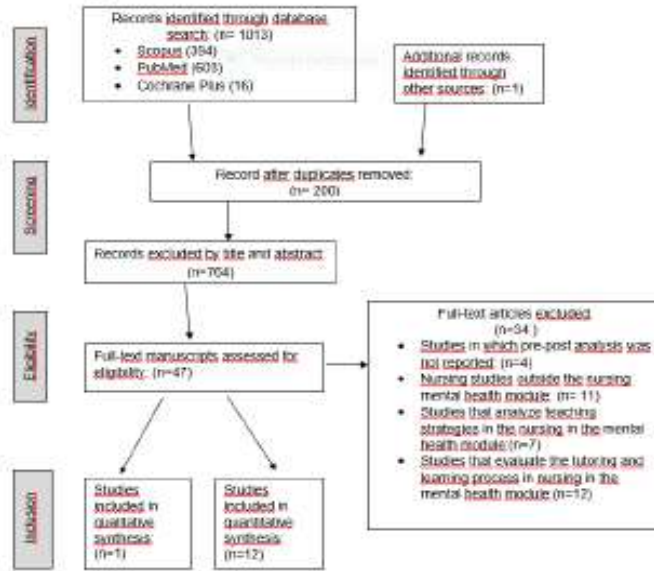


Figure 1

Table 1. PICO comprehensive review

Categories	Criteria
Population	Nursing students studying the theory and/or undertaking clinical placements in mental health.
Interventions	Quantitative and qualitative studies. Where the student is assessed before and after theoretical education and / or clinical placement.
Comparator	Use of assessment tools to analyze changes in attitudes and stigma towards people with mental illness.
Outcomes	Ascertain the perception of stigma and attitudes towards people with mental illness and whether any change in these perceptions is observed after the students' university training period in the field of mental health.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 2. Pre-theory Mental Health (MH) studies – Post-MH clinical practice

AUTHORS YEAR OF PUBLICATION	SAMPLE	STUDY DESIGN	INSTRUMENTS	MAIN OUTCOMES
(Henderson et al., 2007)	n pre=192 n 1st post=183 n 2nd post=149 Women (90.7%) Aged ≤20years (52.4%).	Quasi-experimental design Pre-post-post	The Nurses Self Report (NSR) questionnaire, modified from the instrument developed by Gillette et al. (1996). Reliability → Cronbach's α 0.8525 Validity → the modified version was piloted for two consecutive years before the study with 10 students who had just completed a clinical practice from a previous cohort.	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes + post-placement <p>The last post-placement assessment detected a greater ability to bring more skills, positive attitudes and knowledge to people with mental health problems</p>
(Hannell et al., 2011)	n= 88 Women n=64 (94.1%); Men n=4 (5.9%) Age: 18-29 yrs n=35 (51.5%)	Quasi-experimental design Pre-post-	Questionnaire after psychometric evaluation of the baseline data (Hannell, Moxham, & Platania-Phung, 2010), adapted from Consumer Participation Questionnaire (Hannell et al., 2002). Reliability → Cronbach's $\alpha \geq 0.7$ Validity → Not reported	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes + post-placement <p>Significant change was observed showing attitudes that are more favourable after clinical placement. No significant changes were observed when the patient was assessed in the management of his or her own illness process.</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
..

<p>(Hastings, 2015)</p>	<p>n= 310 Women (87.1%) Men (12.9%) No data on age</p>	<p>Quasi-experimental design Pre-post-</p>	<p>The Psychiatric Mental Health Clinical Placement Survey for First Day of Placement; and the Psychiatric Mental Health Clinical Placement Survey for the Last Day of Placement (Happell, 2008c; Wynaden et al., 2000)</p> <p>Reliability → Cronbach's α from 0.5 to 0.92 for questionnaire subscales (modest-impressive internal reliability)</p> <p>Validity → The creation and testing of the tool took place at the Nursing college of Curtin University of Technology through an "experts' opinion" and a pilot test group to test validity.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes/ Stigma – pre- post-, with some improvement after placement. <p>Students expressed less optimistic feelings, highlighting negative attitudes and limited knowledge about mental illness; although a slight significant improvement was observed after the period of university mental health training.</p>
-------------------------	--	--	--	--

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

<p>(Hannell & Platania-Phung, 2012)</p>	<p>n pre=150 n pre-post=86</p> <p>Pre: Women (94.2%) Men (4.5%)</p> <p>Post: Women(93.9%) Men (8.1%)</p> <p>Age: 18-29 yrs (Pre: 47.7%; post: 51.5%)</p>	<p>Quasi-experimental design Pre-post-placement</p>	<p>The Clinical Placement Survey (pre-placement and Post-placement) is adapted from Wynaden et al (2000).</p> <p>Reliability → Not reported Validity → Not reported</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes + post placement <p>In the post-placement assessment, the responses that reflect a positive attitude, the ability to respond to behaviours, and increased security and self-confidence when caring for people with a mental problem. The attitudes related to the confidence in the interaction with people diagnosed with a mental illness maintained an invariable value. An improvement in the understanding of the functions of mental health nursing was observed in mental mentality was observed.</p>
<p>(Yamauchi et al., 2011)</p>	<p>n= 76</p> <p>Women: n=72 Men: n=4</p> <p>Mean age: 20.97 (SD = 2.84)</p>	<p>Qualitative Exploratory, descriptive Pre-theory and post-placement.</p>	<p>To consider the number of significance tests conducted, analysis of thematic contents of Fisher exact tests was performed separately with Bonferroni's adjustment for each test. Significance level of $p < 0.005$.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes + post placement <p>The frequencies of words/phrases expressing negative attitudes were higher in the first assessment prior to theoretical education, while words/phrases with more positive or neutral nuances were higher after completion of clinical practice, expressing less apprehension.</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

For Review
Only

Table 3. Pre-Post-MH theory or Pre- Post- MH Clinical Practice

AUTHORS YEAR OF PUBLICATION	SAMPLE	STUDY DESING	INSTRUMENTS	MAIN OUTCOMES
(Hannell et al., 2014)	Cohort 1 n= 70 Cohort 2 n= 130 Women: Cohort 1 (91.4%) Cohort 2 (95.4%) Age: 18-29 yrs Cohort 1(32.9%) Cohort 2(44.3%)	Cohorts Pre-Post- MH Theoretical studies Cohort 1= traditional course Cohort 2= lived-experience course in mental health	Self-report questionnaire designed specifically for this study. Reliability → Estimated according to each scale: from 0.58 to 0.92 Validity → Not reported	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes + post-placement <p>The lived-experience course showed statistically significant positive changes in the reduction of negative stereotypes, which were not observed in the traditional course, although the relevance of the knowledge of, and attitudes towards, mental health nursing was highlighted in both cohorts.</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
..

<p>(Byrne et al., 2014)</p>	<p>Cohort 1: Pre: n=113 Post: n=61</p> <p>Cohort2: Pre: n=174 Post: n=110</p> <p>Women: Cohort1: 91.8% Cohort2: 96.4%</p> <p>Age: Cohort1= 18-29 yrs (25%) Cohort2= 18-29 yrs (47.8%)</p>	<p>Cohorts Pre-Post- MH Theoretical studies</p> <p>Cohort 1= traditional course Cohort 2= lived-experience course in mental health</p>	<p>Mental Health Consumer Participation Questionnaire Happell, Moxham, & Platania- Phung, 2010, 2011; Happell et al., 2002)</p> <p>Reliability → Not reported Validity → Not reported</p>	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes + post-placement <p>Both cohort groups showed similar results in improved positive attitude.</p> <p>Cohort 1: A tendency to improve interest in, skills of, and positive attitudes towards, in people with mental health problems</p> <p>Cohort 2: A tendency towards positive attitudes to people with mental health problems, highlighting interest, but not the skills of mental health consumers.</p>
-----------------------------	---	--	---	---

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
..

<p>(Happell, 2009)</p>	<p>Pre-placement: n=784 Post-placement: n=887</p> <p>No epidemiological data</p>	<p>Quasi-Experimental pre-post-placement</p>	<p>Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for First Day of Placement (pre-placement) and the Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for Last Day of Placement (post-placement).</p> <p>The questionnaire was found to be valid and reliable on the basis of the pilot study and subsequent analysis of the psychometric properties (Hayman-White & Happell, 2005)</p> <p>Reliability → Cronbach's α from 0.5 to 0.92 for questionnaire</p> <p>Validity → The development and testing of the tool took place at the Nursing college of Curtin University of Technology through an "experts' opinion" and a pilot test group to test</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes + post-placement <p>Differing amounts of theoretical preparation were shown to be related to differences in students' attitudes and opinions, especially in their sense of feeling prepared for the placement.</p> <p>Pre: Studies undertaken in different universities showed significant differences in the following subscales: preparedness for the field of mental health; responsibility for mental illness; stereotyped view and valuable contribution to mental health nursing.</p> <p>Post: The effects of university studies remained influential, highlighting preparedness for the mental health field; responsibility for mental illness; stereotyped beliefs; valuable input and positive clinical experiences.</p>
------------------------	--	--	--	---

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
..

<p>(Happell 2008a)</p>	<p>Pre-placement n=784 Post-placement n=887</p> <p>Women (87%)</p> <p>No data on age</p>	<p>Quasi-Experimental pre-post-placement</p>	<p>Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for First Day of Placement (preplacement) and the Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for Last Day of Placement (post-placement).</p> <p>The questionnaire has subsequently been found to be valid and reliable with acceptable psychometric properties (Hayman-White & Happell 2005).</p> <p>Reliability → Cronbach's α from 0.5 to 0.92 for questionnaire subscales (modest-impressive internal reliability)</p> <p>Validity → The development and testing of the tool took place at the Nursing college of Curtin University of Technology through an "experts' opinion" and a pilot test group to test</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes + post-placement <p>A significant positive change in attitudes, preparedness and confidence was demonstrated, with caregivers feeling less apprehensive towards people with mental health problems after completing their clinical practice placement, and a positive appraisal of the mental health nursing profession.</p> <p>The participants did not clearly identify whether the theoretical education had prepared them for the experience.</p>
------------------------	--	--	---	---

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

<p>(Happell, 2008b)</p>	<p>Pre-placement n=784 Post-placement n=887</p> <p>Women (87%)</p> <p>No data on age</p>	<p>Quasi-Experimental pre-post-placement</p>	<p>Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for First Day of Placement (preplacement) and the Psychiatric/Mental Health Clinical Placement Survey for Last Day of Placement (post-placement).</p> <p>The questionnaire has subsequently been found to be valid and reliable with acceptable psychometric properties (Hayman-White & Happell, 2005).</p> <p>Reliability → Cronbach's α from 0.5 to 0.92 for questionnaire subscales</p> <p>The creation and testing of the tool took place at the Nursing college of Curtin University of Technology through an "experts' opinion" and a pilot test group to test validity.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes + post-placement <p>Before and after clinical practice, the aspect of feeling more prepared improves, with less anxiety, less stereotyped beliefs and more knowledge about mental illness (the last two characteristics see no significant changes).</p> <p>Mental health nursing education is a tool that influences nursing students' attitudes in preparation for practice in the field of mental health care.</p>
-------------------------	--	--	---	---

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

<p>(Romero et al., 2008)</p>	<p>n=128 Women: n=118 No data on age</p>	<p>Quasi-Experimental pre- post- placement</p>	<p>The Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) was adapted from Corrigan (2004) ANOVA analysis of variance to examine attitude changes Reliability → Cronbach's α from 0.55 to 0.87 for the questionnaire subscales Validity → Not reported</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes / Stigma + post placement <p>Expression of compassion for, and less fear of, people with mental health problems, and less need to segregate them from the community. Students also became aware of patients' own responsibilities, and the students' emotional responses as a process of the illness that needs to be managed and treated.</p>
<p>(Gil et al., 2016)</p>	<p>Pre-placement: n=140 Post-placement: n=88 No data on age and gender</p>	<p>Quasi-Experimental Pre- post- placement</p>	<p>Opinions on Mental Illness (OMIS). Inventory of Beliefs about Mental Illness (ICDM) Reliability and validated → no reported data for the Portuguese population,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes / Stigma - post- placement, although with a moderate change. <p>A moderate change was observed in attitudes that valued the acceptance, tolerance and social restrictions regarding people with mental health problems. But the view of incurability and unpredictability remained unchanged.</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

<p>(Moxham et al., 2016)</p>	<p>Group1 (intervention): n=40 Women: n=36 Men: n=4</p> <p>Group 2 (comparison): n=39 Women: n=32 Men: n=7</p>	<p>Cohorts Non-random Pre- post-placement, and post-three months (3months follow-up)</p> <p>Group 1 Recovery Camp (intervention)</p> <p>Group 2 typical mental health clinical placement (comparison group)</p>	<p>Social Distance Scale (SDS) (Link et al., 1987)</p> <p>Reliability → excellent internal consistency (r = 0.75 a 0.90+)</p> <p>Validity → acceptable.</p> <p>Data was analyzed using analysis of repeated variation of unidirectional measures (ANOVA) exploring parametric estimates between group scores at three time points.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes / Stigma + post-placement <p>There was a statistically significant difference in stigma ratings between the intervention group and the comparison group. Parameter estimates revealed that stigma ratings for the intervention group dropped significantly after placement and remained consistently low at the three-month follow-up. No significant differences were observed in the stigma ratings of the comparison group over time.</p>
------------------------------	--	---	--	--

13.2. Article estudi observacional descriptiu

Títol: Attitudes of nursing students towards mental health and the influence of social desirability: a cross-sectional study

Autors (segons ordre publicació):

Rosa Giralt Palou, Gemma Prat Vigué, Maria Romeu-Labayen, Glòria Tort-Nasarre

Revista: The Journal of Mental Health Training, Education and Practice

Any: 2021 -en revisió

Tipus: Research Paper - Cross-sectional study

DOI: Manuscript ID JMHTeP-12-2020-0089.R2

ISSN: 1755-6228

Base de dades d'indexació: Journal Citation Reports-JCR

Quartil i Àrea: Q4- Psychiatry

Impact Factor: 0.614 (2020)



Attitudes of nursing students towards mental health and the influence of social desirability: a cross-sectional study

Journal:	<i>Journal of Mental Health Training, Education and Practice</i>
Manuscript ID:	JMHTEP-12-2020-0089.R2
Manuscript Type:	Research Paper
Keywords:	attitudes, higher education, mental health, nursing students, social desirability

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table I. Baseline characteristics

Characteristic	n=162
Age	23.0 (SD 5.9)
Gender	
Female	122 (75.3)
Male	40 (24.7)
Contact with people who have or had a mental disorder	
No	55 (34.0)
Yes	107 (66.0)
Has or had had a mental disorder	
No	148 (91.4)
Yes	14 (8.6)
Previous professional experience	
No	144 (88.9)
Yes	18 (11.1)
Previous training experience	
No	145 (89.5)
Yes	17 (10.5)

Data presented as: mean (SD); n (%)

Table II. Global scales results

Scale	Mean	SD	Min	Max	Cronbach's alpha
CAMI					0.870
Authoritarianism	22.8	3.7	14	34	0.439
Benevolence	40.8	3.8	29	49	0.672
Social Restrictiveness	19.7	4.1	10	31	0.632
CMHI	38.5	5.2	21	50	0.836
MICA	40.6	7.7	25	62	0.617
EMAEMFTS	52.3	10.4	21	79	0.859
RIBS	14.7	3.7	3	20	0.700
SDS	15.4	5.1	2	28	0.773

CAMI: Community Attitudes Toward the Mentally; MICA: Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale; EMAEMFTS: Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud; RIBS: Reported and Intended Behaviour Scale; SDS: Social Desirability Scale

Table III. Mean scales for sociodemographic characteristics. Simple and multiple linear regression analysis

		Mean	SD	Simple linear regression			Multiple linear regression (adjusted by SDS)		
				β	IC (β)	p value	β	IC (β)	p value
CAMI Authoritarianism									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	23.4	3.9	Ref.			Ref.		
	Yes	22.5	3.6	-0.80	-2.01 to 0.40	0.190	-0.82	-2.06 to 0.43	0.197
Has or had had a mental disorder	No	23.1	3.6	Ref.			Ref.		
	Yes	20.2	3.2	-2.85	-4.84 to -0.85	0.005	-2.93	-4.98 to -0.89	0.005
Previous professional experience	No	22.9	3.7	Ref.			Ref.		
	Yes	21.8	3.6	-1.17	-2.99 to 0.65	0.207	-1.17	-3.00 to 0.65	0.207
Previous training experience	No	22.9	3.8	Ref.			Ref.		
	Yes	22.1	2.8	-0.78	-2.65 to 1.09	0.412	-0.79	-2.66 to 1.09	0.409
CAMI Benevolence									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	40.2	3.6	Ref.			Ref.		
	Yes	41.1	3.9	0.91	-0.34 to 2.16	0.151	1.10	-0.18 to 2.39	0.091
Has or had had a mental disorder	No	40.7	3.8	Ref.			Ref.		
	Yes	41.9	4.3	1.21	-0.90 to 3.32	0.258	1.49	-0.67 to 3.65	0.176
Previous professional experience	No	40.7	3.9	Ref.			Ref.		
	Yes	42.2	3.3	1.51	-0.37 to 3.39	0.114	1.50	-0.38 to 3.38	0.118
Previous training experience	No	40.7	3.8	Ref.			Ref.		
	Yes	42.1	3.8	1.45	-0.48 to 3.38	0.140	1.42	-0.51 to 3.35	0.148
CAMI Social Restrictiveness									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	20.7	4.2	Ref.			Ref.		
	Yes	19.3	4.0	-1.43	-2.76 to -0.10	0.036	-1.67	-3.04 to -0.31	0.017
Has or had had a mental disorder	No	19.9	4.1	Ref.			Ref.		
	Yes	17.9	3.3	-1.99	-4.25 to 0.26	0.083	-2.34	-4.64 to -0.04	0.047
Previous professional experience	No	20.0	4.0	Ref.			Ref.		
	Yes	17.9	4.8	-2.03	-4.04 to -0.02	0.048	-2.01	-4.02 to 0.003	0.050
Previous training experience	No	19.9	4.0	Ref.			Ref.		
	Yes	18.8	4.9	-1.10	-3.18 to 0.98	0.299	-1.06	-3.15 to 1.02	0.314
CAMI CMHI									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	37.6	5.1	Ref.			Ref.		
	Yes	38.9	5.3	1.28	-0.43 to 2.99	0.141	1.58	-0.17 to 3.33	0.077
Has or had had a mental disorder	No	38.3	5.1	Ref.			Ref.		
	Yes	40.1	6.6	1.74	-1.14 to 4.63	0.235	2.18	-0.77 to 5.12	0.147
Previous professional experience	No	38.3	5.1	Ref.			Ref.		
	Yes	40.0	6.4	1.71	-0.87 to 4.29	0.192	1.68	-0.90 to 4.26	0.199
Previous training experience	No	38.3	5.2	Ref.			Ref.		
	Yes	39.7	5.5	1.30	-1.35 to 3.95	0.333	1.26	-1.39 to 3.91	0.351
MICA									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	40.4	7.9	Ref.			Ref.		
	Yes	40.6	7.6	0.21	-2.32 to 2.74	0.871	-0.28	-2.87 to 2.31	0.831
Has or had had a mental disorder	No	40.5	7.5	Ref.			Ref.		
	Yes	40.7	9.6	0.17	-4.09 to 4.43	0.936	-0.59	-4.94 to 3.75	0.788
Previous professional experience	No	40.8	7.3	Ref.			Ref.		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

	Yes	39.0	10.2	-1.75	-5.55 to 2.05	0.364	-1.69	-5.47 to 2.09	0.379
Previous training experience	No	40.7	7.6	Ref.			Ref.		
	Yes	39.1	8.2	-1.67	-5.57 to 2.23	0.398	-1.57	-5.45 to 2.31	0.426
EMAEMFTS									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	50.5	10.1	Ref.			Ref.		
	Yes	53.2	10.5	2.72	-0.67 to 6.12	0.115	3.41	-0.07 to 6.88	0.054
Has or had had a mental disorder	No	51.8	9.8	Ref.			Ref.		
	Yes	57.5	15.0	5.70	0.003 to 11.40	0.050	6.80	1.00 to 12.61	0.022
Previous professional experience	No	51.9	10.4	Ref.			Ref.		
	Yes	55.7	10.4	3.80	-1.33 to 8.92	0.145	3.74	-1.38 to 8.85	0.151
Previous training experience	No	52.2	10.6	Ref.			Ref.		
	Yes	53.3	8.6	1.12	-4.16 to 6.41	0.676	1.01	-4.27 to 6.29	0.706
RIBS									
Contact with people who have or had a mental disorder	No	14.0	3.5	Ref.			Ref.		
	Yes	15.1	3.7	1.04	-0.15 to 2.23	0.087	1.35	0.14 to 2.56	0.029
Has or had had a mental disorder	No	14.5	3.6	Ref.			Ref.		
	Yes	17.0	3.2	2.51	0.52 to 4.50	0.014	3.03	1.02 to 5.04	0.003
Previous professional experience	No	14.6	3.6	Ref.			Ref.		
	Yes	15.5	4.5	0.90	-0.91 to 2.70	0.329	0.87	-0.93 to 2.66	0.343
Previous training experience	No	14.7	3.5	Ref.			Ref.		
	Yes	14.4	5.1	-0.39	-2.25 to 1.47	0.677	-0.45	-2.29 to 1.40	0.634

CAMI: Community Attitudes Toward the Mentally; MICA: Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale; EMAEMFTS: Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud; RIBS: Reported and Intended Behaviour Scale; SDS: Social Desirability Scale
 *Data presented as: n(%), mean (SD)
 *p≤0.05

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1. INTRODUCTION

The World Health Organization's Europe Mental Health Action Plan (World Health Organization, 2013) draws attention to the impact of stereotypes and negative attitudes toward mental health in today's societies. This social and public stigma generates discriminatory behaviors toward people with mental health problems (MHP) (Corrigan and Bink, 2015). Mental health care professionals are not immune to displaying these stigmatizing attitudes (Lauber *et al.*, 2006; Ross and Goldner, 2009). Although the care provided by expert professionals improves health prognosis (Kakuma *et al.*, 2011), some people with MHP have implicated health staff in the stigma process (Arboleda-Flórez and Stuart, 2012). One way in which these stigmatizing attitudes are acquired is through so-called stigma by association. **Stigma by association generates a diffusion of the stigmatising process resulting from having direct and close contact with persons with MHP** (Flaskerud, 2018). This acquisition of negative attitudes may lead caregivers to treat people with MHP in discriminatory and harmful ways (Clement *et al.*, 2015), and attitudes of this kind have recently been reported in the nursing profession (Flaskerud, 2018) and in nursing students (Hastings, 2015; Magliano *et al.*, 2016). At the beginning of their mental health training, mental health nursing students report a lack of knowledge of mental illness, a feeling of inexperience, and little or no prior contact with people with MHP (Happell, B. *et al.*, 2015; Flaskerud, 2018). They are also influenced by social prejudices and negative stereotypes (Happell and Gaskin, 2013; Hastings, 2015), and the care practices they acquire may be marked by distancing (Singh *et al.*, 2016). As for their perceptions of the profession, student nurses may regard mental health nurses as neurotic and

1
2
3 ineffective (Sercu *et al.*, 2015) and unskilled in the use of technology – a state
4
5 they may associate with a lack of expertise (Kane, 2015).
6

7
8 The integration of the specific nursing knowledge and skills established by the
9
10 European Higher Education Area (EHEA) can exert a positive influence on
11
12 these stigmatizing attitudes toward mental health. This is how Burjalés Martí *et*
13
14 *al.*, (2005), puts it when evidence-based learning can help students to acquire
15
16 the skills needed for their effective professional development. It is also
17
18 evidenced in this way when theory classes and clinical placements are key to
19
20 fostering change in the mental health nursing paradigm (Hastings *et al.*, 2017).
21
22

23
24 Upon completion of their specific training in mental health, students tend to
25
26 show better acceptance (Happell and Gough, 2009), that is, more positive
27
28 attitudes toward mental illness, characterized by compassion, responsibility and
29
30 willingness to help (Romem *et al.*, 2008). Stereotyped and stigmatizing beliefs
31
32 also diminish (Happell, 2008a, 2008b, Yamauchi *et al.*, 2011); students also
33
34 express a general perception of feeling prepared for therapeutic care in mental
35
36 health (Happell *et al.*, 2014; Giralt Palou *et al.*, 2019), and a greater interest in
37
38 working as mental health nurses after graduation (Foster *et al.*, 2019; Happell,
39
40 B. *et al.*, 2015).
41
42

43
44 Nevertheless, the evidence from several studies of nursing students in Portugal
45
46 (Gil *et al.*, 2016), the US (Hastings, 2015), Australia (Happell and Gaskin, 2013;
47
48 Moxham *et al.*, 2016), and Singapore (Lim *et al.*, 2020) suggest that they
49
50 remain reluctant to devote themselves to this specialty. This may be caused by
51
52 highlighting the degree of chronicity (Lim *et al.*, 2020; Magliano *et al.*, 2016) and
53
54 unpredictability (Schenner *et al.*, 2011) that can manifest itself.
55
56

57
58 Sociodemographic factors such as level of schooling (Von Dem Knesebeck *et*
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

et al., 2013), socioeconomic status (Lynch *et al.*, 2000), and ethnicity (Schafer *et al.*, 2011) may also exert an influence.

A key concept in the analysis of an area such as mental health, and which has not been assessed to date in studies carried out in nursing students, is social desirability. Social desirability is defined as a predisposition to respond in a manner that will be viewed favorably by others (Perinelli and Gremigni, 2016). Furthermore Paulhus, (2002) and Paulhus & John, (1998) incorporate within this concept the consideration of self-perception of one's own personal qualities, including, among others, traits such as goodness, dominance and kindness. Both reasons and according to Tourangeau and Yan (2007), this tendency can generate biased responses, as people prefer to avoid expressing socially unacceptable views and adopt outwardly positive attitudes and behaviors. In the context that concerns us here, nurses (Roustaei *et al.*, 2015), and other health care collectives (Kopera *et al.*, 2015) may modify their responses and behaviors so as not to project a socially discordant image.

The present study aims to identify the attitudes and intentions of behavior toward people with MHP in a sample of university nursing students initiating their training in mental health. The results may help the design of training strategies of excellence in the university context, that integrate clinical knowledge and skills and promote values aimed at reducing stigmatizing attitudes in this group, and thus enhance the attention provided by these future caregivers.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

2. METHODS

2.1 Study design, population and setting

A descriptive, observational and cross-sectional study.

The study sample comprised 162 students studying for undergraduate nursing degrees out of an original group of 180 students, third and fourth year nursing students, a enrolled in the compulsory university training specific to mental health from two universities in Catalonia.

This article is part of a broader longitudinal study that assesses the stigma, attitudes, and intentions of future behavior toward people with MHP in this student nurse sample.

The inclusion criteria were: studying a nursing degree at one of the universities involved, and being enrolled on the mental health nursing course. Students who did not attend the session explaining the nature and aims of the research were excluded, as were those who did not provide informed consent or did not complete the questionnaires. The data were recorded in September 2016, prior to the start of their mental health training.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

2.2 Instruments

The questionnaire recorded socio-demographic data, including age, sex, have or have had MHP, direct contact (present or past) with people with direct experience MHP, and previous professional experience and/or training in mental health. It also included scales measuring attitudes, stigma, expected behavior, and social desirability in relation to mental health.

