

11241  
12/9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psicología médica,  
Psiquiatría y Salud Mental.

Actitud de los médicos residentes del  
hospital Rubén Leñero, hacia la uti-  
lidad de la intervención clínica del  
psiquiatra.

BIBLIOTECA CENTRAL

T E S I S

que presenta el Médico Cirujano  
Ernesto Javier Méndez Alía.

Asesor: Dr. Hector Gutierrez Avila

9 6080 *[Signature]* 12/XII/84.

México, D.F.

1984.

*[Signature]*

*[Signature]*

FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

|   | Pag |
|---|-----|
| Planeación . . . . .                                  | 1   |
| Protocolo . . . . .                                   | 3   |
| - título. . . . .                                     | 3   |
| - antecedentes. . . . .                               | 3   |
| - identificación y delimitación del problema. . . . . | 18  |
| - planteamiento de la hipótesis . . . . .             | 19  |
| - definición de variables . . . . .                   | 19  |
| - selección de diseño . . . . .                       | 20  |
| - procedimiento . . . . .                             | 23  |
| - recursos y cronograma . . . . .                     | 24  |
| - consideraciones éticas. . . . .                     | 25  |
| - tratamiento estadístico de los datos. . . . .       | 25  |
| Ejecución. . . . .                                    | 27  |
| - recolección de la información . . . . .             | 28  |
| - recuento de la información. . . . .                 | 31  |
| - presentación de la información. . . . .             | 33  |
| - descripción y análisis estadístico. . . . .         | 36  |
| Discusión y conclusiones . . . . .                    | 41  |
| Informe técnico . . . . .                             | 45  |
| - título. . . . .                                     | 45  |
| - autor . . . . .                                     | 45  |
| - resumen . . . . .                                   | 45  |
| - introducción. . . . .                               | 46  |
| - método. . . . .                                     | 48  |
| - resultados. . . . .                                 | 51  |
| - discusión . . . . .                                 | 57  |
| - referencias . . . . .                               | 59  |

## **I. PLANEACION**

### **Protocolo**

- 1.- Título
- 2.- Antecedentes
- 3.- Identificación y delimitación del problema.
- 4.- Planteamiento de hipótesis
- 5.- Definición de variables
- 6.- Selección de diseño
- 7.- Procedimiento
- 8.- Determinación de recursos y cronograma
- 9.- Estimación de peligros y consideraciones éticas
- 10.- Tratamiento estadístico de los datos

## **II. EJECUCION**

- 1.- Recolección de la información
- 2.- Recuento
- 3.- Presentación de la información
- 4.- Descripción y análisis estadístico

## **III. DISCUSION Y CONCLUSIONES**

### **Informe técnico**

- 1.- Título
- 2.- Autor
- 3.- Resumen
- 4.- Introducción (antecedentes, problema, hipótesis)
- 5.- Método (variables, diseño, procedimiento, recursos y cronograma)
- 6.- Resultados
- 7.- Discusión
- 8.- Referencias.

**I. PLANEACION.**

PROTOCOLO.

TITULO.- Actitud de los médicos residentes del hospital Rubén Leñero, hacia