2.2.1 Measures

2.2.1.1 Community Attitudes toward Mental Illness (CAMI)

This scale measures society's attitudes toward people with MHP living in the community. It consists of 40 items with five possible answers on a Likert scale, scored on values ranging from 1 = strong disagreement to 5 = strong agreement. The items are distributed in four factors: Authoritarianism, Benevolence, Restrictiveness, and Community Mental Health Ideology (CMHI). Authoritarianism assesses whether respondents consider people with MHP to be a socially inferior class. Benevolence involves the humanistic values in the care of people with MHP, but which may exhibit a paternalistic and overprotective attitude. Social restrictiveness focuses on social attitudes toward the segregation of people with MHP. CMHI assesses attitudes regarding the integration of people with MHP into the community.

The final scores for each factor range from 10 to 50 points, with higher scores indicate greater agreement with the concept being valued.

The scale has good psychometric properties. In its original version its internal consistency was α 0.68, α 0.76, α 0.80 and α 0.88 in Authoritarianism,

1
2
3 Benevolence, Restrictiveness and CMHI respectively. The validity of the scale
4
5 was also favorable (Taylor and Dear, 1981).
6
7

8 9 2.2.1.2 *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA)*

10 The MICA assesses attitudes toward mental health issues. Version 4 is specific
11
12 to students and health professionals. It is scored on a Likert-type scale
13
14 consisting of 16 items with six answer options, in which a value of 1 indicates
15
16 strong agreement and 6 strong disagreement. Overall scores range from a
17
18 minimum of 16 to a maximum of 96. Higher scores indicate more stigmatizing
19
20 and negative attitudes toward mental illness. The original scale had acceptable
21
22 reliability ($\alpha \geq 0.7$). The validity indicated a moderate correlation with the items
23
24 (Gabbidon *et al.*, 2013).
25
26
27

28 29 2.2.1.3 *A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health* 30 31 *workers. The Spanish Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos* 32 33 *Mentales en Futuros Técnicos de Salud (EMAEMFTS)* 34 35

36 This scale measures attitudes toward people with MHP among university
37
38 students studying different health degrees. The scale uses a 20-item Likert-type
39
40 scale, with five response options ranging from 0, "strong agreement" to 4,
41
42 "strong disagreement". The overall score ranges from 0 to 80, with higher
43
44 scores indicating more positive attitudes toward mental health. The scale's
45
46 reliability is $\alpha 0.87$, and its validity is high (Rios, 1988).
47
48
49

50 51 2.2.1.4 *The Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)*

52 This scale assesses the presence of reported and intended behaviors in the
53
54 general population in different contexts: being with, working with, living close to,
55
56 and having a relationship with a person with MHP. It is scored on a 5-point
57
58 Likert scale, with five answer options ranging from 1 = strong disagreement and
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

5 = strong agreement. The overall score ranges from 0 to 20, with higher scores indicating more favorable expected behavior. As regards its psychometric properties, it has a reliability of α 0.75, and high validity (Evans-Lacko *et al.*, 2011).

2.2.1.5 Social Desirability Scale (SDS)

This scale explores the tendency in respondents to modify their answers in order to present themselves in a favorable light, based on convenience and conformity with social norms to a common group, unanalysed specifically in relation to mental health. This scale consists of 33 items, with two answer options (true and false). The overall score ranges from 0 to 33, with higher scores indicating higher social desirability. As regards its psychometric properties the original scale had a reliability of 0.70-0.85 (Crowne and Marlowe, 1960; Ferrando and Chico, 2000).

2.3 Procedure

The questionnaires were given individually to each student, after an explanation of the purpose of the study. Students were also informed that participation was voluntary and anonymous and would not influence academic outcomes in any way.

2.4 Ethical considerations

The study was approved by the Ethics and Research Committee of the universities (file n° 07/2016). In addition, prior to the start of the study, an information session was held in which the study was explained verbally to all those attending. Care was taken to ensure that the information transmitted to students did not generate stigmatizing tendencies or tendencies of social convenience.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Participants were requested to give written consent immediately prior to the administration of the instruments. Confidentiality and anonymity were guaranteed.

2.5 Statistical analysis

Continuous variables are expressed as mean and standard deviation (SD). Categorical data are expressed as numbers and percentages. Simple linear regression was conducted to investigate the association between factors and the questionnaires. In addition, a multiple linear regression was performed adjusting only for the Social Desirability Scale (SDS) scores, estimating the regression coefficients and their 95% confidence intervals and the p value for each regression. A two-sided type I error of 5% was considered statistically significant. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows version 25 (IBM Corp, Armonk, New York, USA) and R version 3.3.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

3. RESULTS

3.1 Demographic data

Of a total of 180 students, 162 students were included, 90% of the original study population. Mean age was 23 years (± 5.9) and 75.3% were women.

The majority (66.0%) knew someone close who presented or had presented MHP, while only 8.6% had or had presented MHP themselves. In turn, 11.1% of the sample had previous professional experience in mental health, and 10.5% had previous training experience in the area (Table I).

Table II describes the mean scores, standard deviation, and internal consistency of each instrument used.

3.2 Associations between variables

Each sociodemographic variable was associated with each of the scales, unadjusted and adjusted for the SDS score (Table III). No significant differences in age, sex, or previous training experience were detected in any of the questionnaires.

The variable "Contact with people who have or had a mental disorder" was significantly associated with Social Restrictiveness ($p = 0.036$), and the association was maintained after adjusting for SDS ($p = 0.017$). It was also associated with the RIBS score after adjusting for SDS ($p = 0.029$).

The variable "Has or had had a mental disorder" was significantly associated with Authoritarianism ($p = 0.005$), with the Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers ($p = 0.050$), and with the RIBS score ($p = 0.014$); these associations were maintained after adjusting for the SDS score ($p = 0.005$), ($p = 0.022$), ($p = 0.003$) respectively. It was also associated with Social Restrictiveness after adjusting for SDS. The variable "Previous

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

professional experience” was significantly associated with Social Restrictiveness ($p = 0.048$), and the association was maintained after adjusting for SDS ($p = 0.050$).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

4. DISCUSSION

This study presents new insights into expected attitudes and behavior toward people with MHP among nursing students undergoing training in mental health. In terms of overall scores, the respondents show a favourable trend towards positive attitudes, and reflect appropriate intentional behavior toward mental health on the different tests administered. These results are consistent with those of other studies in health care populations (Li *et al.*, 2014; Martesson G. and Jacobsson JW, 2014; Hernandez Arroyo *et al.*, 2015) and in the general population (Aznar-Lou *et al.*, 2016; Rubio-Valera *et al.*, 2016). The level of stigma obtained is similar to that recorded in other mental health education plans and scales analyzed (Happell and Gaskin, 2013; Giralt Palou *et al.*, 2019). These results suggest that nursing students, who are motivated and in general well disposed toward health care, develop positive attitudes and beliefs toward MHP (Bocking *et al.*, 2019; Rodríguez-Almagro *et al.*, 2019). However, with respect to the variables associated with stigma, nursing students who had no prior personal or professional contact with mental health show a tendency to distance themselves from and underestimate, regardless of social desirability. Pranckeviciene *et al.*, (2018) reported similar findings and attributed them to a certain distancing toward mental health among students with no prior contact with mental illness and with fewer mental health-related studies. In our study, respondents without a present or past history of MHP present associations with Social Restrictiveness, after adjustment for social desirability. This may mean that the lack of personal lived experience may be a factor that may be a constraint to expanding interest in learning and knowledge in mental health care. Roustaei *et al.*, (2015) concluded that the responses of nurses who

1
2
3 reported no history of MHP revealed the strongest social desirability bias; these
4
5 responses reflect a tendency to seek social approval in a specific situation
6
7 (Nederhof, 1985; Norman *et al.*, 2008). In our study, however, a current or past
8
9 history of MHP is associated with attitudes of acceptance and rapprochement,
10
11 and independent of the adjustment by social desirability. One possible
12
13 explanation for this result is that direct contact with people with MHP is a
14
15 significant factor in improving negative attitudes (Schafer *et al.*, 2011; Happell *et*
16
17 *al.*, 2014). Also, according to Arboleda-Flórez and Stuart (2012), training plans
18
19 based on direct contact with processes of mental health reduce their
20
21 stigmatizing attitudes.
22
23

24
25
26 The expected behaviours analysed from the contexts of being, working, being a
27
28 neighbour and having a relationship with a person with a MHP are associated
29
30 with a current or past history of MHP, and are not affected by social desirability.
31
32

33 However, social desirability does affect the association between the intended
34
35 behaviors and the variable "Contact with people who have o had a mental
36
37 disorder". Previous studies have suggested the presence of this bias in cases of
38
39 proximity to someone with MHP (Nederhof, 1985; Paulhus and Trapnell, 2008)
40
41 – possibly due to stigma by association (Lauber *et al.*, 2006; Schulze, 2007).
42
43

44 The findings show that in order to reduce stigma, it is necessary to emphasize
45
46 the importance of understanding mental health and to stress proximity and
47
48 authenticity. Nurses who are experts in mental health have been found to
49
50 exhibit less stigmatizing attitudes (Martesson G. and Jacobsson JW, 2014; Sun
51
52 *et al.*, 2014). This is also the case of nursing students, in whom the expected
53
54 behavior is more favorable at the end of mental health studies (Sayols-
55
56 Villanueva *et al.*, 2015). When the teaching syllabus reinforces the integration
57
58
59
60

1
2
3 of theoretical learning and clinical placements, the response to stigma improves
4
5 (Hastings *et al.*, 2017).
6

7
8 In this study there were no associations with age, sex, and previous mental
9
10 health training. Some studies corroborate these results (Çingöl *et al.*, 2019;
11
12 Thongpriwan *et al.*, 2015), but not all: for Aznar-Lou *et al.*, (2016), male sex and
13
14 younger age were related to attitudes of authoritarianism, while for Lowder
15
16 (2007) older age was associated with generates negative attitudes and social
17
18 distance. However, the more prior training and experience in mental health, the
19
20 greater the decrease in negative connotations (Schafer *et al.*, 2011; Martesson
21
22 G. and Jacobsson JW, 2014).
23

24
25 With regard to the MICA scale and the Benevolence and CMHI subscales, there
26
27 are no significant findings in the current study. The reports of the use of the
28
29 MICA scale in the literature present inconsistent results (Hernandez Arroyo *et*
30
31 *al.*, 2015; Li *et al.*, 2014). However, the evidence suggests that attitudes of
32
33 understanding and social integration are higher in mental health expert
34
35 professionals and in university students with prior contact with MHP (Aznar-Lou
36
37 *et al.*, 2016; Sun *et al.*, 2014). As for the general population, when provided with
38
39 information that promotes positive attitudes toward mental health and adds
40
41 humanistic values to mental health care, the responses are also positive
42
43 (Rubio-Valera *et al.*, 2016).
44
45
46
47

48
49 These findings indicate the need to continue exploring other socio-demographic
50
51 variables, which unfortunately have not been considered in depth. Possible
52
53 influential variables are the level of previous studies of mental health
54
55 (Chambers *et al.*, 2010; Roustaei *et al.*, 2015), socioeconomic status and
56
57 nationality (WHO, 2005). Eksteen *et al.*, (2017) and Gabbidon *et al.*, (2013)
58
59
60

1
2
3 associated stigma with different ethnic groups. Von Dem Knesebeck *et al.*,
4
5 (2013) reported a more limited knowledge of mental health among people of low
6
7 socioeconomic status; in a Turkish study, however, nursing students with low
8
9 economic status showed more positive attitudes than their peers with higher
10
11 economic levels (Çingöl *et al.*, 2019).
12
13

14
15 The cultural perspective can also be seen as influencing the responses of
16
17 health professionals and students. This is the case of the study by Chambers *et*
18
19 *al.* (2010) where nurses from different European countries showed different
20
21 attitudes towards mental health depending on their country of origin. Religious
22
23 cultural influence can also be associated with different attitudes towards MHP
24
25 (Al-Awadhi *et al.*, 2017; Iheanacho *et al.*, 2014; Poreddi, 2016).
26
27

28
29 Therefore, future studies of attitudes to mental health in university training
30
31 program should use a longitudinal design, and should include
32
33 sociodemographic and cultural variables and adjust for social desirability. In this
34
35 way, research can continue to address this gap in the nursing analysis. The
36
37 main strength of the present study is its appraisal of the effect of the bias of
38
39 social convenience on participants' responses, something that has been largely
40
41 overlooked in previous research.
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

5. LIMITATIONS OF THE STUDY

As the study sample comprises only students from Catalan universities, the findings may not be generalizable to other contexts. Not all the sociodemographic characteristics of the participants are considered. Factors with a possible influence on the responses may have been overlooked, such as socioeconomic level, ethnic characteristics, degree of prior knowledge, level of professional experience prior to the study, and degree of proximity to mental health. At the time of data collection, although it was made clear that participation would not have no effect on their academic outcomes, the fact that the respondents were all students enrolled on a mental health training program may have made them feel compelled to participate. However, the data were collected on a voluntary and anonymous basis and were recorded in coded form. Although the general reliability of the CAMI scale was high, the Authoritarianism factor presented low reliability, and so its results must be interpreted with caution.

A self-selection bias may have been generated in the sample, in the sense that students with greater interest in mental health may have been more motivated to take part. Students who declined to participate were not asked to give their reasons.

As this is the first study to assess these characteristics in our geographical area, we are unable to compare the results with those of any previous research.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

6. CONCLUSIONS

Some nursing students without prior contact or experience in the field of mental health express stigmatizing attitudes of authoritarianism and segregation. On the other hand, a history of a current or past mental health problem is associated with positive attitudes and future behavioral intentions. Social norms are a contributing factor and a generator of social desirability bias, and may explain certain restrictive attitudes and intentions for future behavior. To our knowledge, this is the first study of its kind carried out in southern Europe, and so further empirical research in the field of higher education in mental health nursing is now required. A long-term follow-up study would allow us to explore the evolution of the attitudes and intended behaviors, assessing the impact of the possible social desirability bias and identifying the most effective pedagogical strategies for reducing the stigma associated with mental health problems.

Finally, we believe that university nursing courses should take these results into account to generate more positive attitudes toward mental health. The results should be made known to trainers to encourage them to promote the integration of knowledge, positive attitudes and direct experience in caring for people with MHP and thus to enhance the therapeutic alliance between caregiver and patient.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

7. RELEVANCE STATEMENT

University teaching plans should place special emphasis on promoting knowledge and on developing skills and attitudes in nursing students undergoing training in mental healthcare.

8. REFERENCES

- Al-Awadhi, A., Atawneh, F., Alalyan, M. Z., Shahid, A., Al-Alkhadhari, S., & Zahid, M. (2017). Nurses' attitude towards patients with mental illness in a general hospital in Kuwait. *Saudi Journal of Medicine and Medical Sciences*, 5(1), 31–37. <https://doi.org/10.4103/1658-631x.194249>
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–463. <https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 16(127), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>
- Bocking, J., Happell, B., Scholz, B., Horgan, A., Goodwin, J., Lahti, M., ... Biering, P. (2019). 'It is meant to be heart rather than head'; International perspectives of teaching from lived experience in mental health nursing programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1288–1295. <https://doi.org/10.1111/inm.12635>
- Burjalés Martí, M. D., Ricomá Muntané, R., Soler Maciá, L., & Ballester Ferrando, D. (2005). Marco europeo, una realidad inminente. Integración de los estudios de enfermería en el espacio europeo de educación superior. *Presencia Revista de Enfermería de Salud Mental*, jul-dic(1(2)), 1–6.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2019). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study. *Nurse Education Today*, 19(84), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104243>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2015). The Stigma of Mental Illness. In *Encyclopedia of Mental Health: Second Edition* (pp. 230–234). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349–354.

- 1
2
3 Eksteen, H. C., Becker, P. J., & Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the
4 mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical
5 rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8),
6 782–791. <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
7
8 Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C.,
9 & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the
10 Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related
11 behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(03), 263–
12 271. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000308>
13
14 Ferrando, P. J., & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la
15 escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3),
16 383–389.
17
18 Flaskerud, J. H. (2018, February 1). Stigma and Psychiatric/Mental Health
19 Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 39, pp. 188–191.
20 <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1307887>
21
22 Foster, K., Withers, E., Blanco, T., Lupson, C., Steele, M., Giandinoto, J., &
23 Furness, T. (2019). Undergraduate nursing students' stigma and recovery
24 attitudes during mental health clinical placement: A pre/post-test survey
25 study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1068–1080.
26 <https://doi.org/10.1111/inm.12634>
27
28 Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E.,
29 Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' Attitudes
30 (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students
31 and professionals. *Psychiatry Research*, 206(1), 81–87.
32 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>
33
34 Gil, I. M. de A., dos Santos, J. C. P., & Loureiro, L. M. de J. (2016). Stigma
35 among nursing students before and after contact with people with mental
36 disorders. *Revista Enfermagem*, 24(July), 1–8.
37 <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>
38
39 Giralt Palou, R., Prat Vigué, G., & Tort-Nasarre, G. (2019). Attitudes and stigma
40 toward mental health in nursing students: A systematic review.
41 *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 243–255.
42 <https://doi.org/10.1111/ppc.12419>
43
44 Halter, M. J. (2008). Perceived Characteristics of Psychiatric Nurses: Stigma by
45 Association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20–26.
46 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>
47
48 Happell, B., Gaskin, C.J., Byrne, L., Welch, A. (2015). Clinical Placements in
49 Mental Health: A Literature Review. *Journal Issues in Mental Health*
50 *Nursing*, 36(1), 44–51.
51 <https://doi.org/https://doi.org/10.3109/01612840.2014.915899>
52
53 Happell, B. (2008a). The importance of clinical experience for mental health
54 nursing - Part 1: Undergraduate nursing students' attitudes, preparedness
55 and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5),
56 326–332. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00555.x>
57
58
59
60

- 1
2
3 Happell, B. (2008b). The importance of clinical experience for mental health
4 nursing - Part 2: Relationships between undergraduate nursing students'
5 attitudes, preparedness, and satisfaction. *International Journal of Mental*
6 *Health Nursing*, 17(5), 333–340. <https://doi.org/10.1111/j.1447->
7 [0349.2008.00556.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00556.x)
8
9
10 Happell, B. (2009). Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward
11 mental health nursing: Acknowledging the role of theory. *Issues in Mental*
12 *Health Nursing*, 30(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/01612840802557113>
13
14 Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J., & Davies, J.
15 (2014). Lived-experience participation in nurse education: Reducing stigma
16 and enhancing popularity. *International Journal of Mental Health Nursing*,
17 23(5), 427–434. <https://doi.org/10.1111/inm.12077>
18
19 Happell, B., & Gaskin, C. J. (2013). The attitudes of undergraduate nursing
20 students towards mental health nursing: A systematic review. *Journal of*
21 *Clinical Nursing*, 22(1–2), 148–158. <https://doi.org/10.1111/jocn.12022>
22
23 Happell, B., & Gough, K. (2009). Nursing students' attitudes to mental health
24 nursing: psychometric properties of a self-report scale. *Archives of*
25 *Psychiatric Nursing*, 23(5), 376–386.
26 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.10.005>
27
28 Hastings, T. (2015). *Nursing student attitudes toward mental illness : A*
29 *quantitative quasi-experiental study* (University of Phoenix).
30 <https://doi.org/ProQuest LLC: 3736711>
31
32 Hastings, T., Kroposki, M., & Williams, G. (2017). Can Completing a Mental
33 Health Nursing Course Change Students' Attitudes? *Issues in Mental*
34 *Health Nursing*, 38(5), 449–454.
35 <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1278810>
36
37 Hernandez Arroyo, L., Mesa Rodas, N., Rentero Martín, D., Puerta Rodriguez,
38 S., & Nieves Carnicer, M. (2015). Stigma Related to Mental Illness in
39 Medical Students From Madrid. *European Psychiatry*, 30, Supplem, 1877.
40 [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31440-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31440-1)
41
42 Iheanacho, T., Marienfeld, C., Stefanovics, E., & Rosenheck, R. A. (2014).
43 Attitudes toward mental illness and changes associated with a brief
44 educational intervention for medical and nursing students in Nigeria.
45 *Academic Psychiatry*, 38(3), 320–324. <https://doi.org/10.1007/s40596-014->
46 [0073-3](https://doi.org/10.1007/s40596-014-0073-3)
47
48 Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris,
49 J. E., ... Scheffler, R. M. (2011, November 5). Human resources for mental
50 health care: Current situation and strategies for action. *The Lancet*, Vol.
51 378, pp. 1654–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
52
53 Kane, C. F. (2015). The 2014 scope and standards of practice for psychiatric
54 mental health nursing: Key updates. *Online Journal of Issues in Nursing*,
55 20(1), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No01Man01>
56
57 Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar,
58 M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in
59
60

- 1
2
3 Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental*
4 *Health Journal*, 51(5), 628–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6>
5
6 Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental
7 health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica*
8 *Scandinavica*, 113(s429), 51–59. [https://doi.org/10.1111/j.1600-](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x)
9 [0447.2005.00718.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x)
10
11 Li, J., Li, J., Huang, Y., & Thornicroft, G. (2014). Mental health training program
12 for community mental health staff in Guangzhou, China: effects on
13 knowledge of mental illness and stigma. *International Journal of Mental*
14 *Health Systems*, 8(49), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-49>
15
16 Lim, H. J., Moxham, L., Patterson, C., Perlman, D., Lopez, V., & Goh, Y. S.
17 (2020). Students' mental health clinical placements, clinical confidence and
18 stigma surrounding mental illness: A correlational study. *Nurse Education*
19 *Today*, 84(June 2019), 104219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104219>
20
21
22 Lowder, D. M. (2007). *Examining the stigma of mental illness across the*
23 *lifespan*. University of North Carolina Wilmington.
24
25 Lynch, J. W., Davey Smith, G., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income
26 inequality and mortality: importance to health of individual income,
27 psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(April), 1200–
28 1204. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t8955q.39>
29
30 Magliano, L., Read, J., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., &
31 Petrillo, M. (2016). The Influence of Causal Explanations and Diagnostic
32 Labeling on Psychology Students' Beliefs About Treatments, Prognosis,
33 Dangerousness and Unpredictability in Schizophrenia. *Community Mental*
34 *Health Journal*, 52(3), 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9901-5>
35
36 Martesson G., Jacobsson JW, N. M. (2014). Mental health nursing staff ' s
37 attitudes towards mental illness : an analysis of related factors. *Journal of*
38 *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 782–788.
39 <https://doi.org/10.1111/jpm.12145>
40
41 Moxham, L., Taylor, E., Patterson, C., Perlman, D., Brighton, R., Sumskis, S.,
42 ... Heffernan, T. (2016). Can a clinical placement in fl uence stigma ? An
43 analysis of measures of social distance. *Nurse Education Today Journal*,
44 44, 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003>
45
46
47 Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: a review.
48 *European Journal of Social Psychology*, 15(1985), 263–280.
49 <https://doi.org/10.1002/0471684228.egp13204>
50
51 Norman, R. M. G., Sorrentino, R. M., Windell, D., & Manchanda, R. (2008). The
52 role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Social*
53 *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 851–859.
54 <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0375-4>
55
56 Paulhus, D. L., Trapnell, P. D. (2008). Self-presentation of personality: An
57 agency-communion framework. In *Handbook of personality: Theory and*
58 *research* (American P, pp. 492–517). Retrieved from
59 <https://psycnet.apa.org/record/2008-11667-019>
60

- 1
2
3 Paulhus, D. L. (2002). Socially Desirable Responding: The Evolution of a
4 Construct. In & D. E. W. (Eds. . H. I. Braun, D. N. Jackson (Ed.), *The role of*
5 *constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69).
6 [https://doi.org/10.1016/s0021-9258\(17\)33945-5](https://doi.org/10.1016/s0021-9258(17)33945-5)
7
8 Paulhus, D. L., & John, O. P. (1998). Egoistic and Moralistic Biases in Self-
9 Perception: The Interplay of Self-Deceptive Styles with Basic Traits and
10 Motives. *Journal of Personality*, 66(6), 1025–1060.
11 <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00041>
12
13 Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of social desirability scales in clinical
14 psychology: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6),
15 534–551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
16
17 Phelean, J. C., Lucas, jeffrey W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. J. (2014).
18 Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15–
19 23. <https://doi.org/10.1038/nn.3871.Locus-Specific>
20
21 Poreddi, V. (2016). Attitudes toward consumer involvement in mental health
22 services : a cross-sectional survey of Indian medical and nursing
23 undergraduates. *Invest. Educ. Enferm.*, 34(2), 243–251.
24 <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a03>
25
26 Prankeviciene, A., Zardeckaite-Matulaitiene, K., Marksaityte, R., Endriulaitiene,
27 A., Tillman, D. R., & Hof, D. D. (2018). Social distance in Lithuanian
28 psychology and social work students and professionals. *Social Psychiatry*
29 *and Psychiatric Epidemiology*, 53(8), 849–857.
30 <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1495-0>
31
32 Rios, L. F. (1988). A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among
33 future health workers. *Revista de La Asociación Española de*
34 *Neuropsiquiatría*, VIII(27), 637–651.
35
36 Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D.,
37 Quiros-García, J. M., Solano-Ruiz, M. del C., & Gómez-Salgado, J. (2019).
38 Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and
39 associated factors: A mixed-methods study. *International Journal of*
40 *Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–13.
41 <https://doi.org/10.3390/ijerph16234870>
42
43 Romem, P., Anson, O., Kanat-Maymon, Y., & Moisa, R. (2008). Reshaping
44 students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical
45 nursing clerkship. *The Journal of Nursing Education*, 47(9), 396–402.
46 <https://doi.org/10.3928/01484834-20080901-01>
47
48 Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and
49 discrimination towards mental illness within the nursing profession: a
50 review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,
51 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
52
53 Roustaei, N., Jafari, P., Sadeghi, E., & Jamali, J. (2015). Evaluation of the
54 Relationship between Social Desirability and Minor Psychiatric Disorders
55 among Nurses in Southern Iran: A Robust Regression Approach.
56 *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(4),
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

301–308.

Rubio-Valera, M., Fernández, A., Evans-Lacko, S., Luciano, J. V., Thornicroft, G., Aznar-Lou, I., & Serrano-Blanco, A. (2016). Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *European Psychiatry*, *31*, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.10.005>

Sartorius, N. (2003). Social capital and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, *16*(SUPPL. 2), 280–283. <https://doi.org/10.1097/00001504-200304002-00015>

Sayols-Villanueva, M., Ballester-Ferrando, D., Gelabert-Vilella, S., Fuentes-Pumarola, C., & Rascón-Hernán, C. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, *2*, 7–15. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2015.2.7>

Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse Education Today*, *31*(4), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>

Schenner, M., Kohlbauer, D., & Günther, V. (2011). Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie Und Rehabilitation : Organ Der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte Und Psychiater*, *25*(4), 199–207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22136942>

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, *19*(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>

Sercu, C., Ayala, R. A., & Bracke, P. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017>

Singh, N., Barber, J. W., & Van Sant, S. (2016). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7>

Sun, B., Fan, N., Nie, S., Zhang, M., Huang, X., He, H., & Rosenheck, R. A. (2014). Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, *8*(26), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-26>

Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, *7*(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>

Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G., & Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), 948–953.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.011>

Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive Questions in Surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>

Von Dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., ... Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 775–782. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0599-1>

WHO. (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

World Health Organization. (2013). The European Mental Health Action Plan. *Regional Committee for Europe, WHO*, (September), 16–19. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Yamauchi, T., Semba, T., Sudo, A., Takahashi, N., Nakamura, H., Yoshimura, K., ... Takeshima, T. (2011). Effects of psychiatric training on nursing students' attitudes towards people with mental illness in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 574–579. <https://doi.org/10.1177/0020764010374419>

13.3. Article estudi longitudinal de mesures repetides I

Títol: The development of positive attitudes towards mental health among university nursing students: countering the role of social desirability

Autors (segons ordre publicació):

Rosa Giralt Palou, Gemma Prat Vigué, Núria Torà Suarez, Maria Romeu-Labayen, Glòria Tort-Nasarre

Revista: Perspectives in Psychiatric Care

Data publicació: 06/12/2021

Tipus: Research Paper - Longitudinal study

DOI: 10.1111/ppc.12976





ISSN: 1744-6163

Base de dades d'indexació: Journal Citation Reports-JCR

Quartil i Àrea: Q2- Nursing-Psychiatry

Impact Factor: 2.186 (2020)

The development of positive attitudes toward mental health among university nursing students: Countering the role of social desirability

Rosa Giralt Palou RN (MH), CNS, MSN, PMH, PhD^{1,2}  | Gemma Prat Vigué PhD²  |
Núria Torà Suarez³ | Maria Romeu-Labayen RN (MH), PhD^{4,5}  |
Glòria Tort-Nasarre PhD^{1,6} 

¹Department of Nursing and Physiotherapy, Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Barcelona, Spain

²SaMIS Group, Division of Mental Health, Althaia Foundation, Manresa, Barcelona, Spain

³Research & Innovation Unit, Althaia Foundation, Manresa, Barcelona, Spain

⁴Mental health department, Adult Mental Health Center Horta Guinardo, Barcelona, Spain

⁵Department of Public Health, Mental Health and Mother-Infant Nursing, University of Barcelona, L'Hospitalet del Llobregat, Spain

⁶GREpS, Health Education Research Group, Department of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Lleida, Spain

Correspondence

Rosa Giralt Palou, RN (MH), CNS, MSN, PMH, PhD, Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Avd Pla de la Massa, 8, Barcelona, Igualada 08700, Spain.
Email: rosamaria.giralt@udl.cat and rgiraltp@althaia.cat

Abstract

Purpose: This study analyses the evolution of attitudes of nursing students towards mental health, paying particular attention to the influence of social desirability.

Design and Methods: Prospective longitudinal repeated-measures study in a sample of nursing students who completed the Community Attitudes toward Mental Illness scale and The Social Desirability Scale.

Findings: After their training, and after adjusting for social desirability, students of female gender recognized attitudes that foster humanistic values than their male counterparts. However, attitudes of restrictiveness and authoritarianism continued to be manifested significantly when the students themselves had mental health problems (MHPs), had had previous training, or were older.

Practice Implications: University courses should continue to foster attitudes of acceptance and destigmatization of people with MHPs, through responses that value authenticity.

KEYWORDS

attitudes, higher education, mental health, social desirability, student nurse

1 | INTRODUCTION

Stigma is an attribute that generates harmful and discrediting attitudes (Phelean et al., 2014; World Health Organization, 2019). Specifically, in the field of mental health, previous work has generated a social-cognitive paradigm incorporating sociological, psychological, and cultural currents which assesses the pattern of discriminatory behaviors based on social stereotypes and prejudices (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002), and in which people with a mental

health problem (MHP) are among the most affected groups (Eiroa-Orosa et al., 2021; Thornicroft et al., 2016). Faced with the social reaction of fear and shame, people with MHP tend to avoid making it overt (Corrigan & Rao, 2012). In mental healthcare, stigma and discrimination may be major obstacles to better care and to the improvement of patients' quality of life (Knaak et al., 2017).

In this setting, according to Schulze (2007), practitioners may develop, or elicit, three different attitudes toward people with MHP. In the first, the practitioners are themselves the stigmatizers, the result of

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2021 The Authors. *Perspectives in Psychiatric Care* published by Wiley Periodicals LLC

the acquisition of negative attitudes that are often inherent in the society itself (Nordt et al., 2006; Ross & Goldner, 2009). In the second they are stigma recipients, due to their dedication to people with MHP; this is termed "stigma by association" (Ebsworth & Foster, 2017; Halter, 2008). In the third they can be agents of destigmatization, providing care in a way that avoids negative attitudes (Schulze, 2007).

Nursing professionals caring for people with MHP play a key role in interventions focused on comprehensive, recovery-oriented care (Hsiao et al., 2015). However, the aims of this care may be undermined by interventions based on stigmatizing attitudes (Flaskerud, 2018). Previous studies have shown how the specialty of mental health nursing is undervalued by the practitioners themselves, due to the stigma and uncertainty related to their roles (Edward et al., 2015; Walsh, 2015). This impression is also sometimes manifested in university nursing students, who may be influenced by discriminatory messages received during their training process. These messages are often transmitted by nurses who express degrading opinions toward individuals with MHPs. They also transmit attitudes of authoritarianism and rudeness, or excessive overprotection, without any consumer-oriented therapeutic objective (Fokuo et al., 2016; Song, 2015). However, by the end of their mental health training period, students often display a positive shift in attitudes toward people with MHP (Giralt Palou et al., 2019; Yamauchi et al., 2011); attitudes of authoritarianism, fear, and social segregation are less prevalent and the emphasis is placed on humanistic values and community care (Happell & Platania-Phung, 2012; Lien et al., 2020) as nursing students gradually broaden their knowledge and improve their skills (Perman et al., 2020; Sayols-Villanueva et al., 2015).

When people are asked about a socially sensitive issue such as mental health, their responses are often influenced by social desirability (Tourangeau & Yan, 2007). Social desirability can generate biased responses (Krumpal, 2013; Nederhof, 1985) as interviewees seek to project a normatively and culturally accepted image (Perinelli & Gremigni, 2016; Tourangeau & Yan, 2007). Although the effect of social desirability in healthcare practitioners has been studied in various healthcare domains (Roustaei et al., 2015; van de Mortel, 2008), its possible influence on the attitudes toward mental health of university nursing students has not been assessed to date. It is very important, therefore, that training for nursing students in the area of mental health should take account of the risk of stigmatizing perceptions regarding people with MHP. Training should not be oriented merely at transmitting the specific knowledge and skills required in the field of mental health but should also educate and encourage destigmatizing attitudes and behaviors, thus reinforcing values of authenticity inside the students' personal and professional development. Indeed, training courses that rise to this challenge are well received by nursing students (Happell, Platania-Phung, Bocking, et al., 2018; Happell, Platania-Phung, Scholz, et al., 2018; Hawthorne et al., 2020; O'Ferrall-González et al., 2020). The aim of the present study is to analyze the evolution of attitudes in nursing students toward mental health during their university training in this specialty, paying particular attention to the impact of social desirability.

2 | METHODS

2.1 | Study design, population, and setting

Prospective longitudinal repeated-measures study.

The sample comprised 162 students studying for undergraduate nursing degrees from an original group of 180 third- and fourth-year nursing students enrolled in training programs in mental health at two universities in Catalonia. These studies are part of the general nursing studies, distributed, according to some universities, in curricula divided between the third and fourth years of training.

The inclusion criteria were being enrolled in the mental health nursing course.

This criterion was chosen because the course syllabus includes theoretical learning and subsequent clinical practice sessions that promote knowledge, skills, and attitudes regarding nursing in mental health.

Students who did not attend the session describing the aims of the study and those who did not provide informed consent or complete the questionnaires were excluded, as were those who only participated in the first data recording session.

Data were collected between September 2016 and June 2018.

The specific training that students received includes competencies based on the mental health specialty. The aim of this training is to familiarize students with the main disorders in mental health and to develop attitudes and skills that equip them for the task of providing integrated, high-quality nursing care.

2.2 | Instruments

The questionnaire recorded socio-demographic data, including age, sex, current MHPs, past MHPs, direct contact (present or past) with people with MHP, and professional experience and/or training in mental healthcare. Scales measuring attitudes to mental health and social desirability were also included.

2.3 | Measures

2.3.1 | Community Attitudes toward Mental Illness

The Community Attitudes toward Mental Illness (CAMI), developed by Taylor and Dear (1981) in Canada, is currently the most widely used scale for measuring social attitudes toward people with MHP in the community. It was originally created to analyze the attitudes of the general public toward services that care for people with severe mental illness, and was later applied in samples of mental health professionals. Morris et al. (2012) used it to analyze attitudes of nursing staff toward people with MHP, while Chambers et al. (2010) and Schafer et al. (2011) used it with the same aim in nursing students.

The CAMI comprises 40 items with five possible answers on a Likert scale, with scores ranging from 1 = strong disagreement to 5 = strong agreement. It distributes the items in four subscales: Authoritarianism, Benevolence, Restrictiveness, and Community Mental Health Ideology (CMHI). *Authoritarianism* assesses whether respondents consider people with MHP to be inferior. *Benevolence* focuses on the humanistic values in the care of people with MHP, but may exhibit an overprotective, paternalistic attitude. *Social restrictiveness* examines social attitudes toward the segregation of people with MHP, while *CMHI* assesses attitudes toward the integration of people with MHP into the community.

The final scores for each factor range from 10 to 50 points; higher scores indicate greater agreement with the concept under assessment.

The scale has been shown to have good psychometric properties. In its original version, the Authoritarianism, Benevolence, Social restrictiveness, and CMHI subscales obtained internal consistency rates of α 0.68, 0.76, 0.80, and 0.88, respectively. The validity of the scale has also been found to be positive (Taylor & Dear, 1981).

In Spain, it was validated by Ochoa et al. (2016), who found scores of $\alpha > 0.80$ for each of the factors.

2.3.2 | Social Desirability Scale

The Social Desirability Scale (SDS) was developed by Crowne and Marlowe (1960) in an attempt to overcome the limitations of Edwards's Social Desirability scale (1957). Edwards's scale contained certain items with psychopathological content, influenced by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Today, the SDS is the most widely used scale to measure social desirability bias (Gutiérrez et al., 2016).

In a study administering the SDS to nurses, Roustaei et al. (2015) assessed the effect of social desirability and their self-reports of MHP. However, a literature search did not identify other studies that have used this scale to analyze the influence of social desirability on stigmatizing attitudes in nursing students.

The SDS explores respondents' tendencies to modify their answers to project a favorable image of themselves, based on considerations of convenience and conformity with social norms. The scale comprises 33 items, which respondents answer true or false. The overall score ranges from 0 to 33, and higher scores indicate higher social desirability. As for its psychometric properties, the original scale had a reliability of 0.70–0.85 (Crowne & Marlowe, 1960).

The Spanish version was adapted by Ferrando and Chico (2000) and applied to a sample of university students. The psychometric properties were acceptable ($\alpha = 0.78$; Ferrando & Chico, 2000).

2.4 | Procedure

The questionnaires were given individually to each student on paper, and were completed on paper in a classroom session.

All students had previously been informed of the purpose of the study; they were also told that participation was voluntary, anonymous, and would not influence their academic outcomes in any way.

Data were collected in three different periods: (i) September 2016, before the start of the students' theoretical training (baseline, L0), (ii) December 2016, after completion of their theoretical training (L1), and (iii) from January 2017 to June 2018, after the end of their clinical placement period (L2). In this last period, the collection was extended, to adapt to the timetable of the clinical placements, which are carried out at designated mental health services with limited capacity.

2.5 | Ethical considerations

The study was approved by the Ethics and Research Committees of the respective universities (file no. 07/2016). Before the start of the study, participants attended an information session in which the procedure of the study was outlined. The researchers were careful to ensure that the information given to students did not generate any stigmatizing tendencies or encourage socially desirable responses.

Participants were asked to provide written consent immediately before the questionnaires were administered. Confidentiality and anonymity were guaranteed at all times.

2.6 | Statistical analysis

In the descriptive analyses, means and standard deviations were used for continuous variables and frequencies with percentages for categorical variables. Cronbach's alpha was calculated to measure the questionnaire's internal consistency before and after each stage of mental health learning (baseline, theoretical, and practical). For each CAMI subscale, we used linear mixed models and, performed one-way ANOVA to statistically assess differences between the groups. Pairwise comparisons were used to determine which group differences were statistically significant.

We used a linear mixed model to assess the effect of each factor before and after each stage of mental health learning for each questionnaire. The factor, group, and factor-by-group interaction were included as fixed effects, and students as random effects of the different repeated measurements. We assessed the overall effect of each factor by testing the interaction between factor and group, both adjusted and unadjusted for SDS.

Finally, the factors and factor-by-group interaction found to be associated in each CAMI subscale were entered in multiple linear mixed model. The final models were created adjusting for the SDS, estimating the regression coefficients and their 95% confidence intervals.

We used the restricted maximum likelihood calculation method in the models. The appropriate covariance structure for our data was determined using the Akaike Information Criterion. A two-sided type I error of 5% was considered statistically significant. Data were

analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows version 25 (IBM Corp) and R version 3.3.2 (R Foundation for Statistical Computing).

3 | RESULTS

3.1 | Demographic data

Since the objective of the study was to evaluate the influence of social desirability, all nursing students enrolled at two universities in Catalonia, Spain, were recruited. Out of the 180 students, a total of 162 students (90% of the original study population) were included. Their mean age was 23 years (± 5.9) and 75.3% were women.

Two-thirds of the sample (66.0%) knew someone close who had a present or past MHP, while 8.6% had a present or past MHP

TABLE 1 Baseline characteristics

Characteristic	n = 162
Age	23.0 (SD 5.9)
Gender	
Female	122 (75.3)
Male	40 (24.7)
Contact with people who have or had a mental disorder	
No	55 (34.0)
Yes	107 (66.0)
Has or had had a mental disorder	
No	148 (91.4)
Yes	14 (8.6)
Previous professional experience	
No	144 (88.9)
Yes	18 (11.1)
Previous training experience	
No	145 (89.5)
Yes	17 (10.5)

Note: Data presented as mean (SD); n (%).

themselves. Further, 11.1% of the sample had a previous professional experience in mental health, and 10.5% had previously received training in the area (Table 1).

3.2 | Evolution of scores on attitudes in relation to socio-demographic characteristics and training stage (L0, L1, or L2)

Attitudes show significant differences between training stages, with reductions in stigmatizing and segregating attitudes as training progress (Authoritarianism and Social Restrictiveness). Similarly, community integration and predisposition to care ("Benevolence" and CMHI) also presented improvements with significant results (Table 2).

Table 3 shows the internal consistency of the instrument used in each of the periods. The internal consistency values obtained for both CAMI and SDS are similar to those of the original versions.

3.3 | Associations between sociodemographic variables

Factors associated with attitudes were assessed, first using a simple linear regression with the CAMI scale and the different socio-demographic variables. Students were divided by age, using a cutoff point of 21 years, to identify those who were studying the course inside the standard age bracket designated by the European Higher Education Area (The European Higher Education, 1999).

Later, an SDS-adjusted multivariate linear regression analysis was performed with the same variables (Table 4).

At the end of the theoretical training, there was a significant change in socially restrictive attitudes toward MHP in students aged >21 years and in students with previous training in mental health, which was maintained until the end of the clinical placement. Attitudes of authoritarianism were also significant at the end of the clinical placement, by increasing in students who had a current or past mental disorder.

Benevolence was associated with female gender, increasing at the end of the theoretical learning, and also at the end of the clinical placement.

TABLE 2 Global scales results and differences between groups before and after each period of mental health learning

	L0 Mean (SD)	L1 Mean (SD)	L2 Mean (SD)	p General	p L0 versus L1	L0 versus L2	L1 versus L2
CAMI							
Authoritarianism	22.8 (3.7)	21.8 (4.2)	21.5 (4.2)	0.001	0.021	0.001	0.616
Benevolence	40.8 (3.8)	41.1 (4.8)	42.05 (4.3)	0.002	0.718	0.003	0.013
Social Restrictiveness	19.8 (4.1)	18.6 (4.9)	17.6 (5.0)	0.001	0.011	<0.0001	0.014
CMHI	38.5 (5.2)	39.8 (5.2)	41.1 (5.1)	0.001	0.010	<0.0001	0.006

Note: Data presented as mean (SD); $p \leq 0.05$. CAMI: Community Attitudes toward the Mentally; Baseline=L0; Theoretical=L1; Practical=L2.

TABLE 3 Cronbach's alpha

	Cronbach alpha		
	L0	L1	L2
CAMI	0.870	0.917	0.918
Authoritarianism	0.439	0.549	0.548
Benevolence	0.672	0.791	0.734
Social restrictiveness	0.632	0.793	0.815
CMHI	0.836	0.834	0.842
SDS	0.773	0.799	0.808

Note: CAMI: Community Attitudes toward the Mentally; SDS: Social Desirability Scale; Baseline=L0; Theoretical=L1; Practical=L2.

After adjustment for SDS, the differences between the groups remained significant.

Figure 1 displays the models with statistically significant interactions.

4 | DISCUSSION

Using a repeated measures design, this study assesses the evolution of attitudes toward mental health among university nursing students during their period of training in this specialty. The analysis identified a reduction in stigmatizing attitudes toward mental health and an increase in positive aspects such as humanization and proximity. This is consistent with previous studies reporting that nursing students exhibit increased levels of benevolence and acceptance by the end of their university degrees (Morrison, 2011). Similarly, positive trends were also recorded in nursing professionals in contact with people with MHP (Cremonini et al., 2018), although a tendency toward social restrictiveness was reported in inexperienced nurses (Linden & Kavanagh, 2012). In this way, it can be shown how attitudes toward individuals with MHPs improve when contact and experience with MHPs are valued.

As for variables related to stigma, nursing students presented an association between authoritarianism and past or present MHP after completing their clinical placement period (L2), even after adjusting for social desirability. These results are at odds with most previous reports which have suggested that nursing students with a MHP feel closer to people in the same situation, and express feelings of acceptance and positive attitudes (Çingöl et al., 2019; Granados-Gómez et al., 2017). Von Dem Knesebeck et al. (2013) reported attitudes of authoritarianism in groups with little proximity to, or knowledge of, mental health. In our study, restrictive attitudes were also reported at the end of the theoretical training period (L1), and were maintained after the clinical placement (L2) in students who had previous training in mental health and also in the group of older students. In both cases, this association was unaffected by social desirability (Çingöl et al., 2020), in contrast, concluded that at the end of the training period, nursing students who presented MHP or were close to

someone with MHP displayed positive attitudes toward mental health issues: similar results were reported in students with more advanced knowledge and skills in mental health after training that included direct contact with people with MHP (Sayols-Villanueva et al., 2015). O'Ferrall-González et al. (2020), on the other hand, found that the positive attitudes identified during the theoretical training did not last over time, and that by the end of their clinical placements the attitudes of some nursing students toward MHP had worsened. For these authors, then, familiarity with MHP was not a predictor of positive attitudes.

Although the conclusions of O'Ferrall-González et al. (2020) are not borne out by other studies, several authors report that nursing students feel closer to people with MHPs and express acceptance and positive attitudes toward them (Çingöl et al., 2019; Granados-Gómez et al., 2017). However, in our study, specific clinical training in mental health in the group of students with an MHP may have aroused a process of avoidance or silencing of their own personal situation. Certain studies have indicated that (Hunter et al., 2015; Moxham et al., 2016) future research should consider whether the settings in which students carry out their placements, and the expert professionals who accompany them, to consider whether these are factors that encourage stigmatizing tendencies (Delaney, 2012; Goh et al., 2016). Also, discussions with students themselves and with their tutors, and the use of learning tools that promote optimism and recovery (Sezer, 2018; Shen et al., 2018), might help to assess the emotions experienced and their belief in their ability to offer the person-centered care specific to this field.

In relation to age, and in agreement with Lowder (2007), older students presented more negative attitudes and more social distance. This finding is at odds with other reports in the literature which have reported reductions in stigma as students progress to higher levels, by which time they have received more training in mental health (Foster et al., 2019; Rodríguez-Almagro et al., 2019) and, naturally, are older as well (The European Higher Education, 1999). It might be argued that our results do not follow this trend, perhaps because the older sample may have received previous mental health training that reinforced stigma instead of reducing it. This is reflected in Tzouvara et al. (2016), where individuals with professional experience related to MHP, and therefore older, seem to manifest more attitudes associated with stigma and discrimination.

We found that women were associated with positive attitudes of benevolence even after adjustment for social desirability. Although not decisive in our study, Dalky et al. (2020), suggest that gender should be considered when assessing the possible influence of social desirability, because this bias may affect the responses of nurses (a profession in which women are still more numerous than men). No associations were found in the other reports consulted (Çingöl et al., 2019; Sari & Yulastuti, 2018; Sayols-Villanueva et al., 2015; Thongpriwan et al., 2015). This finding suggests that members of the nursing profession, still predominantly female, exhibit a tendency to provide care based on compassionate and humanistic attitudes (Happell, Platania-Phung, Bocking, et al., 2018; Happell, Platania-Phung, Scholz, et al., 2018). Our results corroborate those of many

TABLE 4 Attitude mean score differences based on socio-demographic backgrounds and issues related to learning to mental health to social desirability-adjusted mental health exposure

		L0		L1		L2		Unadjusted			Adjusted				
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	p	Time	Category	Time × category	p	Time	Category	Time × category
CAMI authoritarianism															
Gender	Male	23.3	4.1	23.3	4.4	23.0	4.5								
	Female	22.9	3.7	21.7	4.3	21.4	3.8	0.001	0.078	0.141	0.001	0.059	0.134		
Age	≤21	22.5	3.5	21.3	3.8	21.0	4.3								
	>21	23.0	3.8	22.2	4.4	21.9	4.1	0.001	0.137	0.741	0.001	0.126	0.740		
Contact with people who have or had a mental disorder	No	23.3	3.9	22.4	4.4	21.0	4.7								
	Yes	22.5	3.6	21.6	4.1	21.7	3.9	0.001	0.483	0.052	0.001	0.377	0.055		
Has or had had a mental disorder	No	23.1	3.6	22.0	4.2	21.4	4.3								
	Yes	20.2	3.2	19.5	3.2	22.0	2.9	0.001	0.092	0.009	0.001	0.071	0.010		
Previous professional experience	No	23.0	3.7	22.0	4.2	21.5	4.1								
	Yes	21.8	3.6	21.0	4.1	21.2	4.8	0.001	0.280	0.648	0.001	0.295	0.647		
Previous training experience	No	23.0	3.8	21.7	4.2	21.4	4.2								
	Yes	22.1	2.8	22.8	3.8	22.5	4.1	0.001	0.652	0.179	0.001	0.637	0.179		
CAMI benevolence															
Gender	Male	40.7	4.8	39.5	4.9	40.7	5.2								
	Female	40.4	3.8	41.0	5.0	42.0	4.2	0.002	0.148	0.044	0.003	0.106	0.040		
Age	≤21	41.2	3.3	41.9	4.3	42.5	3.9								
	>21	40.5	4.2	40.5	5.0	41.6	4.5	0.003	0.069	0.617	0.003	0.059	0.622		
Contact with people who have or had a mental disorder	No	40.2	3.6	40.8	4.8	41.4	4.9								
	Yes	41.1	3.9	41.2	4.8	42.4	3.9	0.002	0.180	0.579	0.003	0.108	0.570		
Has or had had a mental disorder	No	40.7	3.8	41.0	4.8	42.0	4.4								
	Yes	41.9	4.3	42.7	3.7	42.6	3.5	0.003	0.289	0.805	0.003	0.224	0.843		
Previous professional experience	No	40.7	3.9	41.0	4.8	42.0	4.2								
	Yes	42.2	3.3	41.9	4.6	42.6	5.2	0.002	0.224	0.723	0.003	0.241	0.708		
Previous training experience	No	40.7	3.8	41.0	4.7	42.1	4.2								
	Yes	42.1	3.8	41.5	5.5	41.9	4.9	0.002	0.395	0.523	0.003	0.409	0.527		
CAMI restrictiveness															
Gender	Male	19.5	4.7	20.7	5.8	19.9	6.2								
	Female	19.8	3.9	18.2	5.3	17.8	5.1	0.0001	0.071	0.081	0.0001	0.055	0.076		
Age	≤21	19.8	4.1	17.9	3.7	16.5	4.1								
	>21	19.7	4.2	19.1	5.6	18.5	5.5	0.0001	0.130	0.040	0.0001	0.120	0.036		
Contact with people who have or had a mental disorder	No	20.7	4.2	19.8	5.1	17.9	5.6								
	Yes	19.3	4.0	18.0	4.7	17.4	4.6	0.0001	0.046	0.290	0.0001	0.029	0.308		
Has or had had a mental disorder	No	19.9	4.1	18.8	4.9	17.6	5.0								
	Yes	17.9	3.3	16.2	3.4	17.0	4.3	0.0001	0.152	0.460	0.0001	0.125	0.488		
Previous professional experience	No	20.0	4.0	18.6	4.8	17.4	4.7								
	Yes	17.9	4.8	18.6	5.9	18.5	6.5	0.0001	0.525	0.057	0.0001	0.542	0.055		

TABLE 4 (Continued)

		L0		L1		L2		Unadjusted			Adjusted				
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	p	Time	Category	Time × category	p	Time	Category	Time × category
Previous training experience	No	19.9	4.0	18.4	4.7	17.3	4.7								
	Yes	18.8	4.9	20.4	5.9	19.7	6.7	0.0001	0.437	0.015	0.0001	0.425	0.015		
CAMI CMHI															
Gender	Male	39.0	6.1	38.1	6.2	38.8	5.4								
	Female	38.6	4.9	40.2	5.0	41.2	5.2	0.0001	0.221	0.097	0.0001	0.187	0.094		
Age	≤21	38.2	5.2	40.1	4.8	41.9	4.6								
	>21	38.7	5.3	39.5	5.5	40.5	5.4	0.0001	0.519	0.065	0.0001	0.498	0.065		
Contact with people who have or had a mental disorder	No	37.6	5.1	39.8	5.1	41.0	5.5								
	Yes	38.9	5.3	39.7	5.3	41.2	4.9	0.0001	0.446	0.315	0.0001	0.366	0.326		
Has or had had a mental disorder	No	38.3	5.1	39.6	5.3	41.2	5.1								
	Yes	40.1	6.6	41.2	3.3	40.3	4.8	0.0001	0.720	0.196	0.0001	0.661	0.196		
Previous professional experience	No	38.3	5.1	39.7	5.0	41.1	5.0								
	Yes	40.0	6.5	40.5	6.8	41.6	5.7	0.0001	0.294	0.624	0.0001	0.304	0.619		
Previous training experience	No	38.3	5.2	39.9	5.1	41.3	5.1								
	Yes	39.7	5.5	38.8	6.5	40.1	5.4	0.0001	0.932	0.275	0.0001	0.945	0.276		

Note: Data presented as mean (SD); $p \leq .005$. Baseline=L0; Theoretical=L1; Practical=L2; CAMI: Community Attitudes toward the Mentally.

previous studies, where female nurses obtained high scores for these attitudes (Granados-Gómez et al., 2017; Moreno Herrero et al., 2014).

In agreement with Çingöl et al. (2019), no significant associations in the CMHI factor were found in our study. However, the evidence concludes that nursing students present positive social acceptance at the end of their training in mental health (Sari & Yulastuti, 2018; Sayols-Villanueva et al., 2015).

As far as social desirability was concerned, no significant associations were found before and after adjustment for this variable. In previous work, it has been suggested that nurses' responses or behaviors may be swayed by social desirability in an attempt to project a more favorable image (Roustaei et al., 2015). This was not the case of the nursing students in our study, whose training can be considered to have equipped them with the skills needed to respond to situations assertively and transparently; they would be expected to answer sincerely and reliably, without any need to project a socially acceptable image.

This study suggests that university training in mental health nursing generates attitudes that are compassionate, but, unfortunately, stigmatizing as well. The theoretical training generates positive attitudes toward MHP (Giralt Palou et al., 2019; O'Ferrall-González et al., 2020), and clinical practices reduce stigmatizing attitudes (Al-Ma'ani & Hamdan-Mansour, 2020; Perlman et al., 2020); however, some research has concluded that mental health training does not alter negative perceptions toward MHP, such as their

unpredictability and the perception of incurability (Gil et al., 2016), or restrictive attitudes (Hastings, 2015). It is also unclear what time periods and mental health settings are effective in reducing stigma. It is conceivable that some of these settings and periods of time may actually be counterproductive (Perlman et al., 2020). According to Rodríguez-Almagro et al. (2019), longer periods of clinical practice favor stigma reduction.

Therefore, the teaching strategies that should be implemented provide support for practice-based approaches that help to consolidate reflective and analytical learning (Goh et al., 2021), and favor student autonomy (Haerens et al., 2015; Perlman et al., 2019). Similarly, the participation of people with MHP who are "experts by experience" should be considered. Their first-person experience conveys new perspectives that improve attitudes at the time of new learning in mental health (Gilbert & Stickley, 2012; Happell, Platania-Phung, Bocking, et al., 2018; Happell, Platania-Phung, Scholz, et al., 2018; Horgan et al., 2021). The influence of social desirability must also be assessed because of the risk of possible uncontrolled biases in the responses (Nederhof, 1985). Considering all these points would help to achieve a better integration of the learning, skills, and attitudes needed to combat the stigma surrounding mental health. To consolidate their learning, students need support from teachers and expert health professionals (Happell et al., 2015). It is important to encourage the development of an accepting attitude toward mental health among nursing students, to prepare them for the task of delivering integrated, high-quality care when they embark on their professional careers.

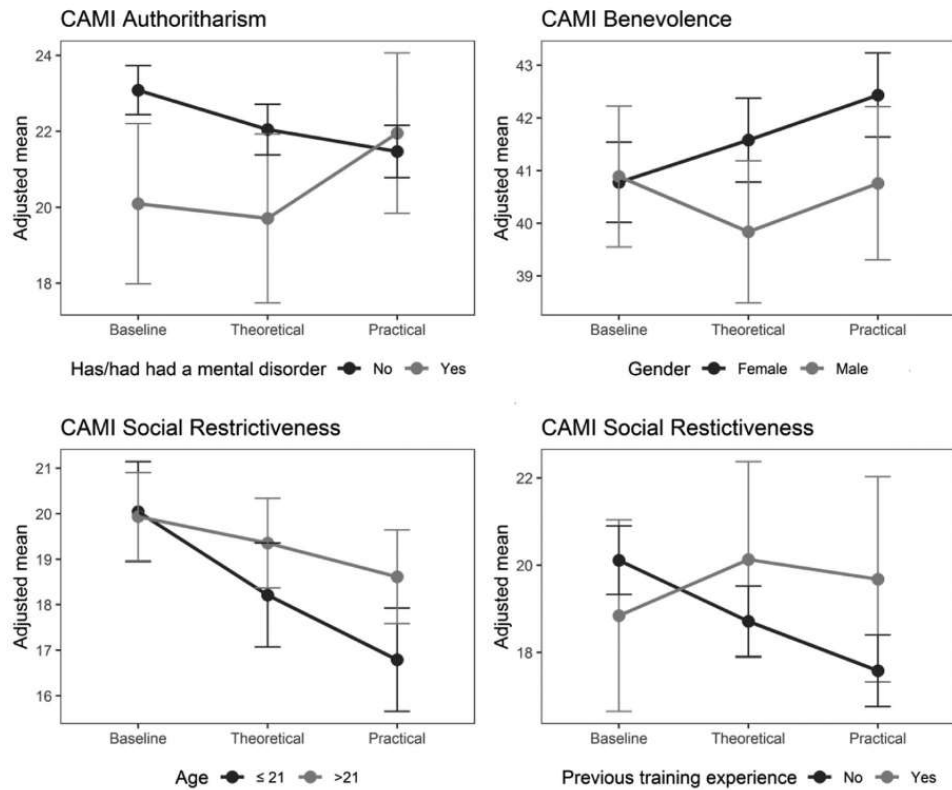


FIGURE 1 Models with statistically significant interactions. CAMI, Community Attitudes toward the Mentally

5 | CONCLUSIONS

In the course of their training in mental health, nursing students showed positive global attitudes toward MHP. However, stigmatizing attitudes may be generated during the period before the clinical placements and during the placements themselves. These attitudes may not be modified by social desirability bias. In general, female gender was associated with benevolent attitudes.

For this reason, we propose that future interventions in university teaching plans should prioritize training centered on proximity and inclusive care, to strengthen the integration of knowledge, attitudes, and skills. This focus may also help to break down respondents' prejudices.

6 | LIMITATIONS

Since the study sample included only students from universities in Catalonia, the findings may not be generalizable to other contexts. Not all sociodemographic characteristics of the participants were considered.

Certain factors that influenced the responses may have been overlooked, such as the degree of prior knowledge, the degree of professional experience before the study, and proximity or prior exposure to mental health.

In general, the reliability of the CAMI was high, but this was not so in the case of the Authoritarianism subscale. Therefore, the results for this factor must be interpreted with caution.

The finding that non-stigmatizing attitudes were associated with the female gender may be biased by the gender distribution of the sample, which was predominantly female. It would be interesting to conduct a study with a roughly equal representation of male and female nursing students to see whether the results are reproduced.

Other variables that could be considered influential, and which have not been analyzed in this study, are cultural and ethnic characteristics. For this reason, it is considered relevant to take them into account in the future.

Furthermore, there was no way of knowing the specific mental health department or setting to which the students had been assigned during their clinical placement, or the identity of the health-care experts who accompanied them during this period. These details

may have a bearing on the development of attitudes to mental health care and recovery. Given their possible influence on stigmatizing attitudes toward people with MHP, they should be considered in future research.

7 | IMPLICATION FOR PSYCHIATRIC NURSING PRACTICE

The analysis of attitudes toward mental health and the impact of social desirability among nursing students may provide essential information for the design of university teaching plans. Determining the stages of the training that generate the greatest awareness of stigma can help to promote positive attitudes among students which prepare them for the task of providing comprehensive and stigma-free care in their future careers.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank all the participants in the study for their collaboration. They also thank the ALTHAIA Foundation, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, for its support during the development of the study.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare that there are no conflict of interests.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Rosa Giralt Palou  <https://orcid.org/0000-0002-0625-8139>

Gemma Prat Vigué  <https://orcid.org/0000-0002-3739-3763>

Maria Romeu-Labayen  <https://orcid.org/0000-0001-9482-9474>

Glòria Tort-Nasarre  <http://orcid.org/0000-0001-5270-821X>

REFERENCES

- Al-Ma'ani, M. A. Q. M., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). The effect of contact-based interventions on the attitudes and behaviors of nursing students towards people with mental illness: A literature review. *Open Journal of Nursing*, 10(3), 260–276. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.103018>
- de Assunção Gil, I. M., dos Santos, J. C. P., & de Jesus Loureiro, L. M. (2016). Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders. *Revista Enfermagem*, 24, 1–8. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Stanulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2019). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study. *Nurse Education Today*, 19(84), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104243>
- Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2020). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; A single-group experimental study. *Nurse Education Today*, 84, 104243. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104243>
- Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *American Psychological Association*, 7(1), 1–20. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1080/03017609608413404>
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2018). Health care professionals attitudes towards mental illness: Observational study performed at a public health facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Dalky, H. F., Abu-Hassan, H. H., Dalky, A. F., & Al-Delaimy, W. (2020). Assessment of mental health stigma components of mental health knowledge, attitudes and behaviors among Jordanian healthcare providers. *Community Mental Health Journal*, 56, 524–531. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00509-2>
- Delaney, K. (2012). Psychiatric mental health nurses: Stigma issues we fail to see. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 333–335. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.006>
- Ebsworth, S. J., & Foster, J. L. H. (2017). Public perceptions of mental health professionals: Stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), 431–441. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228>
- Edward, K., Warelou, P., Hemingway, S., Hercelinskyj, G., Welch, A., McAndrew, S., & Stephenson, J. (2015). Motivations of nursing students regarding their educational preparation for mental health nursing in Australia and the United Kingdom: A survey evaluation. *BMC Nursing*, 14(29), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0084-8>
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. <https://www.worldcat.org/title/social-desirability-variable-in-personality-assessment-and-research/oclc/3015186>
- Eiroa-Orosa, F. J., Lomascolo, M., & Tosas-Fernández, A. (2021). Efficacy of an intervention to reduce stigma beliefs and attitudes among primary care and mental health professionals: Two cluster randomised-controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3):1214. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031214>
- Ferrando, P. J., & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383–389.
- Flaskerud, J. H. (2018). Stigma and psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(2), 188–191. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1307887>
- Fokuo, J. K., Goldrick, V., Rossetti, J., Wahlstrom, C., Kocurek, C., Larson, J., & Corrigan, P. (2016). Decreasing the stigma of mental illness through a student-nurse mentoring program: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0016-4>
- Foster, K., Withers, E., Blanco, T., Lupson, C., Steele, M., Giandinoto, J., & Fumess, T. (2019). Undergraduate nursing students' stigma and recovery attitudes during mental health clinical placement: A pre/

- post-test survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1068–1080. <https://doi.org/10.1111/inm.12634>
- Gilbert, P., & Stickley, T. (2012). "Wounded Healers": The role of lived-experience in mental health education and practice. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(1), 33–41. <https://doi.org/10.1108/17556221211230570>
- Giralt Palou, R., Prat Vigué, G., & Tort-Nasarre, G. (2019). Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 243–255. <https://doi.org/10.1111/ppc.12419>
- Goh, Y. S., Selvarajan, S., Chng, M. L., Tan, C. S., & Yobas, P. (2016). Using standardized patients in enhancing undergraduate students' learning experience in mental health nursing. *Nurse Education Today*, 45, 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.005>
- Goh, Y. S., Owyong, J. Q. Y., Seetoh, Y. T. M., Hu, Y., Chng, M. L., & Li, Z. (2021). Exploring pedagogies used in undergraduate mental health nursing curriculum: An Integrative Literature Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 47–61. <https://doi.org/10.1111/inm.12816>
- Granados-Gómez, G., López Rodríguez, M., del, M., Corral Granados, A., & Márquez-Hernández, V. V. (2017). Attitudes and beliefs of nursing students toward mental disorder: The significance of direct experience with patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 135–143. <https://doi.org/10.1111/ppc.12147>
- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., & Gesteira, C. (2016). La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1970), 206–217.
- Haerens, L., Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Van Petegem, S. (2015). Do perceived autonomy-supportive and controlling teaching relate to physical education students' motivational experiences through unique pathways? Distinguishing between the bright and dark side of motivation. *Psychology of sport and exercise*, 16(P3), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.08.013>
- Halter, M. J. (2008). Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>
- Happell, B., & Platania-Phung, C. (2012). Mental health placements in a general health setting: No substitute for the real thing! *Journal of Clinical Nursing*, 61(7), 2026–2033. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04016.x>
- Happell, B., Gaskin, C. J., Byrne, L., & Welch, A. (2015). Clinical placements in mental health: A literature review. *Journal Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), 44–51. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.915899>
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Koski, J., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2018). Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 480–491. <https://doi.org/10.1111/inm.12551>
- Happell, B., Platania-Phung, C., Bocking, J., Scholz, B., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Ellilä, H., Annaliina, V., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2018). Nursing students' attitudes towards people diagnosed with mental illness and mental health nursing: An International Project from Europe and Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(10), 829–839. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489921>
- Hastings, T. (2015). *Nursing student attitudes toward mental illness: A quantitative quasi-experimental study* (University of Phoenix). doi: ProQuest LLC: 3736711
- Hawthorne, A., Fagan, R., Leaver, E., Baxter, J., Logan, P., Snowden, A. (2020). Undergraduate nursing and midwifery student's attitudes to mental illness. *Nursing Open*, 7(4), 1118–1128. <https://doi.org/10.1002/nop2.494>
- Horgan, A., Donovan, M. O., Doody, R., Savage, E., Dorrity, C., O'sullivan, H., Goodwin, J., Greaney, S., Biering, P., Bjornsson, E., Bocking, J., MacGabhann, L., Russell, S., Griffin, M., Jan van der Vaart, K., Allon, J., Granerud, A., Hals, E., Pulli, J., ... Happell, B. (2021). Improving service user involvement in mental health nursing education: Suggestions from those with lived experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1780529>
- Hsiao, C. -Y., Lu, H. -L., & Tsai, Y. -F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Hunter, L., Weber, T., Shattell, M., & Harris, B. A. (2015). Nursing students' attitudes about psychiatric mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), 29–34. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.935901>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality and Quantity*, 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11335-011-9640-9>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2020). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychology and Health*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359–1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Lowder, D. M. (2007). *Examining the stigma of mental illness across the lifespan*. University of North Carolina Wilmington.
- Moreno Herrero, A. M., Sánchez Sánchez, F., & López de Lemus Sarmiento, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 1–10. <http://www.psyse.org/articulos/moreno.pdf>
- Morris, R., Scott, P. A., Cocoman, A., Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., & Clinton, G. (2012). Is the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale valid for use in the investigation of European nurses' attitudes towards the mentally ill? A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 460–470. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05739.x>
- Morrison, R. (2011). *Nursing students' attitudes toward people with mental illness: Do they change after instruction and clinical exposure?*. University of South Florida.
- van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40–48.
- Moxham, L., Taylor, E., Patterson, C., Perlman, D., Brighton, R., Sumskis, S., Keough, E., & Heffernan, T. (2016). Can a clinical placement influence stigma? An analysis of measures of social distance. *Nurse Education Today*, 44, 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003>
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology*, 15(1985), 263–280. <https://doi.org/10.1002/0471684228.egp13204>
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major

- depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Ochoa, S., Martínez-zambrano, F., Vila-badia, R., Arenas, O., Casas-anguera, E., García-morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D., & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
- O'Ferrall-González, C., Almenara-Barrios, J., García-Carretero, M. Á., Salazar-Couso, A., Almenara-Abellán, J. L., & Lagares-Franco, C. (2020). Factors associated with the evolution of attitudes towards mental illness in a cohort of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 237–245. <https://doi.org/10.1111/jpm.12572>
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6), 534–551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Perlman, D., Moxham, L., Patterson, C., Cregan, A., Alford, S., & Tapsell, A. (2019). Mental health stigma and undergraduate nursing students: A self-determination theory perspective. *Collegian*, 27(2), 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.08.001>
- Perlman, D., Moxham, L., Patterson, C., Cregan, A., Alford, S., & Tapsell, A. (2020). Mental health stigma and undergraduate nursing students: A self-determination theory perspective. *Collegian*, 27(2), 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.08.001>
- Phelean, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L., & Taylor, C. J. (2014). Stigma, status, and population health. *Social Science & Medicine*, 103, 15–23. <https://doi.org/10.1038/n.3871.Locus-Specific>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quiros-García, J. M., Solano-Ruiz, M. D. C., & Gómez-Salgado, J. (2019). Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated factors: A mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234870>
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- The European Higher Education. (1999). The Bologna Declaration of 19 June 1999. In *European Journal for Education Law and Policy*, 3, 77–79. <https://doi.org/10.1023/A:1022921426247>
- Roustaei, N., Jafari, P., Sadeghi, E., & Jamali, J. (2015). Evaluation of the relationship between social desirability and minor psychiatric disorders among nurses in Southern Iran: A robust regression approach. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(4), 301–308.
- Sari, S. P., & Yuliasuti, E. (2018). Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 414–418. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.005>
- Sayols-Villanueva, M., Ballester-Ferrando, D., Gelabert-Vilella, S., Fuentes-Pumarola, C., & Rascón-Hemán, C. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 2, 7–15. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2015.2.7>
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Sezer, H. (2018). How should clinical education be in nursing education? *Journal Nursing Research and Practice*, 2(1), 15.
- Shen, L., Zeng, H., Jin, X., Yang, J., Shang, S., & Zhang, Y. (2018). An innovative evaluation in fundamental nursing curriculum for novice nursing students: An observational research. *Journal of Professional Nursing*, 34, 412–416. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.05.002>
- Song, E. (2015). The nursing students' experience of psychiatric practice in South Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.005>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G., & Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), 948–953. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.011>
- Thomicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387, 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 292–305. <https://doi.org/10.1177/0020764016629699>
- Von Dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., Karow, A., Härter, M., & Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 775–782. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0599-1>
- Walsh, A. (2015). Are new mental nurses prepared for practice? *Mental Health Review Journal*, 20(2), 119–130. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-10-2014-0040>
- World Health Organization. (2019). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>
- Yamauchi, T., Semba, T., Sudo, A., Takahashi, N., Nakamura, H., Yoshimura, K., Koyama, H., Ishigami, S., & Takeshima, T. (2011). Effects of psychiatric training on nursing students' attitudes towards people with mental illness in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 574–579. <https://doi.org/10.1177/0020764010374419>

How to cite this article: Giralt Palou, R., Prat Vigué, G., Torà Suarez, N., Romeu-Labayen, M., & Tort-Nasarre, G. (2021). The development of positive attitudes toward mental health among university nursing students: Countering the role of social desirability. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–11. <https://doi.org/10.1111/ppc.12976>

13.4. Article estudi longitudinal de mesures repetides II

Títol: Analysis of stigma in relation to behaviour and attitudes towards mental health as influenced by social desirability in nursing students

Autors (segons ordre publicació):

Rosa Giralt Palou, Gemma Prat Vigué, Maria Romeu-Labayen, Glòria Tort-Nasarre.

Revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

Any: 2022

Tipus: Research Paper - Longitudinal study

DOI: 10.3390/ijerph19063213

ISSN: 1660-4601

Base de dades d'indexació: Journal Citation Reports-JCR

Quartil i Àrea: Q1 – Public, Environmental & Occupational Health

Impact Factor: 3.390 (2020)

Article

Analysis of Stigma in Relation to Behaviour and Attitudes towards Mental Health as Influenced by Social Desirability in Nursing Students

 Rosa Giralt Palou ^{1,2,*}, Gemma Prat Vigué ², Maria Romeu-Labayen ³ and Glòria Tort-Nasarre ^{1,4}
¹ Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, 25003 Lleida, Spain; gloria.tort@udl.cat

² SaMIS Group, Division of Mental Health, Althaia Foundation-UVic, 08243 Barcelona, Spain; gprat@althaia.cat

³ Adult Mental Health Center Horta Guinardo, Department of Public Health, Mental Health and Mother-Infant Nursing, University of Barcelona, 08007 Barcelona, Spain; mariaromeu@ub.edu

⁴ Health Education Research Group, Nursing and Physiotherapy Department, University of Lleida, 25003 Lleida, Spain

* Correspondence: rosamaría.giralt@udl.cat or rgiralt@althaia.cat



Citation: Giralt Palou, R.; Prat Vigué, G.; Romeu-Labayen, M.; Tort-Nasarre, G. Analysis of Stigma in Relation to Behaviour and Attitudes towards Mental Health as Influenced by Social Desirability in Nursing Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 3213. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063213>

Academic Editor: Florian Fischer

Received: 18 January 2022

Accepted: 2 March 2022

Published: 9 March 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The training undergraduate nursing students receive, both in terms of theoretical input and clinical practice, may help to instil a less stigmatising perception of mental health. To analyse the perceived evolution of attitudes and expected behaviours, a longitudinal repeated measures study was conducted in a population of student nurses during their undergraduate mental health education. The Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale, a Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future Health workers, and the Reported and Intended Behaviour Scale were completed. A mixed linear model was used to assess the effect of each factor in the questionnaires before and after the various stages of the students' training in mental health. The overall effect of each factor was assessed by testing the interaction between factor and group, both with and without adjustment with the Social Desirability Scale. The results showed that the clinical practice stage, due to the proximity to care for people with mental health problems, improves attitudes and behaviours towards mental health in students who have not had mental health problems, and also in younger students. In conclusion, integrated, holistic training during the period of clinical practice was associated with positive changes in the attitudes and intended behaviour.

Keywords: attitudes; stigma; expected behaviour; social desirability; higher education; mental health; nursing students

1. Introduction

Stigma is an attribute that has been analysed all through history. Etymologically, the word comes from Latin and Greek, where it meant a tattoo or a mark that might be applied to criminals as a punishment, or alternatively to social groups considered to have supernatural powers [1]. Over the years, the concept of stigma has gained prominence in many of the currents that study the impact of stigma on people with a mental health problem (MHP) [2]. Goffman (1963) defined it as a discrediting attribute, in which the external group discriminates against, devalues and punishes people affected by a mental health problem, and which obliges those affected to accept this discredit [3]. These attitudes and behaviours may be due to ignorance and prejudice [4], and according to the World Health Organization (2013), they affect all areas of the lives of people with MHP [5]. For this reason, the WHO argues that attention to mental health, defined as “state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”, should be oriented towards mental health prevention, and should encourage social participation in the promotion and assessment of mental health in order to reduce

stigmatization and discrimination. However, health professionals are often reluctant to take on this responsibility [6,7]. Within the health community, the nursing profession stands out for its direct and comprehensive approach to the care of mental health [8]. However, the lack of integrated knowledge regarding people with MHP and the skills required to treat them can in some cases generate attitudes and behaviours that favour stigmatization or overprotection, and fail to facilitate both the acceptance and the empowerment of persons with MHP and their participation in the health process itself [9–12]. This trend may be observed in undergraduate nursing students undergoing mental health training and may lead to ineffective learning, negative attitudes and behaviours, and social distance [13]. If this occurs, the nursing care given may not be sufficiently geared toward the recovery of people with MHP [14,15]. In contrast, in the best case scenario, nursing interventions can lead to a change of perspective with regard to stigmatizing attitudes and behaviours toward MHP [16]. Nursing professionals express more positive attitudes toward MHP as they gain experience [17,18]. Similarly, in university nursing students, training based on theoretical input can encourage favourable attitudes toward people with MHP. It also provides better preparation for later clinical practice [19], when interventions are provided directly with MHP. At this stage, due to the proximity of care, students' anxiety and fears about mental illness are reduced [15,20,21], directing their attention towards acceptance and a positive attitude [19,22–24]. They also feel better prepared to perform specific mental health nursing procedures [25]. Thus, university training, based on the transmission of knowledge, the promotion of skills and attitudes integrated and focused on the person presenting MHP, can foster a positive change in the attitudes and behaviours regarding stigma among university nursing students [26,27].

However, it must be acknowledged that we live in social environments with their own norms, and that these norms frame socially desirable behaviours. This is how the tendency towards social desirability is forged [28,29]. According to Tourangeau and Yan (2007) social desirability is a dimension through which people's responses reflect an attitude or behaviours that conforms to social norms [30]. In order to avoid social disapproval, people may avoid expressing their real opinions; thus, when analysing stigmatising attitudes and behaviours regarding mental health, social desirability may distort people's responses and produce biased, unreliable data [31,32].

For all these reasons, in the present study, considering as a hypothesis that high quality university education will reduce stigmatising attitudes and behaviours towards care for people with mental health problems, the aim is to analyse the intended behaviours and attitudes towards MHP in a group of nursing students who receive training in mental health, taking into account the influence of social desirability.

2. Material and Methods

2.1. Study Design, Population and Setting

A longitudinal repeated-measures study carried out in a sample of 162 undergraduate nursing students from an original group of 180 students enrolled on a general mental health training program, studying at two universities in Catalonia, Spain.

The inclusion criteria were enrolment in the mental health nursing course, attendance at the induction session, provision of informed consent and the completion of the questionnaires. The students who only provided data at the first stage of the study were excluded.

Data were collected from September 2016 through June 2018.

2.2. Instruments

The questionnaire recorded socio-demographic data, including age, sex, history of a mental health problem, direct contact (present or past) with people with MHP, and previous professional experience and/or training in mental health. It also included scales measuring attitudes, intended behaviours and social desirability in relation to mental health.

2.2.1. Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA)

The MICA scale assesses attitudes toward mental health issues. Version 4 is specific to students and health professionals. It is scored on a Likert-type scale consisting of 16 items with six answer options, in which values of 1 indicate strong agreement and 6 strong disagreements. Overall scores range from a minimum of 16 to a maximum of 96, with higher scores indicating more stigmatizing and negative attitudes toward mental illness. The original scale had acceptable reliability ($\alpha \geq 0.7$). The validity indicated a moderate correlation with the items [33,34].

2.2.2. The Spanish Scale for Measuring Attitudes to the Mentally Ill among Future Health Workers—Escala de Medición de Actitudes Hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud (Spanish Acronym EMAEMFTS)

This scale measures attitudes toward people with MHP among university students studying health degrees. It uses a 20-item Likert-type scale, with five response options ranging from 0, "strong agreement" to 4, "strong disagreement". The overall score ranges from 0 to 80, with higher scores indicating more positive attitudes toward mental health. The scale's reliability is $\alpha 0.87$, and its validity is high [35].

2.2.3. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

This scale assesses the presence of reported and intended behaviours in the general population in different mental health contexts, e.g., being with, working with, living close to, and having a relationship with a person with MHP. It is scored on a 5-point Likert scale, with five answer options ranging from 1 = strong disagreement and 5 = strong agreement. The overall score ranges from 0 to 20, with higher scores indicating more favourable expected behaviours. As regards its psychometric properties, it has a reliability of $\alpha 0.75$, and high validity [36,37].

2.2.4. Social Desirability Scale (SDS)

This scale explores the tendency in respondents to modify their answers in order to present themselves in a favourable light, based on convenience and conformity with social norms.

The scale consists of 33 items, with two answer options (true and false). The overall score ranges from 0 to 33, with higher scores indicating higher social desirability. As regards its psychometric properties the original scale had a reliability of 0.70–0.85 [28,38].

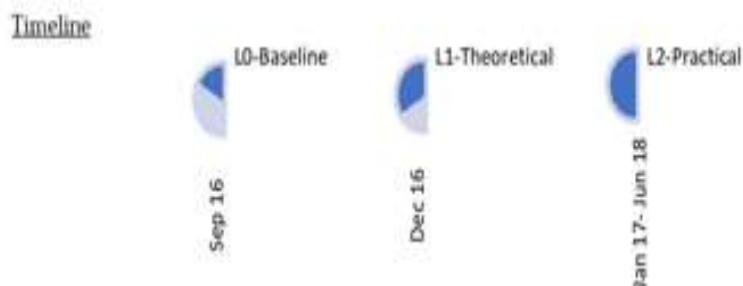
2.3. Ethical Considerations

The study was approved by the Ethics and Research Committees of the universities (file No 07/2016). Prior to the start of the study, potential participants were invited to an information session at which the study was described. Care was taken to ensure that the information given did not generate stigmatizing tendencies or any social bias.

Participants who agreed to enter the study gave their written consent immediately prior to the administration of the instruments. Confidentiality and anonymity were guaranteed.

2.4. Procedure

Data were collected at three different time points. In the first (L0), in September 2016, students had not yet started their theoretical training. In the second (L1), in December 2016, they had completed their theoretical training, and in the third (L2), from January 2017 to June 2018, they had completed their clinical placement period.



At each time point, the questionnaires were administered individually to each student, after informing them of the purpose of the study. Students were also told that participation was voluntary and anonymous, and would not influence their academic outcomes.

2.5. Statistical Analysis

In the descriptive analyses, means and standard deviations were used for continuous variables and frequencies and percentages for categorical variables. Cronbach's alphas were calculated to measure the internal consistency of the questionnaires before and after each period of mental health training (baseline, post-theoretical input and post-clinical practice).

For each questionnaire, linear mixed models were used, performing one-way ANOVA for statistical assessment of the differences in groups. Pairwise comparisons were used to determine which group differences were statistically significant.

A linear mixed model was used to assess the effect of each factor on the questionnaires before and after each period of mental health training. The factor, group and factor-by-group interaction were included as fixed effects, and students were included as random effects of the different repeated measures. The overall effect of each factor was assessed by testing the interaction between factor and group, both with and without adjustment with the SDS.

Finally, factors and factor-by-group interaction found to be associated in each questionnaire were entered into multiple linear mixed models. The final models were performed adjusting for the SDS, estimating the regression coefficients and their 95% confidence intervals.

The restricted maximum likelihood calculation method was used in the models. The appropriate covariance structure for the data was determined using the Akaike Information Criterion. A two-sided type I error of 5% was considered statistically significant. Data were analysed using IBM SPSS Statistics for Windows version 25 (IBM Corp, Armonk, New York, NY, USA) and R version 3.3.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

3. Results

3.1. Participants Characteristics

The main socio-demographic characteristics were recorded for the 162 students included (i.e., 90% of the study population initially recruited). Mean age was 23 years (± 5.9), and 75.3% were women.

Almost two-thirds of the sample (66.0%) knew someone close to them who had or had had a mental health problem, while only 8.6% had or had had a mental health problem themselves. In all, 11.1% of the sample had previous professional experience in mental health, and 10.5% had previous training experience in mental health (Table 1).

Table 1. Participants characteristics.

Characteristic	n = 162
Age	23.0 (SD 5.9)
Gender	
Female	122 (75.3)
Male	40 (24.7)
Contact with people who have or had a mental disorder	
No	55 (34.0)
Yes	107 (66.0)
Has or had had a mental disorder	
No	148 (91.4)
Yes	14 (8.6)
Previous professional experience	
No	144 (88.9)
Yes	18 (11.1)
Previous training experience	
No	145 (89.5)
Yes	17 (10.5)

Data presented as: mean (SD), n (%).

3.2. Evolution of Scores in Attitudes Based on Participants Characteristics and Mental Health Training

Table 2 presents the overall scores of the means, standard deviation, and differences between groups before and after each period of mental health training. Significant overall differences were shown in each of the scales studied, as well as when comparing each progressive period of university training, pointing to a progressive reduction in stigmatizing attitudes and an increase in favourable intended behaviour.

Table 2. Global scales results and differences between groups before and after each period of mental health learning.

	L0	L1	L2	p	p		
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	General	L0 vs. L1	L0 vs. L2	L1 vs. L2
MICA	40.6 (7.7)	39.9 (9.2)	37.7 (8.1)	0.001	0.633	0.003	0.010
EMAEMFTS	52.3 (10.4)	55.0 (10.4)	58.0 (10.1)	<0.0001	0.002	<0.0001	0.0002
RIBS	14.7 (3.6)	15.4 (3.7)	16.5 (3.3)	<0.0001	0.071	<0.0001	0.0002

Data presented as: mean (SD), $p \leq 0.05$. MICA: Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale; Spanish acronym EMAEMFTS: Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers; RIBS: Reported and intended Behaviour Scale; SDS: Social Desirability Scale. Baseline = L0; Theoretical = L1; Practical = L2.

Table 3 shows the internal consistency of the scales.

Table 3. Cronbach's alpha.

	α		
	L0	L1	L2
MICA	0.617	0.71	0.644
EMAEMFTS	0.859	0.876	0.873
RIBS	0.700	0.762	0.759
SDS	0.773	0.799	0.808

MICA: Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale; Spanish acronym EMAEMFTS: Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers; RIBS: Reported and intended Behaviour Scale; SDS: Social Desirability Scale. Baseline = L0; Theoretical = L1; Practical = L2.

The internal consistency values obtained on all the scales were similar to those of the original versions. Thus, it can be considered that the instruments used ensure reliable results.

3.3. Associations between Participants Characteristics

Each variable was associated with each of the factors both adjusting and not adjusting for the SDS. In this case, the associations were significant with respect to the RJBS scale in students aged 21 or less, and after the completion of the theoretical input stage (p 0.004). In addition, in the case of the EMAEMFTS scale, significant associations were reported during the period of clinical practice and in students who had not presented an MHP (p 0.003). In both scales the results are maintained regardless of adjustment of the SDS. (Table 4). Figure 1 shows the models with statistically significant interactions.

Table 4. Mean for participants characteristics and related to social desirability-adjusted mental health exposure.

								Unadjusted			Adjusted by SDS		
		L0		L1		L2		p			p		
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Time	Categ	Time x	Time	Categ	Time x
MICA		Categ											
Gender	Male	42.2	8	43.5	10.7	42.4	7.9						
	Female	41	8.1	39.1	9.1	37.3	7.5	0.000	0.110	0.295	0.000	0.050	0.239
Age	≤21	39.5	7.1	38.9	8.4	36.4	8						
	>21	41.4	8.1	40.1	9.8	38.8	8	0.000	0.077	0.889	0.000	0.054	0.878
Contact with people who have or had a mental disorder	No	40.4	7.9	40	10.9	37.7	8.3						
	Yes	40.6	7.6	39.8	8.4	37.7	7.9	0.000	0.983	0.916	0.000	0.619	0.911
Has or had had a mental disorder	No	40.5	7.5	40.3	9.3	38	8.2						
	Yes	40.7	9.6	35.2	8.1	35.3	5.5	0.000	0.259	0.198	0.000	0.144	0.282
Previous professional experience	No	40.7	7.3	40	9	37.8	8						
	Yes	39	10.2	38.5	11	36.7	8.6	0.000	0.419	0.829	0.000	0.469	0.828
Previous training experience	No	40.7	7.6	39.8	9.2	37.5	8						
	Yes	39.1	8.2	40.1	10.1	39.6	8.2	0.000	0.984	0.252	0.000	0.936	0.260
EMAEMFTS													
Gender	Male	50.7	9.9	51.2	10.8	52.8	11						
	Female	53.4	11.4	56.3	10.7	58.5	10.1	<0.0001	0.124	0.169	<0.0001	0.071	0.156
Age	≤21	52	9.7	55.5	9.9	59.4	9.3						
	>21	52.3	11	54.5	10.9	56.8	10.6	<0.0001	0.659	0.172	<0.0001	0.590	0.166
Contact with people who have or had a mental disorder	No	50.5	10	54	11	57.7	11						
	Yes	53.2	10.5	55.5	10.3	58.1	9.7	<0.0001	0.275	0.309	<0.0001	0.140	0.353
Has or had had a mental disorder	No	51.8	9.8	54.6	10.3	58	10.1						
	Yes	57.5	15	59.6	12	57.2	10.3	<0.0001	0.299	0.033	<0.0001	0.201	0.033
Previous professional experience	No	51.9	10.4	55.0	10.5	57.8	10.3						
	Yes	55.7	10.5	55	10	59.2	8.5	<0.0001	0.366	0.360	<0.0001	0.398	0.316
Previous training experience	No	52.2	10.6	55.2	10.6	58.2	10.4						
	Yes	53.3	8.6	52.8	9	56	6.7	<0.0001	0.805	0.403	<0.0001	0.767	0.405

Table 4. Cont.

								Unadjusted			Adjusted by SDS		
		L0		L1		L2		P			P		
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Time	Categ	Time x	Time	Categ	Time x
RIBS													
Gender	Male	14.9	3.9	14.2	4.6	15.2	4.2						
	Female	15.1	3.4	16.1	3.2	16.3	3.4	<0.0001	0.211	0.077	<0.0001	0.122	0.064
Age	≤21	14.2	3.8	15.0	3.6	17.1	2.8						
	>21	15.1	3.5	15.4	3.8	16	3.6	<0.0001	0.980	0.004	<0.0001	0.937	0.004
Contact with people who have or had a mental disorder	No	14	3.5	14.7	4	16.2	3.6						
	Yes	15.1	3.7	15.7	3.6	16.7	3.2	<0.0001	0.086	0.620	<0.0001	0.028	0.671
Has or had had a mental disorder	No	14.5	3.6	15.2	3.7	16.5	3.3						
	Yes	17	3.2	17.2	2.6	17	3.9	<0.0001	0.078	0.117	<0.0001	0.039	0.104
Previous professional experience	No	14.6	3.5	15.5	3.6	16.6	3.2						
	Yes	15.5	4.5	14.4	4.2	15.8	4.5	<0.0001	0.797	0.089	<0.0001	0.729	0.073
Previous training experience	No	14.7	3.5	15.6	3.5	16.6	3.2						
	Yes	14.35	5.1	13.7	5	15.4	4.3	<0.0001	0.159	0.356	<0.0001	0.140	0.351

Data presented as: Mean (SD); $p \leq 0.05$. MICA: Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale; Spanish acronym EMAEMFTS: Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers; RIBS: Reported and intended Behaviour Scale. Baseline = L0; Theoretical = L1; Practical = L2.

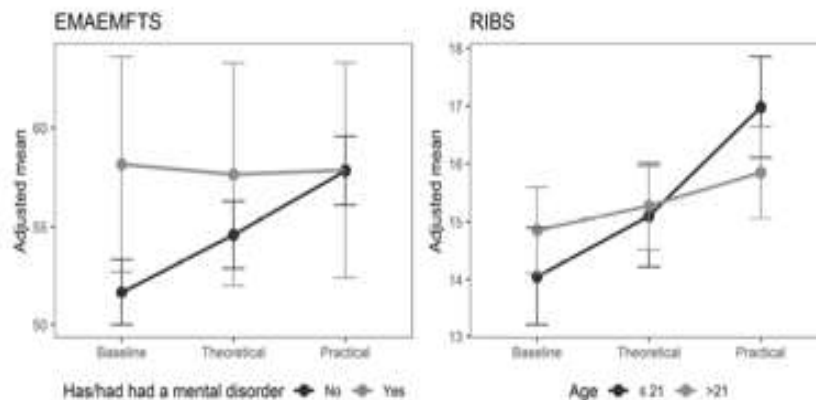


Figure 1. Models with statistically significant interactions. Spanish acronym EMAEMFTS: Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers; RIBS: Reported and intended Behaviour Scale. Baseline = L0; Theoretical = L1; Practical = L2.

4. Discussion

This study examines the intended behaviour and attitudes toward mental health among undergraduate nursing students over the course of their training in the field of mental health. We believe that this is the first study in our country to assess these concepts among nursing students also taking account of the influence of social desirability.

The evolution of the students' overall scores over the course of their training period presented significant improvements in both future intended behaviours and attitudes toward people with MHP. These results are in line with those obtained by Clement et al. (2012) when analysing different training strategies in nursing students, such as watching

recordings of service users/informal carers relating their experiences or watching live presentations by people with MHP [39]. Attitudes also improve during the training process in medical students [40,41] and in health professionals from different disciplines who treat patients with mental health issues [42].

As for the factors associated with attitudes, the EMAEMFTS scale showed an association between positive attitudes and the absence of MHP after the completion of the clinical placement period, both with and without adjustment for social desirability bias measured by the SDS. The use of this instrument created and validated in the same country, although considered a strength of this research, the evidence sought points to the non-existence of other studies where this scale is considered, so the results cannot be contrasted. Studies using other scales have indicated acceptance and positive attitudes toward mental health after contact with people with MHP [43–45].

Other studies suggest a relationship between the training received and less stigmatising attitudes of student nurses, providing a more positive experience in relation to mental health care [46]. Better acquisition of knowledge, attitudes and future behaviour was also reported when university teaching plans for mental health include the issue of stigma [47]. However, one of the key components of the training in mental health given to nursing students is the integration of conceptual learning through clinical practices. In clinical placements, through the closeness of nursing care, interest in and empathy for individuals with MHPs is enhanced [23,48]. Unfortunately, not all clinical practice environments reinforce the knowledge already acquired: in one study, participants who carried out their clinical practices in a non-mental health setting did not demonstrate more favourable attitudes toward mental health nursing [20]. For this reason, practice environments must promote the acquisition of appropriate skills in order to improve behaviours and attitudes toward people with MHP [49,50].

The clinical placement period also had a significant effect on the expected behaviour of our sample of students aged 21 or under, and do not suffer and have not suffered from any MHP, regardless of social desirability. This trend can be interpreted as younger students also being more malleable, improving more easily in new learning, and extrapolating these into their own personal and professional attitudes [47]. The current study provides new information regarding the positive impact of direct contact with MHP on young nursing students. This trend is also seen in the general population [51], but not in all samples of nursing students [47] or professional nurses [52,53].

One of the strengths of this research is based on the fact that one of the characteristics analysed was the evolutionary process of stigmatising attitudes and behaviours towards MHPs, due to the fact that they suffer or have suffered from a MHP, taking into account the influence of social desirability. According to the literature reviewed, it has not been previously investigated in university nursing students [18,23,45,47]. It has also not been studied in the general population [37,51].

In our study we did not find significant results when analysing the variables on the MICA scale. Previous reports using this scale have indicated lower stigmatizing attitudes both in nursing students whose training includes direct social contact with people with MHP [39] and in health professionals receiving new theoretical input in mental health [53]. In addition, in psychiatry students, the results suggested a decrease in stigmatizing attitudes when participants had MHP or had friends or family in this situation [41]. Those results were consistent with those reported by Hernandez Arroyo et al. (2015), in a population of medical students who had not yet had direct contact with people with MHP, and by Dalky et al. (2020), with health professionals with less knowledge of mental health and less direct contact with people with MHP; in those studies, the authors recorded an undesirably high level of stigmatizing attitudes [34,52].

Gender was also not a significant variable in our research. However, previous reports have indicated gender-related differences with regard to stigma, finding female gender to be a protective and destigmatizing factor both in the nursing environment [53] and in the general population [54]. However, Aznar-Lou et al. (2016) found more positive

attitudes among males [51]; Dalky et al. (2019) suggested that gender may generate social desirability bias [52]—as did Rasinski et al. (1994), who found that when asked questions by interviewers and in the presence of relatives women were less likely to tell the truth [55].

These results suggest the need to continue emphasizing the value of direct contact with people with MHP in undergraduate nursing training in mental health. Petkari et al. (2018) also identified the battle against stigma and social distance as key elements in students' clinical practice periods [56]. One of the new tools for encouraging the integration of knowledge is the participation of expert patients (Experts by Experience) in mental health training plans [57]. Introducing this change into university frameworks opens up a new perspective, and may enhance nursing care and interventions focused on the recovery and autonomy of people with MHP.

Limitations of the Study

As this study included only students at Catalan universities, the findings may not be generalizable to other contexts. Not all sociodemographic characteristics of the participants were considered; possibly, influential response factors may have been overlooked, such as socioeconomic status, ethnic characteristics, level of prior knowledge, level of prior professional experience, and degree of closeness to mental health.

At the time of data collection, although participants had been told that their participation would not affect their academic performance, the fact that they were enrolled in a mental health training course may have made them feel compelled to participate. However, data collection was voluntary, anonymous, and coded.

Finally, there may have been a self-selection bias, with only the most motivated students participating in the study. Those who declined to participate were not required to give their reasons.

5. Conclusions

In undergraduate nursing students, training in practical settings in which the focus is on personal care may achieve positive changes in attitudes toward mental health and foster non-stigmatizing values and behaviours.

Our results may be relevant to the design of nursing curricula, consolidating the integration of theoretical input and skills with practice-based learning. The recognition of the possible effects of social desirability bias also increases the authenticity of the responses regarding attitudes and intended future behaviour.

Relevance to Clinical Practice

The main contribution of this study is its authentic and sincere reflection of the attitudes of nursing students to mental health care. It also identifies the stages in the training period that are most conducive to achieving positive changes in attitudes and future intended behaviours in relation to mental health. The results may provide guidance on the training itineraries and input that should be intensified in order to reduce stigmatizing attitudes toward people with MHP.

Author Contributions: Conceptualisation, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; methodology, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; software, R.G.P.; validation, R.G.P.; G.P.V.; M.R.-L.; G.T.-N.; formal analysis, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; research, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; resources, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; resources, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; data preservation, R.G.P.; original drafting-drafting, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; drafting-revising and editing, R.G.P.; G.P.V.; M.R.-L.; G.T.-N.; visualisation, R.G.P.; M.R.-L.; G.T.-N.; visualisation, R.G.P.; supervision, G.P.V.; G.T.-N.; project management, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; obtaining funding, R.G.P.; G.P.V.; G.T.-N.; All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research has received specific funding from the University of Lleida and Althaia-Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Institutional Review Board Statement: The study has been conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and has been approved by the Ethics and Research Committees of the Universities (file No 07/2016) for human studies.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained for all study subjects.

Data Availability Statement: Data is contained within the article.

Acknowledgments: The authors would like to thank all the participants in the study for their contributions, as well as the Fundació Assistencial Universitària Althaia and the University of Lleida for their help in the development of the study.

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

References

- Rossler, W. The stigma of mental disorders. A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *Sci. Soc.* **2016**, *17*, 1250–1253. [\[CrossRef\]](#)
- Stier, A.; Hinshaw, S.P. Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Aust. Psychol.* **2007**, *42*, 106–117. [\[CrossRef\]](#)
- Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*; Prentice-Hall: New York, NY, USA, 1963; pp. 1–168.
- Thornicroft, G.; Mehta, N.; Clement, S.; Evans-lacko, S.; Doherty, M.; Rose, D.; Koschorke, M.; Shidhaye, R.; Reilly, C.O. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* **2016**, *387*, 1123–1132. [\[CrossRef\]](#)
- World Health Organization (WHO). *Mental Health Action Plan 2013–2020*; WHO: Geneva, Switzerland, 2013; Volume 86, pp. 1–50.
- Thornicroft, G.; Rose, D.; Mehta, N. Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do? *Adv. Psychiatr. Treat.* **2010**, *16*, 53–59. [\[CrossRef\]](#)
- Tapia, F.M.; Castro, W.L.; Poblete, C.M.; Soza, C.M. Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Ment.* **2015**, *38*, 53–58. [\[CrossRef\]](#)
- Stuart, G.W. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 10th ed.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2013; pp. 1–832. ISBN 9780323091145.
- Bertram, G.; Stickley, T. Mental health nurses, promoters of inclusion or perpetrators of exclusion? *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2005**, *12*, 387–395. [\[CrossRef\]](#)
- Jack-Ide, I.O.; Uys, L.R.; Middleton, L.E. Mental health care policy environment in Rivers State: Experiences of mental health nurses providing mental health care services in neuro-psychiatric hospital, Port Harcourt, Nigeria. *Int. J. Ment. Health Syst.* **2013**, *7*, 8. [\[CrossRef\]](#)
- Ross, C.A.; Goldner, E.M. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2009**, *16*, 558–567. [\[CrossRef\]](#)
- Fokuo, J.K.; Goldrick, V.; Rossetti, J.; Wahlstrom, C.; Kocurek, C.; Larson, J.; Corrigan, P. Decreasing the Stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community Ment. Health J.* **2016**, *53*, 1–9. [\[CrossRef\]](#)
- Zartaloudi, A.; Madianos, M. Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Sci. J.* **2010**, *4*, 77–83.
- Heyman, I.; Webster, B.J.; Tee, S. Curriculum development through understanding the student nurse experience of suicide intervention education—A phenomenographic study. *Nurse Educ. Pract.* **2015**, *15*, 498–506. [\[CrossRef\]](#)
- Happell, B.; Byrne, L.; Platania-Phung, C.; Harris, S.; Bradshaw, J.; Davies, J. Lived-experience participation in nurse education: Reducing stigma and enhancing popularity. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2014**, *23*, 427–434. [\[CrossRef\]](#)
- Bates, L.; Stickley, T. Confronting Goffman: How can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2013**, *20*, 569–575. [\[CrossRef\]](#)
- Linden, M.; Kavanagh, R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J. Adv. Nurs.* **2012**, *68*, 1359–1368. [\[CrossRef\]](#)
- Rodríguez-Almagro, J.; Hernández-Martínez, A.; Rodríguez-Almagro, D.; Quiros-García, J.M.; Solano-Ruiz, M.d.C.; Gómez-Salgado, J. Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated factors: A mixed-methods study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 4870. [\[CrossRef\]](#)
- Happell, B. Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing: Acknowledging the role of theory. *Issues Ment. Health Nurs.* **2009**, *30*, 39–46. [\[CrossRef\]](#)
- Happell, B.; Platania-Phung, C. Mental health placements in a general health setting: No substitute for the real thing! *J. Clin. Nurs.* **2012**, *61*, 2026–2033. [\[CrossRef\]](#)
- Henderson, S.; Happell, B.; Martin, T. Impact of theory and clinical placement on undergraduate students mental health nursing knowledge, skills, and attitudes. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2007**, *16*, 116–125. [\[CrossRef\]](#)
- Ewalds-Kvist, B.; Högberg, T.; Lützen, K. Student nurses and the general population in Sweden: Trends in attitudes towards mental illness. *Nord. J. Psychiatry.* **2012**, *9488*, 164–170. [\[CrossRef\]](#)
- Giralt Palou, R.; Prat Vigué, G.; Tort-Nasarre, G. Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspect. Psychiatr. Care* **2019**, *55*, 243–255. [\[CrossRef\]](#)

24. Morrison, R. *Nursing Students' Attitudes toward People with Mental Illness: Do They Change after Instruction and Clinical Exposure?* University of South Florida: Tampa, FL, USA, 2011.
25. Romem, P.; Anson, O.; Kanat-Maymon, Y.; Moisa, R. Reshaping Students' Attitudes Toward Individuals with Mental Illness Through a Clinical Nursing Clerkship. *J. Nurs. Educ.* **2008**, *47*, 396–403. [\[CrossRef\]](#)
26. Tee, S.; Sinem, Y.; Özçetin, U. Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co-design with nursing students. *Nurse Educ. Today J.* **2016**, *44*, 116–120. [\[CrossRef\]](#)
27. Happell, B.; Platania-Pfung, C.; Scholz, B.; Bocking, J.; Horgan, A.; Manning, F.; Doody, R.; Hals, E.; Granerud, A.; Lahti, M.; et al. Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2018**, *28*, 480–491. [\[CrossRef\]](#)
28. Crowne, D.; Marlowe, D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J. Consult. Psychol.* **1960**, *24*, 349–354. [\[CrossRef\]](#)
29. Nederhof, A.J. Methods of coping with social desirability bias: A review. *Eur. J. Soc. Psychol.* **1985**, *15*, 263–280. [\[CrossRef\]](#)
30. Tourangeau, R.; Yan, T. Sensitive Questions in Surveys. *Psychol. Bull.* **2007**, *133*, 859–883. [\[CrossRef\]](#)
31. Perinelli, E.; Gremigni, P. Use of social desirability scales in clinical psychology: A systematic review. *J. Clin. Psychol.* **2016**, *72*, 534–551. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
32. Henderson, C.; Evans-Lacko, S.; Flach, C.; Thornicroft, G. Responses to mental health stigma questions: The importance of social desirability and data collection method. *Can. J. Psychiatry* **2012**, *57*, 152–160. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
33. Gabbidon, J.; Clement, S.; van Nieuwenhuizen, A.; Kassam, A.; Brohan, E.; Norman, I.; Thornicroft, G. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Res.* **2013**, *206*, 81–87. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
34. Hernandez Arroyo, L.; Mesa Rodas, N.; Rentero Martín, D.; Puerta Rodríguez, S.; Nieves Camicer, M. Stigma Related to Mental Illness in Medical Students From Madrid. *Eur. Psychiatry* **2015**, *30*, 1877. [\[CrossRef\]](#)
35. Fernandez-Rios, L.; Torres-Collazo, M.; Carballal-Balsa, M. Una Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud (*) A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers. *Rev. Asoc. Española Neuropsiquiatría* **1988**, *8*, 637–651.
36. Evans-Lacko, S.; Rose, D.; Little, K.; Flach, C.; Rhydderch, D.; Henderson, C.; Thornicroft, G. Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): A stigma-related behaviour measure. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **2011**, *20*, 263–271. [\[CrossRef\]](#)
37. Rubio-Valera, M.; Fernández, A.; Evans-Lacko, S.; Luciano, J.V.; Thornicroft, G.; Aznar-Loix, I.; Serrano-Blanco, A. Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *Eur. Psychiatry* **2016**, *31*, 44–51. [\[CrossRef\]](#)
38. Ferrando, P.J.; Chico, E. Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema* **2000**, *12*, 383–389.
39. Clement, S.; Van Nieuwenhuizen, A.; Kassam, A.; Flach, C.; Lazarus, A.; De Castro, M.; McCrone, P.; Norman, I.; Thornicroft, G. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* **2012**, *201*, 57–64. [\[CrossRef\]](#)
40. Simon, N.; Verdoux, H. Impact of education program and clinical posting in psychiatry on medical students' stigmatizing attitudes towards psychiatry and psychiatric disorders. *Encephale* **2018**, *44*, 329–336. [\[CrossRef\]](#)
41. Eksteen, H.C.; Becker, P.J.; Lippi, G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2017**, *63*, 782–791. [\[CrossRef\]](#)
42. Li, J.; Li, J.; Huang, Y.; Thornicroft, G. Mental health training program for community mental health staff in Guangzhou, China: Effects on knowledge of mental illness and stigma. *Int. J. Ment. Health Syst.* **2014**, *8*, 49. [\[CrossRef\]](#)
43. Ben Natan, M.; Drori, T.; Hochman, O. Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2015**, *29*, 388–392. [\[CrossRef\]](#)
44. Çingöl, N.; Karakaş, M.; Zengin, S.; Çelebi, E. The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study. *Nurse Educ. Today* **2019**, *79*, 104243. [\[CrossRef\]](#)
45. Granados-Gómez, G.; López Rodríguez, M.d.M.; Corral Granados, A.; Márquez-Hernández, V.V. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect. Psychiatr. Care* **2017**, *53*, 135–143. [\[CrossRef\]](#)
46. Barry, S.; Wurd, L. Undergraduate Nursing Students' Understandings of Mental Health: A Review of the Literature. *Issues Ment. Health Nurs.* **2017**, *38*, 160–175. [\[CrossRef\]](#)
47. Sayols-Villanueva, M.; Ballester-Ferrando, D.; Gelabert-Vilella, S.; Fuentes-Pumarola, C.; Rascón-Herrán, C. El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Rev. Enfermería Salud Ment.* **2015**, *2*, 7–15. [\[CrossRef\]](#)
48. Happell, B.; Gaskin, C.J. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review. *J. Clin. Nurs.* **2013**, *22*, 148–158. [\[CrossRef\]](#)
49. Lim, H.J.; Moxham, L.; Patterson, C.; Perlman, D.; Lopez, V.; Goh, Y.S. Students' mental health clinical placements, clinical confidence and stigma surrounding mental illness: A correlational study. *Nurse Educ. Today* **2020**, *84*, 104219. [\[CrossRef\]](#)

50. Foster, K.; Withers, E.; Blanco, T.; Lupson, C.; Steele, M.; Giardinoto, J.; Furness, T. Undergraduate nursing students' stigma and recovery attitudes during mental health clinical placement: A pre/post-test survey study. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2019**, *28*, 1068–1080. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Aznar-Lou, I.; Serrano-Blanco, A.; Fernandez, A.; Luciano, J.V.; Rubio-Valera, M. Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health* **2016**, *16*, 127. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Dalky, H.F.; Abu-Hassan, H.H.; Dalky, A.F.; Al-Delaimy, W. Assessment of Mental Health Stigma Components of Mental Health Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Jordanian Healthcare Providers. *Community Ment. Health J.* **2020**, *56*, 524–531. [[CrossRef](#)]
53. Li, J.; Li, J.; Thornicroft, G.; Huang, Y. Levels of stigma among community mental health staff in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry* **2014**, *14*, 231. [[CrossRef](#)]
54. Moreno Herrero, A.M.; Sánchez Sánchez, F.; Lopez de Lemus Sarmiento, M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychol. Soc. Educ.* **2014**, *6*, 17–26.
55. Rasinski, K.A.; Baldwin, A.K.; Willis, C.B.; Jobe, J.B. Risk and less perceptions associated with survey reporting of sensitive behaviors. In Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Toronto, ON, Canada, 13–18 August 1994; pp. 497–502.
56. Pekari, E.; Masedo Gutiérrez, A.I.; Xavier, M.; Moreno Küstner, B. The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: A meta-analysis. *Med. Educ.* **2018**, *52*, 694–701. [[CrossRef](#)]
57. Heppell, B.; Horgan, A.; Manning, F.; Doody, R. Experts by experience in mental health nursing education: what have we learned from the commure project? *J. Ment. Health Psychiatr. Nurs.* **2020**, *27*, 675–677. [[CrossRef](#)]

DISCUSSIÓ CONJUNTA

“Sempre que ensenyis, ensenya també, a la vegada, a dubtar del què ensenyas”

José Orgega y Gasset

14.DISCUSSIÓ CONJUNTA

Els resultats d'aquesta investigació exposen l'anàlisi de les actituds i comportaments previstos envers la salut mental, considerant la influència de la desitjabilitat social, en els estudiants universitaris d'infermeria mentre cursen la formació específica de salut mental.

Per tal d'aprofundir en aquesta discussió, s'analitzaran els resultats obtinguts, i que han estat reflectits en els articles publicats.

Respecte la revisió sistemàtica, s'ha emmarcat la investigació dins d'un anàlisi conceptual. I d'acord amb aquesta, i segons l'evidència coneguda fins al moment, es pot afirmar que és el primer estudi realitzat en el territori que aporta nous coneixements en relació a aquestes característiques (Giralt Palou et al., 2019). Dins de l'àmbit estatal, Aznar-Lou et al., (2016); Moreno Herrero et al., (2014) varen estudiar l'estigma respecte la salut mental en població general. També en el mateix territori, en estudiants d'infermeria s'han analitzat els períodes formatius abans i després de les pràctiques clíniques en salut mental (Granados-Gámez et al., 2017). Així mateix, l'efecte de les actituds estigmatitzants contemplant la formació teòrica i pràctica en salut mental (Sayols-Villanueva et al., 2015), i Rodríguez-Almagro et al., (2019) en població d'estudiants d'infermeria en qualsevol moment dels estudis universitaris. L'evidència reportada conclou que, l'estigma disminueix després de la formació específica en salut mental. Altrament, en cap d'elles, l'anàlisi ha estat longitudinal, ni contemplant la desitjabilitat social com a variable confusora. Aquest fet remarca el valor afegit a la present investigació.

En relació a les puntuacions globals obtingudes en l'anàlisi de resultats de les publicacions 2,3 i 4, aquestes reflexen que, a mesura que es van integrant més coneixements i habilitats associades a l'atenció directa envers les persones amb problemes de salut mental, es manifesten actituds positives i un comportament intencionat d'acceptació respecte la salut mental. Foster et al., (2019) i Rodríguez-Almagro et al., (2019) en les seves investigacions subratllen les mateixes conclusions, afegint l'interès en futures perspectives de treball en aquest àmbit. De la mateixa manera, també és significatiu que a més

coneixements, més actituds positives es manifesten (Goh et al., 2021; Happell, B., 2008).

Segons Barry & Ward, (2017), el canvi en la perspectiva de l'atenció infermera envers l'estigma en salut mental és proporcional a la qualitat de la formació basada en aprenentatges teòrics i de pràctiques clíniques. Així mateix, en la integració de la formació rebuda en salut mental aportada per altres continguts formatius i metodologies d'aprenentatge (Goh et al., 2021). D'aquí la reflexió en poder establir estructures curriculars que contemplin la salut mental de forma integrada dins de diferents plans docents. Quan els plans docents inclouen l'exposició a la salut mental, s'obtenen millors coneixements, actituds i intenció de conducta futura (Sayols-Villanueva et al., 2015).

Això no obstant, se segueixen mantenint creences i conductes associades a l'estigma. Per aquest motiu Tourangeau & Yan, (2007), conclouen que el factor de desitjabilitat social davant respostes que es consideren socialment avaluades, pot ser el motiu pel qual es perpetuïn les percepcions estigmatitzants. En aquest cas, la desitjabilitat social s'ha contemplat en l'actual investigació com a variable confusora i generadora de possibles biaixos de resposta. Tot i que la desitjabilitat social és una variable analitzada en altres àmbits de la salut (Roustaei et al., 2015; van de Mortel, 2008), no ha estat així en el camp de la infermeria. D'aquí també la fortalesa de l'actual investigació.

Analitzant el procés de canvi de les actituds i conducta futura en els articles 2,3 i 4, es pot determinar que la desitjabilitat social només és present com a factor influent de resposta en l'article 2. En aquest cas, els alumnes es troben en una fase prèvia a l'inici de la formació específica en salut mental, on la desitjabilitat social s'exposa davant les actituds socialment restrictives, quan no es té ni s'ha tingut un problema de salut mental. El fet de no disposar d'experiència en primera persona viscuda respecte un problema de salut mental pot ser un factor generador de conductes d'evitació i així mateix de restricció social. Aquests resultats es troben en consonància amb els obtinguts per Linden & Kavanagh, (2012) on els professionals d'infermeria amb pobre expertesa en salut mental mostren respostes restrictives.

En el mateix article 2, altrament, respecte els resultats associats a la desitjabilitat social també ha estat significatiu el valorar la intenció de conducta futura en el grup d'estudiants que han estat en contacte amb persones properes a un

problema de salut mental. L'evidència en aquest cas no és congruent amb els resultats obtinguts, ja que els estudiants d'infermeria que reconeixen tenir o haver tingut un problema de salut mental, manifesten actituds d'acceptació i compromís (Çingöl et al, 2019; Granados-Gámez et al., 2017). A mesura que progressa el període de formació que contempla tant els aspectes conceptuals dins d'un marc teòric com de posteriors aprenentatges basats en contacte directe amb les persones amb problemes de salut mental, no s'ha detectat cap influència de resposta generada per la tendència de la desitjabilitat social. Això fa pensar en una millora davant els trets d'autenticitat de resposta davant la salut mental. També, cal considerar el fet de què no hi hagi noves associacions ajustades per desitjabilitat social pot estar relacionat a la demanda situacional. En aquest cas, les associacions han estat significatives en la primera fase de l'estudi, on la població d'estudiants pot sentir-se més exposada pel fet de no conèixer el procés d'avaluació. Mentre què, en la segona i tercera recollida de dades, l'entorn situacional ja és conegut, i per tant no consideren la necessitat de projectar una imatge acceptada socialment (King & Bruner, 2000).

Respecte l'anàlisi de l'evolució que prenen les actituds i comportaments esperats (art. 2,3,4), s'ha vist reflectida una millora en les actituds de benvolença en la mostra femenina, al finalitzar el període de formació en continguts teòrics. De la mateixa manera es manté al finalitzar les pràctiques clíniques. Tal com discuteix en l'article 3, això és congruent amb els estudis reportats, on es conclou que el sexe femení tendeix a actituds més bondadoses i humanitàries (Chambers et al., 2010; Granados-Gámez et al., 2017; Moreno Herrero et al., 2014).

Per altra banda, els nostres resultats indiquen que al finalitzar aquest mateix període formatiu, es generen tendències a actituds restrictives en la mostra de més de 21 anys, a més a més de les persones amb aprenentatges formatius previs als universitaris. Això no és congruent amb l'evidència publicada, segons la qual els estudiants universitaris d'infermeria, transmeten unes actituds més positives com més coneixements i formació específica en salut mental, i per tant també més edat (Rodríguez-Almagro et al., 2019; Sayols-Villanueva et al., 2015; Schafer et al., 2011). Contràriament, en la població general, són les persones més joves les que manifesten més interès en conductes futures de proximitat (Aznar-Lou et al., 2016).

Això fa pensar doncs que les pràctiques clíniques poden ser un factor de canvi respecte el paradigma d'acceptació, proximitat i atenció directa a les persones amb problemes de salut mental en persones que al ser més joves, per edat tenen menys probabilitats d'haver estat exposades a factors influents i aprenentatges previs en salut mental. Per aquest motiu possiblement també siguin més neutres i receptives al respecte. Es considera rellevant aquest aspecte per tal d'afavorir la implementació d'actituds positives davant l'estigma en la relació terapèutica de la infermeria en salut mental.

Una dada significativa en l'actual investigació (art. 3,4), detalla que el fet de presentar o haver presentat un problema de salut mental, al finalitzar les pràctiques clíniques, generi actituds d'autoritarisme. Per contra, es manifesta actituds positives quan no es presenta ni presentat prèviament cap problema de salut mental (EMAEMFTS). En ambdós casos també sense la influència de la desitjabilitat social. La cerca de literatura no s'ajusta a aquests resultats, reportant que les actituds són positives i d'acceptació envers la salut mental quan es coneixen l'experiència de la malaltia en primera persona (Çingöl et al., 2019; Granados-Gámez et al., 2017; Happell et al., 2019). Mentre que les actituds negatives d'autoritarisme es manifesten quan els coneixements en salut mental són pobres (Von Dem Knesebeck et al., 2013).

Aquests resultats obren el plantejament de què caldria valorar quines ubicacions de pràctiques clíniques han estat adjudicades a la mostra d'alumnes de l'estudi que presenten o han presentat un problema de salut mental, i que poden haver estat el motiu de la seva resposta. Tot i que quan els estudiants d'infermeria participen de formacions i activitats impartides per Experts en experiència milloren les actituds estigmatitzants (Happell et al., 2018; Şengün İnan et al., 2021), també aquest podria ser un factor d'efecte mirall respecte la por o anticipació de vivències futures, motiu pel qual es manifesti una actitud més imperativa al respecte.

Tenint en compte doncs els resultats significatius d'aquesta investigació, i donat que la formació universitària es relaciona amb una millor predisposició i interès futur per l'atenció a la salut mental (Barry & Ward, 2017; Rodríguez-Almagro et al., 2019; Sayols-Villanueva et al., 2015), es considera que per tal de poder proporcionar una atenció infermera de qualitat, cal considerar una orientació en

els currículums docents universitaris, que englobin en un model bio-psico-social, i s'integrin en totes les àrees de coneixements.

També, es considera la desitjabilitat social, com a factor a seguir explorant en futures investigacions, com a tret rellevant i essent una variable potencialment influent, a tenir en compte davant l'exposició a respostes compromeses.

Cal mencionar que en aquesta investigació, tant en els articles 2, 3 i 4, tant el factor que analitza la ideologia de la salut mental comunitària i l'escala MICA no han obtingut resultats significatius. En el cas de les actituds d'acceptació i integració de la salut mental a la comunitat, la literatura revisada apunta que tant els estudiants universitaris amb contacte previ amb els problemes de salut mental i/o professionals de l'àmbit de la salut mental, expressen una disminució de l'impacte perjudicial davant la integració a la comunitat de les persones amb problemes de salut mental (Lien et al., 2019; Sayols-Villanueva et al., 2015; Sun et al., 2014). En relació a l'escala MICA, la literatura exposa que es veuen disminuïdes les actituds estigmatitzats en els estudiants d'infermeria, quan la formació universitària rebuda inclou la relació terapèutica directa envers persones amb problemes de salut mental (Clement et al., 2012). Així mateix, és amb estudiants de psiquiatria, a l'exposar el problema de salut mental com a propi, o bé proper en amics o familiars (Eksteen et al., 2017). També és així quan no hagin viscut experiències directes pròpies (Hernandez Arroyo et al., 2015). Malauradament la literatura apunta que l'efecte de la formació rebuda té un efecte de temporalitat a curt termini (Li et al., 2014). Segons Dalky et al., (2020) l'impacte de l'estigma és superior, quan els professionals de la salut que atenen les persones amb problemes de salut mental no tenen suficients coneixements o habilitats respecte les intervencions específiques necessàries.

Per tot l'exposat, es considera que cal analitzar en profunditat les guies i estratègies formatives universitàries. No només de forma concreta dins d'un context centrat en la pròpia especialitat, sinó també, i en consonància amb H. Peplau, dins d'un paradigma integratiu. Així obtenir major rellevància i aprofundiment a la salut mental dins d'un enfocament global i pragmàtic, com a clau per a la desestigmatització i recuperació orientada en la persona. D'això se n'obtidria una atenció de qualitat centrada en la integritat de la persona, gestionada per professionals independents, al mateix temps que integrats i participatius en els equips terapèutics.

LIMITACIONS

“Conèixer les limitacions ja és estar més enllà d’elles”

G. W.F. Hegel

15. LIMITACIONS

A continuació es presenten les limitacions detectades en relació amb l'elaboració d'aquesta tesi.

En el cas de l'article 1, basat en una revisió sistemàtica, la principal limitació tal com es menciona en la mateixa publicació, se centra en l'exclusió d'investigacions que haurien pogut incorporar noves dades, i que no van ser considerades per no complir els criteris propis de la mateixa revisió. Per altra banda, tampoc es va emprar una exploració estadística basada en un meta-anàlisi. El motiu pel qual no es va determinar, va ser que l'ampli ventall d'instruments que proporcionaven els articles seleccionats, no permetia un anàlisi d'aquestes característiques. En futures investigacions s'apela a que els criteris d'inclusió siguin menys heterogenis respecte els qüestionaris seleccionats. D'aquesta manera es podria desenvolupar un meta-anàlisi més precís i estadísticament significatiu.

Respecte els articles 2, 3 i 4, basats en un estudi quasi-experimental i longitudinal caldria considerar, en possibles futures investigacions, factors com el nivell socioeconòmic i geogràfic. Així també, aspectes com les característiques ètniques i culturals. D'aquesta manera es determinaria si aquestes característiques poden ser significatives en relació a l'estigma, ja sigui per influència o no de la desitjabilitat social.

També cal considerar que la mostra d'estudi ha estat extreta de dues universitats concretes, pel que les troballes no poden generalitzar-se fora d'aquestes. En noves investigacions seria interessant considerar un territori més ampli dins de l'àmbit universitari d'infermeria.

**IMPLICACIONES PER A LA
PRÀCTICA DOCENT I
ASSISTENCIAL**

16. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA DOCENT I ASSISTENCIAL

Es considera que aquesta investigació pot ser de rellevància envers les actituds estigmatitzants i conductes futures dels estudiants universitaris d'infermeria, mentre realitzen la seva formació en salut mental, tant pel que respecta les competències docents dins de l'entorn universitari, com en l'aprenentatge basat en la pràctica dins de l'àmbit assistencial.

Concretament, a l'hora de:

1/ poder establir una revisió del contingut formatiu en el moment de l'elaboració de plans docents universitaris. Considerant en aquest cas, la inclusió i integració de les habilitats i coneixements necessaris, tant en matèries transversals com específiques.

2/ valorar que el pla docent es trobi emmarcat dins d'un paradigma on es reforci el valor de l'autenticitat dins del procés infermer. D'aquesta manera evitar nous aprenentatges on es puguin adquirir habilitats esbiaixades per la conveniència social.

3/ analitzar els entorns clínics on es desenvolupa la formació pràctica. Així mateix també, considerant quin nivell d'expertesa professional tenen els infermers assistencials que acompanyen als estudiants en la seva pràctica clínica. D'aquesta manera es podria valorar si els entorns d'aprenentatge són de qualitat, reportant una millor gestió de les cures.

De tot això obtenir-ne un millor creixement professional en l'alumnat, afavorint una perspectiva holística i unes actituds positives envers les persones amb problemes de salut mental. És per això que també es podria aconseguir una progressiva remissió de les conductes i actituds estigmatitzants.

CONCLUSIONS

“És millor debatre una qüestió sense arribar a concloure-la, que arribar a una conclusió sense debatre-la”

Joseph Joubert

17. CONCLUSIONS

Com a conclusions generals respecte la formació universitària en salut mental dels estudiants d'infermeria es podria dir que:

- A nivell global, a mesura que els estudiants progressen en la seva formació específica en salut mental, redueixen les actituds estigmatitzants i milloren les actituds de comprensió i humanització.
- La formació en pràctiques clíniques és un punt d'inflexió respecte els canvis promoguts en l'estigma en salut mental. Per tant es considera un factor rellevant a l'hora de reforçar la integració holística d'aprenentatges dirigits a l'atenció centrada en la persona.
- Cal contemplar les vivències que perceben els estudiants d'infermeria que presenten un problema de salut mental durant el seu període de formació. Aquests poden experimentar autoestigma en aquest procés formatiu, pel que és necessari revisar aspectes d'acompanyament i anàlisi respecte les seves emocions i els seus aprenentatges.
- La desitjabilitat social és un factor a considerar com a potenciador de biaixos. Els aprenentatges teòrics impartits en salut mental, redueixen el risc de biaix, generant posteriorment respostes més sinceres davant l'estigma en salut mental.

REFERÈNCIES

“Moltes vegades, el més valuós queda amagat a la nostra mirada”

Dr. Mario Alonso Puig

18. REFERÈNCIES

- Adshead, S., Collier, E., & Kennedy, S. (2015). A literature review exploring the preparation of mental health nurses for working with people with learning disability and mental illness. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 103–107. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.004>
- AEESME. (2021). ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL Marco normativo y legislativo en las diferentes Comunidades Autónomas de España. *Asociación Enfermería Especialista Salud Mental España*, 1–18.
- Alexandra, M., & López, G. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108–1120.
- Ávila, A., & Tomé, M. (1989). Evaluación de la deseabilidad social y correlatos defensivos y emocionales. Adaptación castellana de la escala de Marlowe Crowne. In *Emociones: perspectivas psicosociales* (pp. 505–514).
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 16(127), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>
- Bages, F. U. del. (2012). *SISTEMA DE GARANTIA DE LA QUALITAT DE LES PRÀCTIQUES EXTERNES DELS ESTUDIS D'INFERMERIA*. 1–5.
- Bages, F. U. del. (2014). DOSSIER PRACTICUMS FUB. In *Fundació Universitària del Bages*. Retrieved from [http://virtual2.fub.edu/pluginfile.php?file=/48278/mod_resource/content/1/PRACTICUMS_DEFINITIU_\(juny_2014\).pdf](http://virtual2.fub.edu/pluginfile.php?file=/48278/mod_resource/content/1/PRACTICUMS_DEFINITIU_(juny_2014).pdf)
- Bages, F. U. del. (2015). PRACTICUM VII FUB. Retrieved February 1, 2016, from Fundació Universitària del Bages-Universitat Central de Catalunya. U. Vic Campus Manresa website: http://virtual2.fub.edu/pluginfile.php?file=%2F48278%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FPRACTICUMS_DEFINITIU_%28juny_2014%29.pdf
- Barry, S., & Ward, L. (2017). Undergraduate Nursing Students' Understandings of Mental Health: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 160–175. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1251515>
- Bennett, J., & Stennett, R. (2015). Attitudes towards mental illness of nursing students in a Baccalaureate programme in Jamaica: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 599–605. <https://doi.org/10.1111/jpm.12234>
- BOE. (2000). RESOLUCIÓN de 5 de octubre de 2000, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Diplomado en Enfermería (centros adscritos). Retrieved February 26, 2016, from Boletín Oficial del Estado website: <http://boe.es/boe/dias/2000/11/03/pdfs/A38357-38368.pdf>
- BOE. (2003). Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en

- las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. *Boletín Oficial Del Estado*, 224(de 18 de septiembre de 2003), 34355–34356. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/18/pdfs/A34355-34356.pdf>
- BOE. (2005). Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. In *Ministerio de Educación y Ciencia* (pp. 2842–2846).
- BOE. (2006). REIAL DECRET 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. Retrieved February 10, 2016, from Boletín Oficial del Estado website: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2007/10/31/pdfs/A04349-04360.pdf
- BOE. (2010). Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. In *Boletín Oficial del Estado* (pp. 58454–58468).
- BOE. (2012). Boletín Oficial del Estado Núm. 285. In *Bole* (pp. 39355–39357). Retrieved from <http://www.minetur.gob.es/>
- Buscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2009). Nurses and Midwives : A force for health. *Who*, 1–93. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf
- Capellà Batista-Alentorn, A. (2001). La reforma en Salud Mental en Cataluña : el modelo catalán. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, 101–128.
- Cazaniga, J., & Suso, A. (2015). Estudio" Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". In *Confederación Salud Mental España*. Retrieved from <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010a). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010b). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008>
- Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2019). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study. *Nurse Education Today*, 19(84), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104243>
- Clement, S., Van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., ... Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact

- interventions to reduce stigma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57–64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093120>
- Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 75–80. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
- Corrigan, P. (2008). A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness. *Illinois Institute of Technology*, 1–69. <https://doi.org/10.1037/t00467-000>
- Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2015). The Stigma of Mental Illness. In *Encyclopedia of Mental Health: Second Edition* (pp. 230–234). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1080/03017609608413404>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). *Social stigma. The handbook of social psychology* (McGraw-Hil). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1998-07091-028>
- Cronbach, L. J. (1946). Response Sets and Test Validity. *Educational and Psychological Measurement*, 6(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/001316444600600405>
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal Oj Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Dalky, H. F., Abu-Hassan, H. H., Dalky, A. F., & Al-Delaimy, W. (2020). Assessment of Mental Health Stigma Components of Mental Health Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Jordanian Healthcare Providers. *Community Mental Health Journal*, 56, 524–531. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00509-2>
- Delaney, K. (2012). Psychiatric mental health nurses: Stigma issues we fail to see. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 333–335. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.006>
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental : hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación Social : Revista de Intervención Socioeducativa*, 75, 17–45.
- DOGC. (1991). LLEI 34/1991, de 30 de desembre, de creació de la Universitat de Lleida. - DOGC. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya - Legislació - VLEX 36198437 - vLex. Retrieved February 26, 2016, from <http://dogc.vlex.es/vid/llei-30-desembre-universitat-lleida-36198437>
- Domínguez E., A. del C., Aguilera M., S., Acosta C., T. T., Navarro C., G., & Ruiz P., Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808–824.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/social->

desirability-variable-in-personality-assessment-and-research/oclc/3015186

- Eguíluz, I., Figura, U., & Walpole, H. (2010). Introducción Historia de la psicofarmacología. In E. Médica Paramericana (Ed.), *Tratado de Psicofarmacología* (pp. 1–13).
- Eiroa-Orosa, F. J., Lomascolo, M., & Tosas-Fernández, A. (2021). Efficacy of an Intervention to Reduce Stigma Beliefs and Attitudes among Primary Care and Mental Health Professionals: Two Cluster Randomised-Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Jan 29*(18(3)), 1214. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031214>
- Eksteen, H. C., Becker, P. J., & Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, *63*(8), 782–791. <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
- Etimología de estigma. (2016). Retrieved November 13, 2015, from <http://etimologias.dechile.net/?estigma>
- European Social Network. (2011). Salud mental y bienestar en Europa. Un enfoque comunitario centrado en la persona. *European Social Network*.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *20*(03), 263–271. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000308>
- Federació Salut Mental Catalunya. (2015). Què és la Salut Mental? Retrieved November 6, 2015, from Federació Salut Mental website: <http://www.salutmental.org/salut-mental/>
- Feret, H., Conway, L., & Austin, J. C. (2011). Genetic counselors' attitudes towards individuals with schizophrenia: desire for social distance and endorsement of stereotypes. *Patient Education and Counseling*, *82*(1), 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.007>
- Fernandez-Rios, L., Torres-Collazo, M., & Carballal-Balsa, M. (1988). Una Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud (*) A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers. *Rev Anuales En Psiquiatría*, *8*(27), 637–651.
- Ferrando, P. J., & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, *12*(3), 383–389.
- Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., & Chico, E. (2009). A general factor-analytic procedure for assessing response bias in questionnaire measures. *Structural Equation Modeling*, *16*(2), 364–381. <https://doi.org/10.1080/10705510902751374>
- Fitzpatrick, J. M., While, A. E., & Roberts, J. D. (1996). Key influences on the professional socialisation and practice of students undertaking different pre-registration nurse education programmes in the United Kingdom. *International Journal of Nursing Studies*, *33*(5), 506–518. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8886901>

- Foster, K., Withers, E., Blanco, T., Lupson, C., Steele, M., Giandinoto, J., & Furness, T. (2019). Undergraduate nursing students' stigma and recovery attitudes during mental health clinical placement: A pre/post-test survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1068–1080. <https://doi.org/10.1111/inm.12634>
- Fundació Universitària del Bages. (2015a). Pla d'estudis. Retrieved February 16, 2016, from Fundació Universitària del Bages website: <http://www.fub.edu/grau-en-infermeria/infermeria-pla-estudis>
- Fundació Universitària del Bages. (2015b). TALLERS PRACTICUM VII. In *Fundació Universitària del Bages*. Retrieved from [http://virtual2.fub.edu/pluginfile.php?file=%2F66961%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FPlanificació docent 2015-16.pdf](http://virtual2.fub.edu/pluginfile.php?file=%2F66961%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FPlanificació%20docent%202015-16.pdf)
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Research*, 206(1), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.028>
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M., & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278–287. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0393-2>
- Gil, I. M. de A., dos Santos, J. C. P., & Loureiro, L. M. de J. (2016). Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders. *Revista Enfermagem*, 24(July), 1–8. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>
- Giralt Palou, Rosa M^a; Torras Fabregas, G. (2015). *Guia Docent "Cures Infermeres en Salut Mental."* Manresa.
- Giralt Palou, R., Prat Vigué, G., & Tort-Nasarre, G. (2019). Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 243–255. <https://doi.org/10.1111/ppc.12419>
- Gobierno de España. (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial Del Estado*, 1–24.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity* (Touchstone; Touchstone, Ed.).
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7a ed.; Amorrortu editors, Ed.).
- Goh, Y. S., Owyong, J. Q. Y., Seetoh, Y. T. M., Hu, Y., Chng, M. L., & Li, Z. (2021). Exploring pedagogies used in undergraduate mental health nursing curriculum: An Integrative Literature Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 47–61. <https://doi.org/10.1111/inm.12816>
- González de Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183–200.
- Granados-Gámez, G., Rodríguez, M. del M. L., & Granados, A. C. (2017).

- Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(2), 135–143.
- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., & Gesteira, C. (2016). La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne : baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1970), 206–217. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018>
- Gyllensten Bengt, A. L. S., Björkman, T., Hansson, L., Leufstadius, C., Bejerholm, U., Markström, U., ... Sandlund, M. (2011). Attitudes in healthcare students towards mental illness - a pre- and post multicenter university program survey. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 9(3), 1–8.
- Halter, M. J. (2008). Perceived Characteristics of Psychiatric Nurses: Stigma by Association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>
- Hanafiah, A. N., & Van Bortel, T. (2015). A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1>
- Happell, B., et al. (2008). Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students : part 1 – does more theory help ? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 439–446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01203.x>
- Happell, B. (2008). The importance of clinical experience for mental health nursing - Part 2: Relationships between undergraduate nursing students' attitudes, preparedness, and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5), 333–340. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00556.x>
- Happell, B., & Gaskin, C. J. (2013). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 148–158. <https://doi.org/10.1111/jocn.12022>
- Happell, B., Horgan, A., Manning, F., & Doody, R. (2020). Experts by experiences in mental health nursing education: what have we learned from the commune project? *Journal of Mental Health and Psychiatric Nursing*, 27(6), 675–677. <https://doi.org/10.1111/jpm.12635>
- Happell, B., & Platania-Phung, C. (2012). Mental health placements in a general health setting : no substitute for the real thing ! *Journal of Clinical Nursing*, 61(07), 2026–2033. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04016.x>
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., ... Biering, P. (2018). Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 480–491. <https://doi.org/10.1111/inm.12551>
- Happell, B., Waks, S., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Greaney, S., ... Biering, P. (2019). “But I’m not going to be a mental health nurse”: nursing

- students' perceptions of the influence of experts by experience on their attitudes to mental health nursing. *Journal of Mental Health*, oct(24), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1677872>
- Hastings, T. (2015). *Nursing student attitudes toward mental illness : A quantitative quasi-experiental study* (University of Phoenix). <https://doi.org/ProQuest LLC: 3736711>
- Hausmann, L. R. M., & Ryan, C. S. (2004). Effects of External and Internal Motivation to Control Prejudice on Implicit Prejudice: The Mediating Role of Efforts to Control Prejudiced Responses. *Basic and Applied Social Psychology*, 26(2–3), 215–225. <https://doi.org/10.1080/01973533.2004.9646406>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Henderson, S., Happell, B., & Martin, T. (2007). Impact of theory and clinical placement on undergraduate students mental health nursing knowledge, skills, and attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00454.x>
- Hernandez Arroyo, L., Mesa Rodas, N., Rentero Martín, D., Puerta Rodriguez, S., & Nieves Carnicer, M. (2015). Stigma Related to Mental Illness in Medical Students From Madrid. *European Psychiatry*, 30, Supplem, 1877. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31440-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31440-1)
- Higgins JPT, G. S. (Ed.). (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. Version 5.1.0* (The Cochra).
- Horgan, A., Donovan, M. O., Doody, R., Savage, E., Dorrity, C., O'Sullivan, H., ... Happell, B. (2021). Improving Service User Involvement in Mental Health Nursing Education: Suggestions from Those with Lived Experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 119–127. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1780529>
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Spanish National Research Council*, 1(1), 1–29.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 419–425. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x>
- Hunter, L., Weber, T., Shattell, M., & Harris, B. A. (2015). Nursing Students' Attitudes about Psychiatric Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), 29–34. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.935901>
- Ibañez Jimenez, B., Perez Garcia, C., Utrera Caballero, E., Perez Brenes, L., Barrios Sanchez, M. J., & Lopera Arroyo, M. J. (2013). Reflexión sobre el

- papel de enfermería y de la recuperación en la lucha contra el estigma. *XXX Congreso Nacional de Enfermería de La Salud Mental*, 927–941.
- Ibarra, H., & Barbulescu, R. (2010). Identity as narrative: Prevalence, effectiveness, and consequences of narrative identity work in Macro work role transitions. *Academy of Management Review*, 35(1), 135–154. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-71949116686&partnerID=tZOtx3y1>
- Jack-Ide, I. O., Uys, L. R., & Middleton, L. E. (2013). Mental health care policy environment in Rivers State: experiences of mental health nurses providing mental health care services in neuro-psychiatric hospital, Port Harcourt, Nigeria. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-8>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(62). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62>
- Kaviani, N., & Stillwell, Y. (2000). An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today*, 20(3), 218–226. <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0386>
- Kérovac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero* (5th ed.; S. Masson, Ed.). Barcelona: Masson, SA.
- King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*, 17(2), 79–103. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(200002\)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0)
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 628–634. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality and Quantity*, 47(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Bowling, A. M., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2019). High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. *Nursing Forum*, 54(3), 358–368. <https://doi.org/10.1111/nuf.12337>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Legault, L., Green-Demers, I., & Eadie, A. L. (2009). When internalization leads to automatization: The role of self-determination in automatic stereotype suppression and implicit prejudice regulation. *Springer*, 33(1), 10–24. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9110-4>

- Legault, L., Gutsell, J. N., & Inzlicht, M. (2011). Ironic effects of antiprejudice messages: How motivational interventions can reduce (but also increase) prejudice. *Psychological Science*, *22*(12), 1472–1477. <https://doi.org/10.1177/0956797611427918>
- Letizia, M., & Jennrich, J. (1998). A review of preceptorship in undergraduate nursing education: implications for staff development. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *29*(5), 211–216. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9923230>
- Li, J., Li, J., Huang, Y., & Thornicroft, G. (2014). Mental health training program for community mental health staff in Guangzhou, China: effects on knowledge of mental illness and stigma. *International Journal of Mental Health Systems*, *8*(49), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-49>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(10), e1-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(23), 8–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Linck, B. G., Struening, E. L., Rahau, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J. Health Soc. Behav.*, *38*(2), 177–190.
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(6), 1359–1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Linehan, M. M., & Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(5), 773–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.5.773>
- Link, Bruce G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, *27*, 363–385.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, *71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lleida, U. de. (2007). Reglament de la Facultat d'Infermeria. In *Universitat de Lleida* (pp. 1–11).
- Lleida, U. de. (2012). Reglament del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de

- la Universitat de Lleida. Retrieved February 26, 2016, from http://www.departamentinfermeria.udl.cat/export/sites/DepartInfermeria/files/normativa/ReglamentModificat_definitiu_2015.pdf
- Lleida, U. de. (2015a). Calaméo - Catàleg de Serveis de Pràctiques d'Infermeria. Retrieved February 22, 2016, from <http://es.calameo.com/books/0007249239c121b845e05>
- Lleida, U. de. (2015b). Guia Docent Pràctiques Clínicas 5. Retrieved February 1, 2016, from Universitat de Lleida website: <http://guiadocent.udl.cat/html/ca/100443>
- Lleida, U. de. (2015c). Pla d'estudis i guies docents Facultat Infermeria. Retrieved March 3, 2016, from <http://www.infermeria.udl.cat/ca/pla-formatiu/pla-estudis-guies-docents.html>
- López Blanco, J., Carbajo Arias, P., Giménez Maroto, A., de Jorge Gallego, M., & Camarero Bernabé, C. (2012). Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta - Necesidad 2010-2025. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.*, 147. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXVIII(101), 43–83. Retrieved from <http://www.faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/Artículo Estigma RevAEN101.pdf>
- Magliano, L., Read, J., Rinaldi, A., Costanzo, R., De Leo, R., Schioppa, G., & Petrillo, M. (2016). The Influence of Causal Explanations and Diagnostic Labeling on Psychology Students' Beliefs About Treatments, Prognosis, Dangerousness and Unpredictability in Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9901-5>
- Markström, U., Gyllensten, A. L., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., ... Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities - A follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29(6), 660–665. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.02.006>
- Martesson G., Jacobsson JW, N. M. (2014). Mental health nursing staff 's attitudes towards mental illness : an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 782–788. <https://doi.org/10.1111/jpm.12145>
- Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., ... Moreno-Küstner, B. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02695-8>
- Megías-Lizancos, F., & Serrano Parra, M. D. (2009). *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental* (DAE,DL; E. S21, Ed.). Madrid.

- Meneses, J., & Rodríguez, R. (2011). El cuestionario y la entrevista. In *Universitat Oberta de Catalunya*. Retrieved from http://femrecerca.cat/meneses/files/pid_00174026.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2011). Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Retrieved February 17, 2016, from Boletín Oficial del Estado website: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaSaludMentalProgramaNuevo.pdf>
- Mittal, D., Ounpraseuth, S. T., Reaves, C., Chekuri, L., Han, X., Corrigan, P., & Sullivan, G. (2015). Providers' Personal and Professional Contact With Persons With Mental Illness: Relationship to Clinical Expectations. *Psychiatric Services, 67*(1), 55–61. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400455>
- Moreno Herrero, A. M., Sánchez Sánchez, F., & López de Lemus Sarmiento, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education, 6*(1), 1–10. Retrieved from <http://www.psyse.org/articulos/moreno.pdf>
- Morris, R., Scott, P. A., Cocoman, A., Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., & Clinton, G. (2012). Is the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale valid for use in the investigation of European nurses' attitudes towards the mentally ill? A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing, 68*(2), 460–470. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05739.x>
- Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, G. A. (2006). El estigma en la enfermedad mental: resumen de Resultados de la investigación. 2006. *Consejería de Familia y Asuntos Sociales de La Comunidad de Madrid*, 1–22. Retrieved from <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DRESUMEN+RESULTADOS+ESTUDIO+ESTIGMA+Y+ENF+MENTAL.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311001077273&ssb>
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). Estigma y Salud Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. In *Universidad Complutense Madrid*. Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
- Myrick, F., & Yonge, O. (2002). Preceptor behaviors integral to the promotion of student critical thinking. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD: Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization, 18*(3), 127–133; quiz 134–135. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12189994>
- Natan, M. Ben, & Drori, T. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing ProfessionNo Title. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(6), 388–392. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.010>

- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Obertament. (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016*. 1(1), 1–114.
- Ochoa, S., Martínez-zambrano, F., Vila-badia, R., Arenas, O., Casas-anguera, E., García-morales, E., ... Haro, M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social : Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
- OMS-OPS. (2019). Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo, afirman expertos. Retrieved January 2, 2021, from OMS-OPS website: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=es
- OMS. (2004). Promoción de la Salud Mental. In *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS. (2007). ¿Que es la salud mental? Retrieved November 6, 2015, from <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 99–128). <https://doi.org/10.1037/10887-004>
- Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 13(1), 141. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141>
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. In *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 17–59). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50006-x>
- Peltier, B. D., & Walsh, J. A. (1990). An Investigation of Response Bias in the Chapman Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 50(4), 803–815. <https://doi.org/10.1177/0013164490504008>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. (S. Publishing, Ed.). New York.
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6), 534–551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *J. Personality Soc. Psychol.*, 73, 114–128.

- Prado, C. V. (2012). L'Espai Europeu d'Educació Superior i la seva implantació a les universitats espanyoles. *Revista Catalana de Dret Públic*, 0(44), 253–283. <https://doi.org/10.2436/rcdp.v0i44.2244>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2015). *Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome : findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Rios, L. F. (1988). A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, VIII(27), 637–651.
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quiros-García, J. M., Solano-Ruiz, M. del C., & Gómez-Salgado, J. (2019). Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated factors: A mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234870>
- Rose, S. R. (2008). The utilization and role of the preceptor in undergraduate nursing programs. *Teaching and Learning in Nursing*, 3(3), 105–107. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2008.03.001>
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Roustaei, N., Jafari, P., Sadeghi, E., & Jamali, J. (2015). Evaluation of the Relationship between Social Desirability and Minor Psychiatric Disorders among Nurses in Southern Iran: A Robust Regression Approach. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(4), 301–308.
- Rubio-Valera, M., Fernández, A., Evans-Lacko, S., Luciano, J. V., Thornicroft, G., Aznar-Lou, I., & Serrano-Blanco, A. (2016). Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *European Psychiatry*, 31, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.10.005>
- Salkind, N. (2012). Social Desirability. In *Encyclopedia of Research Design*. <https://doi.org/10.4135/9781412961288.n425>
- Sanchez Fernandez, M. (2015). Guia Docent de Salut Mental Grau d'Infermeria. Retrieved January 30, 2016, from Universitat de Lleida website: <http://guiadocent.udl.cat/pdf/ca/100417>
- Sanchez Herrera, L. M., & Sumaya Martinez, M. T. (2016). Reflexiones de los nuevos paradigmas en la educación superior. In *Universidad Autónoma de Nayarit* (pp. 75–77).
- Sanidad y Consumo, M. (1998). Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura por la que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad de enfermería en salud mental. *Ministero de*

- Sanidad y Consumo*, 1–19. Retrieved from website:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-15395>
- Sayols-Villanueva, M., Ballester-Ferrando, D., Gelabert-Vilella, S., Fuentes-Pumarola, C., & Rascón-Hernán, C. (2015). El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 2, 7–15. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2015.2.7>
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328–332.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Şengün İnan, F., Günüşen, N., Çelik İnce, S., & Çetinkaya Duman, Z. (2021). The effect of a peer education program on nursing students' beliefs toward mental illnesses and their career choices. *Perspectives in Psychiatric Care*, ppc.12748. <https://doi.org/10.1111/ppc.12748>
- Sercu, C., Ayala, R. A., & Bracke, P. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 307–316.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017>
- Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(6), 579–584. <https://doi.org/10.1177/1039856214556324>
- Stull, L. G., McGrew, J. H., Salyers, M. P., & Ashburn-Nardo, L. (2013). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in a Evidence-Based Practise. *J.Nerv. Ment. Dis.*, 201(12), 1072–1079.
<https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000056>
- Sun, B., Fan, N., Nie, S., Zhang, M., Huang, X., He, H., & Rosenheck, R. A. (2014). Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(26), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-26>
- Svensson, B., Markström, U., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Eklund, M., ... Ostman, M. (2011). Test-retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-11>
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240.
<https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- The European Higher Education. (1999). The Bologna Declaration of 19 June 1999. In *European Journal for Education Law and Policy* (Vol. 3, pp. 77–79). <https://doi.org/10.1023/A:1022921426247>

- Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G., & Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), 948–953. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.011>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(3), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive Questions in Surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40–48.
- Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría: Desconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31(3), 1–18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/>
- Vistorte AOR, Ribeiro W, Zibold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Varas DJ, Gutierrez N, Haddad M, Ulloa O, Martínez R, Harada AS, M. J. (2021). Adaptation and psychometric properties of the Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale (MICA v4) to Brazilian Portuguese and Latin-American Spanish. *Trends Psychiatry Psychother*, Dec(2). <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0291>
- Von Dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., ... Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 775–782. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0599-1>
- Wells, H., Bernal, C., Bressington, D., Wells, H., Bernal, C., & Bressington, D. (2015). Becoming a mental health nurse; a three years longitudinal study. *Knowledge Management & E-Learning*, 7(1), 100–118.
- Wesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería* (2a ed). McGraw-Hill Interamericana.
- WHO. (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- WHO. (2014). Mental Health Atlas. In WHO (Ed.), *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2020). Depresión. Retrieved January 5, 2021, from World Health Organization website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2008). Stigma: An International Briefing Paper. *World Health Organization*, 1–36. Retrieved from ORGANIZACION
- World Health Organization. (2013). *WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020*. 86, 1–50.
- World Health Organization. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a*

Force for Health, 2000. Retrieved from <http://www.euro.who.int/pubrequest>
World Health Organization. (2003). *WHO Europe Mental Health Nursing Curriculum- European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*.

TAULA D'ANNEXES

19. ANNEXES

19.1. ANNEXE 1- Competències d'aprenentatge en l'assignatura "Cures Infermeres en Salut Mental". FUB

Competències
<p>Competències generals</p> <p>CG3. Respectar la diversitat i pluralitat de idees, persones i situacions.</p>
<p>Competències transversals</p> <p>CT3. Identificar, analitzar i prendre l'opció resolutiva més adequada per donar resposta als problemes de l'àmbit professional, de forma eficient i eficaç.</p>
<p>Competències específiques</p> <p>CE1. Prestar una atenció sanitària tècnica i professional adequada a les necessitats de salut de les persones que atenen, d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables</p> <p>CE7. Demostrar que compren sense prejudicis a les persones, considerant els seus aspectes físics, psicològics i socials, com individus autònoms i independents, assegurant el respecte a les seves opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, a través de la confidencialitat i el secret professional.</p> <p>CE9. Fomentar estils de vida saludables, l'autocura, recolzant el manteniment de conductes preventives i terapèutiques</p>
<p>Resultats d'aprenentatge</p> <p>CE1.45. Identificar, integrar i relacionar el concepte de salut i les cures d'infermeria en l'àmbit específic de la salut mental i la psiquiatria.</p> <p>CE7.29. Individualitzar el disseny de les cures considerant l'edat, el gènere, les diferències culturals, el grup ètnic, les creences i valors.</p> <p>CE9.10. Identificar intervencions educatives orientades a fomentar estils de vida saludable, l'autocura i el manteniment de les conductes preventives i terapèutiques</p>

19.2. ANNEXE 2- Bloc didàctic “Cures Infermeres en Salut Mental” FUB

Blocs didàctics

BLOC DIDÀCTIC 1 – CONCEPTES GENERALS

La psiquiatria al llarg de la història
Concepte de salut mental i trastorn mental
Classificació de les malalties psiquiàtriques
Epidemiologia
Recursos i programes existents en salut mental

BLOC DIDÀCTIC 2 – ATENCIÓ D'INFERMERIA A LA PERSONA AMB TRASTORN MENTAL

Valoració d'infermeria. Components de la valoració de l'estat mental
Habilitats d'infermeria com a entrevistadora

BLOC DIDÀCTIC 3 – PRINCIPALS TRASTORNS PSIQUIÀTRICS: DESCRIPCIÓ, TRACTAMENT I CURES I DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA ESPECÍFICS EN CADA CAS.

Trastorns psicòtics: esquizofrènia
Trastorns de l'estat d'ànim: depressió, trastorn afectiu bipolar
Trastorns d'ansietat
Trastorns de la personalitat.
Trastorns de la conducta alimentària. Anorèxia i bulímia
Salut mental en la infància.
Delirium-demències
Drogodependències: alcohol, cocaïna, cannabis, opiacis, drogues de disseny

BLOC DIDÀCTIC 4 – ASPECTES ÈTICS I LEGALS

Principis bioètics en salut mental
Ingrés judicial

19.3. ANNEXE 3- Distribució de crèdits durant el període de pràctiques de Salut Mental. FUB.

Curs	Semestre	Assignatura	ECTS	Setmanes	Descripció
2n	1	Pràcticum I	9	5	U. Hospitalització: Convalescència, MI, Larga Estada
	2	Pràcticum II	6	4	U. Hospitalització: Aguts, CIR; Trauma.....
	2	Pràcticum III	6	4	Atenció Primària: Consulta, domicili
3r	1	Pràcticum IV	9	4	Malalt Crític: UCI , Urgències
		Pràcticum V	9	4	Malalt Situacions Complexes: REA/ PADES/ Quiròfan/ CUAP/ Semiintensius.....
	2	Pràcticum VI	9	4	Hospitalització o AP: materno, neonats, pediatria
		Pràcticum VII	12	4 - 4	Serveis de geriatria Serveis de salut mental

19.4. ANNEXE 4- Competències pròpies del Pràcticum VII a la Fundació Universitària del Bages

Competències

Competències generals

CG3 Respectar la diversitat i pluralitat d'idees, persones i situacions.

Competències transversals

CT3 Identificar, analitzar i prendre l'opció resolutiva més adequada per donar resposta als problemes de l'àmbit professional, de manera eficient i eficaç.

CT6 Col·laborar i integrar-se en grups i equips de treball.

Competències específiques

CE1 Prestar una atenció sanitària tècnica i professional adequada a les necessitats de salut de les persones que atenen, d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables.

CE7. Demostrar que compren sense prejudicis a les persones, considerant els seus aspectes físics, psicològics i socials, com individus autònoms i independents, assegurant el respecte a les seves opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, a través de la confidencialitat i el secret professional.

CE9. Fomentar estils de vida saludables, l'autocura, recolzant el manteniment de conductes preventives i terapèutiques

CE10. Protegir la salut i el benestar de les persones, família o grups atesos, garantint la seva seguretat.

CE11. Establir una comunicació eficaç amb pacients, família, grups socials i companys i fomentar la educació per a la salut.

CE17. Realitzar les cures d'infermeria basant-se en l'atenció integral de salut, que suposa la comunicació multiprofessional, la integració del processos i la continuïtat assistencial.

CE19. Plantejar solucions als problemes de salut/malaltia de les persones, famílies i/o de la comunitat aplicant la relació terapèutica seguint el mètode científic del procés infermer.

CE20. Utilitzar la metodologia científica en les seves intervencions

Resultats d'aprenentatge

CE1.70 Utilitzar els coneixements científics aplicant nivells de qualitat i seguretat

CE7. 56 Aplicar els principis de dret a la intimitat, confidencialitat i secret professional en totes les cures portats a terme.

CE9.19 Aplicar intervencions educatives i informatives que fomentin estils de vida saludables i l'autocura

CE10.25 Utilitzar les mesures de protecció i seguretat per garantir el benestar de l'individu, famílies i comunitats

CE11.33 Aplicar una comunicació eficaç amb família, pacients, grups socials i companys, identificant intervencions per fomentar l'educació per a la salut.

CE17.5 Valorar i tractar a les persones d'una forma holística, tolerant i sense emetre judicis de valor

CE17.6 Treballar en col·laboració i de forma responsable per aconseguir els objectius prèviament planificats garantint la continuïtat assistencial

CE19.15 Prioritzar els problemes de salut/malaltia de les persones i desenvolupar estratègies terapèutiques per a la seva resolució.

CE19.16 Utilitzar la relació terapèutica en la solució dels problemes de salut de la persona i/o família.

CE20.10 Aplicar el mètode científic a la pràctica clínica.

19.5. ANNEXE 5- Competències d'aprenentatge a assolir dins de l'assignatura de "Salut Mental" a la Universitat de Lleida

Competències significatives

Competències Genèriques

- Comprendre sense prejudicis a les persones, considerant els seus aspectes físics, psicològics i socials, com individus autònoms i independents, assegurant el respecte a les seves opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, a través de la confidencialitat i el secret professional.
- Capacitat d'anàlisi i síntesis
- Capacitat de gestió de la informació
- Capacitat de resolució de problemes
- Capacitat de presa de decisions
- Habilitats de treball en equip
- Habilitats de comunicació en l'expressió oral i escrita

Competències Específiques

1. Ser capaç, en l'àmbit de la infermeria, de prestar una atenció sanitària tècnica i professional adequada a les necessitats de salut de les persones que atenen, d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables.
2. Planificar i prestar cures d'infermeria dirigides a les persones, família o grups, orientats als resultats en salut avaluant el seu impacte, a través de guies de pràctica clínica i assistencial, que descriuen els processos pels quals es diagnostica, tracta o cuida un problema de salut.
3. Dissenyar sistemes de cures dirigits a les persones, família o grups, avaluant el seu impacte i establint les modificacions oportunes
4. Promoure i respectar el dret de participació, informació, autonomia i el consentiment informat en la presa de decisions de les persones ateses, d'acord amb la forma en què viuen el seu procés de salut - malaltia.
5. Conèixer els sistemes d'informació sanitària

19.6. ANNEXE 6- Continguts teòrics de l'assignatura "Salut Mental" a la Universitat de Lleida

Continguts fonamentals de l'assignatura

Unitat temàtica I: Introducció als conceptes de salut mental i malaltia mental.

- tema 1.-Evolució històrica de la malaltia mental. Aportacions teòriques dels conceptes psiquiàtrics i de salut mental.
- tema 2. Serveis de Salut Mental i Psiquiàtrics. Situació actual. xarxa assistencial. Equip multidisciplinari. Classificació de les malalties psiquiàtriques i de salut mental.
- tema 3.- Aspectes ètics i legals en psiquiatria i salut mental
- tema 4.- l'perspectiva històrica dels cuidatges d'infermeria en salut mental i psiquiatria. Rol terapèutic d'infermeria.
- tema 5.- Examen de l'estat mental. Principals instruments de valoració: observació, entrevista. Tècniques de comunicació verbal i no verbal.

Unitat temàtica II: Modalitats de tractaments en psiquiatria i salut mental. Cuidatges d'infermeria.

- tema 6.- Estratègies d'intervenció en els cuidatges d'infermeria.
- tema 7. Tractaments psicofarmacològics. Drogues utilitzades habitualment. Indicacions. Contraindicacions. Efectes esperats. Efectes col·laterals i secundaris. Intoxicació. Monitorització i compliment. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions d'infermeria.
- tema 8 - Teràpia electroconvulsiva (TEC) Mecanismes d'acció. Indicacions. Preparació i accions d'infermeria
- tema 9.- l'psicoteràpia. Diferents tipus de teràpies: conductual, dinàmica, cognitiva i sistèmica. Definició, característiques, classificacions, indicacions.

Unitat temàtica III: Problemes de Salut Mental al llarg del cicle vital

- tema 10.- Etiologia i factors patògens de la psiquiatria i la malaltia mental.
- tema 11.- Trastorns de la conducta instintiva: Alteracions d'ingesta (anorèxia i bulímia). Cicle vigília-són i de la sexualitat. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Unitat temàtica III: Problemes de Salut Mental al llarg del cicle vital

Tema 10.- Etiologia i factors patògens de la psiquiatria i la malaltia mental.

Tema 11.- Trastorns de la conducta instintiva: Alteracions d'ingesta (anorèxia i bulímia). Cicle vigília-són i de la sexualitat. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Unitat temàtica IV: Problemes de salut mental y psiquiàtrics.

Tema 12.- Trastorns per ansietat: Ansietat, estrès. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Tema 13.- Trastorns del comportament: agressivitat, violència, addiccions, es (drogoaddiccions, alcoholisme....

Tema 14.- Trastorns neuròtics. Classificació i forma clínica. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Tema 15.- Trastorns del pensament: Trastorns esquizofrènics. Concepte i generalitats. Formes clíniques. Alteracions de les diferents funcions psíquiques. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Tema 16.- Trastorns de l'estat d'ànim: trastorns bipolars. Depressió. Suïcidi. Concepte i generalitats. Forma clínica. Alteracions de les diferents funcions psíquiques. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Tema 17.- Trastorns de personalitat i del comportament. Classificació i forma clínica. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

Unitat temàtica V: Cuidatges d'infermeria a pacients amb urgències psiquiàtriques.

Tema 18.- Urgències psiquiàtriques. Crisis d'angoixa o d'ansietat. Suïcidi. Agitació psicomotriu. Violència. Dol agut. Valoració, planificació de cuidatges e intervencions.

19.7. ANNEXE 7- Competències pròpies dels pràcticums de 4art de Grau de la Facultat d'Infermeria a la Universitat de Lleida

Competències significatives

L'estudiant adquirirà progressivament les competències durant els quatre anys.

Competències del pràcticum de quart de Grau

- Capacitat per aplicar teories d'infermeria i pràctica infermera.
- Capacitat per aplicar taxonomia NANDA.
- Capacitat per valorar de forma holística a la persona, establir i prioritzar diagnòstics d'infermeria, resultats i intervencions.
- Capacitat para reconèixer i interpretar signes normals o canviants de salut i malaltia, patiment o incapacitat.
- Capacitat per administrar fàrmacs i altres teràpies, amb seguretat.
- Capacitat per considerar els cuidatges emocionals, físics i personals, incloent i satisfent les necessitats alterades i permetent el manteniment de las activitats quotidianes.
- Capacitat per treballar en el context professional, ètic i de codis reguladors i legals.
- Capacitat per a informar, educar i supervisar a persones malaltes i cuidadors, utilitzant les habilitats adquirides anteriorment.
- Capacitat per planifica i gestionar el temps.
- Capacitat anàlisi, síntesi, organització i planificació.
- Capacitat per considerar els cuidatges emocionals, físics i personals incloien les necessitats del confort, nutrició e higiene personal i permetre mantenir el manteniment de les activitats quotidianes.
- Capacitat per posar en practica els principis de salut i seguretat, incloent la mobilització i el maneig del pacient, control de infeccions, primers auxilis i procediments d'emergències.

Competències

- Ser capaç, en l'àmbit de la infermeria, de prestar una atenció sanitària tècnica i professional adequada a les necessitats de salut de les persones que atenen, d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables.
 - Planificar i prestar cures d'infermeria dirigits a les persones, família o grups, orientats als resultats en salut avaluant el seu impacte, a través de guies de pràctica clínica i assistencial, que descriuen els processos pels quals es diagnostica, tracta o cuida un problema de salut.
 - Conèixer i aplicar els fonaments i principis teòrics i metodològics de la infermeria.
 - Promoure i respectar el dret de participació, informació, autonomia i el consentiment
 - informat en la presa de decisions de les persones ateses, d'acord amb la forma en què viuen el seu procés de salut - malaltia.
 - Fomentar estils de vida saludables, l'autocuidatge, recolzant el manteniment de conductes preventives i terapèutiques.
 - Protegir la salut i el benestar de les persones, família o grups atesos, garantint la seva seguretat.
 - Establir mecanismes d'avaluació, considerant els aspectes científic – tècnics i els de qualitat.
 - Conèixer els sistemes d'informació sanitària.
 - Comprendre el comportament interactiu de la persona en funció del gènere, grup o comunitat, dins del seu context social i multicultural.
 - Comprendre sense prejudicis a les persones, considerant els seus aspectes físics, psicològics i socials, com a individus autònoms i independents, assegurant el respecte a les seves opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, a través de la confidencialitat i el secret professional.
 - Establir una comunicació eficaç amb pacients, família, grups socials i companys i fomentar l'educació per a la salut.
 - Treballar amb l'equip de professionals com a unitat bàsica en la qual s'estructuren de forma uni o multidisciplinària i interdisciplinària els professionals i altre personal de les organitzacions assistencials. Realitzar les cures d'infermeria basant-se en l'atenció integral de salut, que suposa la cooperació multiprofessional, la integració dels processos i la continuïtat assistencial.
- Capacitat crítica i autocrítica
 - Orientació a l'usuari/pacient
 - Compromís, respecte, iniciativa i responsabilitat
 - Capacitat d'aplicar els coneixements a la pràctica
 - Coneixements bàsics de la professió 0
-

19.8. ANNEXE 8- Document Acreditatiu Comitè d'Ètica



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

DICTAMEN DEL COMITÈ D'ÈTICA DE RECERCA
UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

El Comitè d'ètica de recerca de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, en la seva reunió extraordinària del dia 21 de setembre de 2016, després de l'avaluació realitzada de la proposta amb expedient 07/2016, titulada "Anàlisi de la visió del concepte estigma envers les malalties de salut mental per part dels alumnes que cursen el període formatiu de salut mental en el Grau d'Infermeria", de Rosa Maria Giralt Palou i tenint en compte la documentació presentada i els aspectes que es detallen a continuació:

	Adequat	Dubtós	Incorrecte	No s'escau
Justificació de l'estudi	X			
Definició de l'objecte de l'estudi	X			
Implicacions ètiques en disseny, metodologia i finançament	X			
Competència de l'investigador i del grup.	X			
Explicitació de les implicacions ètiques del projecte	X			
Disseny metodològic	X			
Finançament				X

I quan escaigui:

	Adequat	Dubtós	Incorrecte	No s'escau
Obtenció del consentiment informat i altres informes necessaris	X			
Informació adequació instal·lacions i instruments requerits				
Compromís de confidencialitat	X			

Observacions/ Comentaris:

L'avaluació del projecte presentat és favorable perquè s'han tingut en compte les observacions de millora suggerides en la primera valoració del projecte (Dictamen 03/2016). Les esmenes realitzades donen validesa metodològica i ètica a aquest projecte de recerca.

.....

 Tots els membres del CER UVic-UCC es comprometen a garantir la confidencialitat de la informació a la que tenen accés en el desenvolupament de les funcions. Es garanteix així el tractament adequat de la documentació rebuda per a l'avaluació de protocols i de la identitat dels subjectes que participen en les propostes que s'avaluin.

Es resol emetre el següent dictamen com a:¹

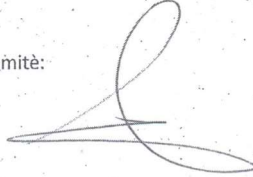
Favorable² X

Favorable condicionat

Desfavorable

Data: 20/09/2016

Firma president del Comitè:



 UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA
Vicerectorat de Recerca
i Professorat

¹ Qualsevol modificació o incidència que afecti al desenvolupament del projecte (finalitat, persones de l'equip, etc.), s'haurà de notificar al CER UVic-UCC per tal de tornar a valorar el projecte.

² Un dictamen favorable comporta per l'investigador principal les següents obligacions:

1. Presentar, si escau, el projecte a convocatòries externes (competitives o no) amb els mateixos elements essencials que han estat avaluats favorablement pel CER.
2. Desenvolupar, si escau, el projecte amb els mateixos elements essencials que han estat avaluats favorablement pel CER.
3. Presentar una memòria justificativa de compleció del projecte a la seva finalització, incloent un resum exectiu de màxim 5000 caràcters i tots els documents que es consideri necessari fer arribar al CER. Aquest material es conservarà als arxius de la UVic-UCC per a futures revisions.

Tots els membres del CER UVic-UCC es comprometen a garantir la confidencialitat de la informació a la que tenen accés en el desenvolupament de les funcions. Es garanteix així el tractament adequat de la documentació rebuda per a la avaluació de protocols i de la identitat dels subjectes que participen en les propostes que s'avaluin.

19.9. ANNEXE 9- Full d'informació per als participants de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida

Rosa M^a Giralt Palou, psicòloga i infermera especialista en salut mental, que actualment es troba realitzant la seva tesi doctoral en aquesta institució,

el/la conviden a participar en un estudi d'investigació titulada “ANÀLISI DE LA VISIÓ DEL CONCEPTE ESTIGMA ENVERS LES MALALTIES DE SALUT MENTAL PER PART DELS ALUMNES QUE CURSEN EL PERÍODE FORMATIU DE SALUT MENTAL EN EL GRAU D'INFERMERIA ”, que transcorrerà des del Setembre de 2016 fins a finalitzar els continguts teòrics i pràctics de l'assignatura de Salut Mental.

En aquest projecte participen la Universitat de Lleida amb la seva Facultat d'Infermeria i la Fundació Universitària del Bages amb els Estudis d'Infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut de Manresa de la UVic-UCC.

L'objectiu d'aquesta investigació és avaluar l'efectivitat de la intervenció educativa que té l'aprenentatge en salut mental sobre l'estigma en les malalties mentals, durant el període de procés formatiu en els alumnes que cursen el Grau d'Infermeria.

En el context d'aquesta investigació li demanem la seva col·laboració per poder dur a terme l'estudi en concret ja que vostè compleix els criteris d'estar matriculat a l'assignatura de Salut Mental de 3er curs d'infermeria, amb posterior vinculació al pràcticum de Salut Mental.

La seva participació en aquesta investigació serà confidencial. Implicarà que haurà de respondre uns qüestionaris, en els quals haurà de complimentar cadascun dels seus apartats, a l'inici de l'assignatura de Salut Mental, al finalitzar l'assignatura i al finalitzar el Pràcticum de Salut Mental . En el cas que li sorgissin dubtes en el moment de complimentar-los l'investigador estarà disponible per poder resoldre'ls.

Tots els participants tindran assignat un codi que no permetrà vincular directament al participant amb les respostes donades, com a garantia de confidencialitat. Les dades que s'obtinguin de la seva participació no s'utilitzaran amb cap altra finalitat diferent de l'explicitat en aquesta investigació, que passaran a formar part d'un fitxer de dades del que serà màxim responsable l'investigador, davant el qual podrà exercir en tot moment els drets que estableix la Llei 15/1999 de Protecció de Dades Personals. Es custodiaran de forma segura sota la responsabilitat directa de l'investigador principal. En el cas de sorgir cap dubte o preguntes sobre els seus drets com a subjecte d'investigació i/o el procediment de complementació dels qüestionaris, si us plau, posis en contacte amb la investigadora a:

rgiralt@infermeria.udl.cat

19.10. ANNEXE 10- Full d'informació per als participants de la Facultat d'Infermeria de la Fundació Universitària del Bages

Rosa M^a Giralt Palou, psicòloga i infermera especialista en salut mental, que actualment es troba realitzant la seva tesi doctoral en aquesta institució,

el/la conviden a participar en un estudi d'investigació titulada “ANÀLISI DE LA VISIÓ DEL CONCEPTE ESTIGMA ENVERS LES MALALTIES DE SALUT MENTAL PER PART DELS ALUMNES QUE CURSEN EL PERÍODE FORMATIU DE SALUT MENTAL EN EL GRAU D'INFERMERIA ”, que transcorrerà des del Setembre de 2016 i fins a finalitzar els continguts teòrics i pràctics de l'assignatura de Salut Mental.

En aquest projecte participen la Fundació Universitària del Bages amb els Estudis d'Infermeria de la Facultat de Ciències de la Salut de Manresa de la UVic-UCC i la Universitat de Lleida amb la seva Facultat d'Infermeria.

L'objectiu d'aquesta investigació és avaluar l'efectivitat de la intervenció educativa que té l'aprenentatge en salut mental sobre l'estigma en les malalties mentals, durant el període de procés formatiu en els alumnes que cursen el Grau d'Infermeria.

En el context d'aquesta investigació li demanem la seva col·laboració per poder dur a terme l'estudi en concret ja que vostè compleix els criteris d'estar matriculat a l'assignatura de Salut Mental de 3er curs d'infermeria, amb posterior vinculació al pràcticum de Salut Mental.

La seva participació en aquesta investigació serà confidencial i implicarà que haurà de respondre uns qüestionaris, en els quals haurà de complimentar cadascun dels seus apartats, a l'inici de l'assignatura de Salut Mental, al finalitzar l'assignatura i al finalitzar el Pràcticum de Salut Mental. En el cas que li sorgissin dubtes en el moment de complimentar-los l'investigador estarà disponible per poder resoldre'ls.

Tots els participants tindran assignat un codi que no permetrà vincular directament al participant amb les respostes donades, com a garantia de confidencialitat. Les dades que s'obtinguin de la seva participació no s'utilitzaran amb cap altra finalitat diferent de l'explicitat en aquesta investigació, que passaran a formar part d'un fitxer de dades del que serà màxim responsable l'investigador, davant el qual podrà exercir en tot moment els drets que estableix la Llei 15/1999 de Protecció de Dades Personals. Es custodiaran de forma segura sota la responsabilitat directa de l'investigador principal. En el cas de sorgir cap dubte o preguntes sobre els seus drets com a subjecte d'investigació i/o el procediment de complementació dels qüestionaris, si us plau, posis en contacte amb la investigadora a:

rgiralt@umanresa.cat

19.11. ANNEXE 11- Consentiment Informat

Jo, _____

major d'edat, amb DNI _____, actuant en nom i interès propi

DECLARO QUE:

He rebut informació sobre el projecte titulada “ANÀLISI DE LA VISIÓ DEL CONCEPTE ESTIGMA ENVER LES MALALTIES DE SALUT MENTAL PER PART DELS ALUMNES QUE CURSEN EL PERÍODE FORMATIU DE SALUT MENTAL EN EL GRAU D’INFERMERIA ”, del què se m'ha entregat full informatiu annex a aquest consentiment i per al qual se sol·licita la meva participació. He entès el seu significat, m'han estat aclarits els dubtes i m'han estat exposades les accions que es deriven del mateix. Se m'ha informat de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades pel que fa a la gestió de dades personals que comporta el projecte i les garanties preses en compliment de la Llei 15/1999 de Protecció de Dades Personals.

La meva col·laboració en el projecte és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant el present consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meva persona en cap sentit. En cas de retirada, tinc dret a que les meves dades siguin cancel·lades del fitxer de l'estudi.

Així mateix, renuncio a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol altra naturalesa que pugui derivar del projecte o dels seus resultats.

Per tot això,

DONO EL MEU CONSENTIMENT A:

1. Participar en el projecte “ANÀLISI DE LA VISIÓ DEL CONCEPTE ESTIGMA ENVERS LES MALALTIES DE SALUT MENTAL PER PART DELS ALUMNES QUE CURSEN EL PERÍODE FORMATIU DE SALUT MENTAL EN EL GRAU D’INFERMERIA ”

2. Què a Rosa M^a Giralt Palou, com a investigadora, pugui gestionar les meves dades en els termes i abast necessari per la recerca, entenent que en cap cas es difondran de manera que es pugui vincular a les meves dades identificatives i que únicament es conservaran durant el temps que sigui necessari per complir les funcions del projecte. Es garanteix que es preservarà en tot moment la meva identitat i intimitat, amb les garanties establertes a la llei 15/1999 de protecció de dades i normativa complementària.

A la ciutat de _____, a _____ de _____ de _____

Nom del participant:

Firma:

Nom de l’investigador: Rosa M^a Giralt Palou Col.: 35238

19.12. ANNEXE 12- Revocació del Consentiment Informat

Jo _____ per mi mateix Revoco el Consentiment Informat acceptat amb data _____, de participar en l'estudi d'investigació titulada "ANÀLISI DE LA VISIÓ DEL CONCEPTE ESTIGMA ENVERS LES MALALTIES DE SALUT MENTAL PER PART DELS ALUMNES QUE CURSEN EL PERÍODE FORMATIU DE SALUT MENTAL EN EL GRAU D'INFERMERIA ", i què transcorrerà des del Setembre de 2016 i fins a finalitzar els estudis teòrics i pràctics de Salut Mental, fet que no perjudicarà de cap manera a la meva persona. Declaro per tant, després de la informació rebuda, el NO consentiment a la participació de l'estudi anteriorment esmentant.

Signatura del participant

Signatura de l'investigador

A la ciutat de _____, _____ de _____ de _____.

19.13. ANNEXE 13- Escala de dades Sociodemogràfiques

1. EDAT: _____
2. SEXE:
 - Dona Home
3. ESTUDIS PREVIS A L'ACCÉS A LA UNIVERSITAT:
 - Batxillerat i PAU
 - Mòdul Formatiu
 - Altres Graus
 - Altres
4. UNIVERSITAT A LA QUE PERTANYS:
 - Universitat de Lleida
 - Fundació Universitària del Bages- UCC-UVIC
5. ES TROBA REPETINT L'ASSIGNATURA DE SALUT MENTAL?
 - Si No
6. TÉ EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL RELACIONADA AMB L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL ?
 - Si No
7. TÉ EXPERIÈNCIA FORMATIVA RELACIONADA AMB L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL ?
 - Si No
8. PRESENTA O HA PRESENTAT ALGUNA MALALTIA MENTAL ?
 - Si No
9. CONEIX ALGUNA PERSONA PROPERA QUE PRESENTI O HAGI PRESENTAT UNA MALALTIA MENTAL ?
 - Si No
10. VALORA COM A ALTERNATIVA AL TRACTAMENT CONVENCIONAL LES TERÀPIES NATURALS O ALTERNATIVES ?
 - Si No

11. EL SEU LLOC DE RESIDÈNCIA HABITUAL TÉ UNA POBLACIÓ DE:
- Fins a 500 habitants
 - De més de 500 habitants i fins a 2000 habitants
 - De més de 2000 habitants i fins a 5000 habitants
 - De més de 5000 habitants i fins a 20.000 habitants
 - De més de 20.000 habitants i fins a 50.000 habitants
 - De més de 50.000 habitants
12. HABITUALMENT AMB QUI VIU?
- Visc sol
 - Visc en pis/residència compartida
 - Visc amb el meu nucli familiar
13. QUINA ÉS LA SEVA SITUACIÓ SOCIO-ECONÒMICA?
- Tinc ajut per part de terceres persones (familiar, persones properes) per poder viure
 - Tinc ajut econòmic a través de Beques, Atur, Incapacitat,....
 - En situació laboral activa
14. AQUEST ÉS EL SEU PAÍS D'ORIGEN ?
- Si
 - No
15. SI L'ANTERIOR RESPOSTA ÉS NEGATIVA; QUANS ANYS FA QUE ES TROBA RESIDENT EN AQUEST PAÍS?
- Menys de 1.
 - Entre 1 i 3 anys.
 - Més de 3 anys.

19.14. ANNEXE 14- Community Attitudes towards Mental Illnes (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital.

Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante.

No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente.

Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Totalmente de acuerdo=5	No estoy de acuerdo=2
De acuerdo=4	Totalmente en desacuerdo=1
Ni acuerdo ni desacuerdo=3	

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burles durante demasiado tiempo

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus Barrios

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en Barrios Residenciales

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

19.15. ANNEXE 15 - Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)

Por cada una de las preguntas responda marcando únicamente un número. En esta escala el término Enfermedad Mental hace referencia a las condiciones por las que la persona sería visitada por un médico psiquiatra.

1= Muy de acuerdo

4= Un poco en desacuerdo

2= De acuerdo

5= En desacuerdo

3= Un poco de acuerdo

6 = Muy en desacuerdo

1. Aprendo sobre salud mental simplemente cuando tengo que hacerlo y ni me molestaría en leer material adicional sobre el tema.

1 2 3 4 5 6

2. Las personas con enfermedad mental severa nunca podrán recuperarse lo suficiente como para tener una buena calidad de vida.

1 2 3 4 5 6

3. Trabajar en el campo de la salud mental es tan respetable como trabajar en otros campos de salud y cuidado social.

1 2 3 4 5 6

4. Si tuviera una enfermedad mental, nunca lo admitiría frente a ninguno de mis amigos por que sería tratado diferente.

1 2 3 4 5 6

5. Las personas con enfermedad mental severa son a menudo peligrosas.

1 2 3 4 5 6

6. Los profesionales sanitarios y de los servicios sociales saben más sobre la vida de las personas tratadas por enfermedad mental que los propios miembros de la familia o amigos.

1 2 3 4 5 6

7. Si tuviera una enfermedad mental, no lo admitiría nunca frente a mis compañeros de trabajo por temor a ser tratado de manera diferente.

1 2 3 4 5 6

8. Ser un profesional sanitario o social en el área de enfermedad mental no es como ser un profesional sanitario o social real.

1 2 3 4 5 6

9. Si un compañero de trabajo con mucha experiencia me dijera que tratase a las personas con enfermedad mental de manera no respetuosa, no seguiría sus instrucciones.

1 2 3 4 5 6

10. Me siento tan cómodo hablando con una persona con enfermedad mental como con una persona con enfermedad física.

1 2 3 4 5 6

11. Es importante que cualquier profesional del cuidado de la salud o social atendiendo a una persona con enfermedad mental se asegure de que su salud física está siendo evaluada.

1 2 3 4 5 6

12. La población no necesita ser protegida de personas con una enfermedad mental severa.

1 2 3 4 5 6

13. Si una persona con enfermedad mental refiere síntomas físicos (como dolor de pecho), lo atribuiría a su enfermedad mental.

1 2 3 4 5 6

14. No debe esperarse que los médicos generales realicen una evaluación exhaustiva de las personas con síntomas psiquiátricos porque éstas pueden ser derivadas a un psiquiatra.

1 2 3 4 5 6

15. Usaría los términos: “loco”, “chiflado”, “chalado”, etc., para describir a los compañeros/as con enfermedad mental que he visto en mi trabajo.

1 2 3 4 5 6

16. Si un compañero/a de trabajo me dijera que tiene una enfermedad mental, seguiría queriendo trabajar con él/ella.

1 2 3 4 5 6

19.16. ANNEXE 16- A Scale for measuring attitudes to the mentally ill among future health workers. The Spanish Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales en Futuros Técnicos de Salud

Se trata de solicitar tu sincera respuesta a los 20 ítems que te presentamos a continuación. Cada uno de ellos consta de cinco alternativas de respuesta, de las que deberás elegir una, dependiendo del grado de acuerdo que te suscite cada enunciado.

Te rogamos que intentes señalar la respuesta inmediata ("automática") que te sugiera cada uno de los ítems, marcando con una "x" la opción que consideres apropiada.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. En mi futuro profesional preferiría no tratar a enfermos mentales					
2. No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitase un enfermo mental					
3. No debiera aconsejarse que los enfermos mentales estuviesen en contacto con personas normales, ya que, debido a su propia dolencia, saldrían perjudicados					
4. Si estuviere ingresado en un hospital general, no tendría inconveniente en compartir habitación con un enfermo mental					
5. A los "locos", en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico					
6. No tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aun sabiendo que padece una enfermedad mental					
7. No sería de mi agrado que un enfermo mental se afiliase a una organización a la que pertenezco					
8. Todo enfermo mental debiera tener derecho, como cualquier persona, a un trabajo remunerado					
9. Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están "locos", para estar prevenidos hacia ellos					
10. En los manicomios debiera permitirse a los internados la misma libertad que la que existe en los hospitales generales					

11. No rehusaría alquilar un piso aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental					
12. No aceptaría de buen grado compartir mesa en un comedor público con un enfermo mental					
13. Invitaría a pasar unos días en mi casa a un amigo aunque supiera que padece una enfermedad mental					
14. No iría de viaje con una persona que padeciese una enfermedad mental					
15. Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales					
16. No pondría un negocio con una persona que tuviera una enfermedad mental					
17. Aunque supiera que padece una enfermedad mental, confiaría mis problemas a un amigo					
18. No debiera dejar matricularse en la Universidad a personas que padeciesen enfermedades mentales, ya que ocupan el puesto de otras más capacitadas					
19. Dejaría quedar solo en mi casa a un conocido aun sabiendo que padece un trastorno mental					
20. No confiaría dinero a cargo de un enfermo mental					

19.17. ANNEXE 17- Reported and intended Behaviour Scale (RIBS)

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias y puntos de vista en relación a las personas que tienen problemas de salud mental (por ejemplo personas atendidas por personal sanitario). Para cada una de las preguntas del número 1 al 4, por favor conteste marcando única mente una casilla.

1. ¿Está usted actualmente viviendo, o ha vivido alguna vez, con alguien con un problema de salud mental? **SI / NO / NO LO SÉ**
2. ¿Está usted trabajando, o ha trabajado alguna vez, con alguien con un problema de salud mental? **SI / NO / NO LO SÉ**
3. ¿Tiene usted actualmente, o ha tenido alguna vez, un vecino con un problema de salud mental? **SI / NO / NO LO SÉ**
4. ¿Tiene usted actualmente, o ha tenido alguna vez, un amigo íntimo con un problema de salud mental? **SI / NO / NO LO SÉ**

Para cada uno de los enunciados del 5 a 8, por favor responda marcando la casilla apropiada.

5= Totalmente de acuerdo desacuerdo	2= Ligeramente en desacuerdo
4= Ligeramente de acuerdo desacuerdo	1= Totalmente en desacuerdo

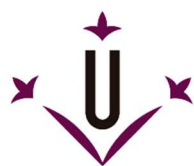
5. En un futuro, estaría dispuesto a vivir con alguien con un problema de salud mental.
5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0
6. En un futuro, estaría dispuesto a trabajar con alguien con un problema de salud mental.
5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0
7. En un futuro, estaría dispuesto a vivir cerca de una persona con un problema de salud mental.
5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0
8. En un futuro, estaría dispuesto a continuar la relación con un amigo que desarrollara un problema de salud mental.
5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0

19.18. ANNEXE 18- Social Desirability Scale (SDS)

A continuación verá un conjunto de frases que están relacionadas con actitudes personales. Lea atentamente cada una de ellas y decida si su forma habitual de ser se parece (V) o no (F) al contenido de la frase. No deje ninguna frase sin responder.

1 Antes de votar me informo detalladamente de la capacidad de todos los candidatos	V F
2 Nunca dudo en dejar lo que estoy haciendo para ayudar a alguien con problemas	V F
3 A veces me cuesta ponerme a trabajar si no me encuentro con ánimos	V F
4 Nunca me ha caído nadie realmente mal	V F
5 Algunas veces dudo de mi habilidad para triunfar en la vida	V F
6 A veces estoy descontento cuando no puedo hacer las cosas a mi manera	V F
7 Siempre soy muy cuidadoso con mi manera de vestir	V F
8 En casa, me comporto tan bien en la mesa como cuando voy a un restaurante	V F
9 Si pudiera entrar en una sala de cine sin pagar y estuviera seguro de que no me vieran, probablemente lo haría	V F
10 En algunas ocasiones he renunciado a hacer algo porque pensaba que me faltaba habilidad	V F
11 A veces me gusta chismorrear un poco	V F
12 Ha habido veces en que he tenido sentimientos de rebeldía contra personas con autoridad aún sabiendo que ellos tenían la razón	V F
13 Independientemente de con quién esté hablando, siempre escucho atentamente	V F
14 Alguna vez me «he hecho el loco» para quitarme a alguien de encima	V F
15 En alguna ocasión me he aprovechado de alguien	V F
16 Cuando cometo un error siempre estoy dispuesto a admitirlo	V F
17 Siempre intento practicar lo que predico	V F
18 No encuentro particularmente difícil relacionarme con gente escandalosa y detestable	V F
19 A veces trato de vengarme en lugar de perdonar y olvidar lo que me han hecho	V F
20 Cuando no sé algo no me importa admitirlo	V F
21 Siempre soy cortés, aun con gente desagradable	V F
22 A veces insisto en hacer las cosas a mi manera	V F
23 En algunas ocasiones siento que soy un manazas	V F
24 Nunca he dejado que alguien fuera castigado por cosas que había hecho yo	V F
25 Nunca me enfado cuando me piden que devuelva algún favor que me han hecho	V F
26 Nunca me irrito cuando la gente expresa ideas muy distintas de las mías	V F
27 Nunca emprendo un viaje largo sin revisar el coche (moto, bici, etc.)	V F
28 En algunas ocasiones me he sentido bastante celoso de la buena fortuna de los demás	V F

- | | |
|--|-----|
| 29 Aún no he tenido nunca la necesidad de decirle a alguien que me dejara en paz | V F |
| 30 A veces me irrita la gente que me pide favores | V F |
| 31 Nunca me ha parecido que me castigaran sin motivo | V F |
| 32 A veces pienso que cuando la gente tiene mala suerte es porque se lo merece | V F |
| 33 Nunca he dicho deliberadamente nada que pudiera herir los sentimientos de alguien | V F |



Universitat de Lleida

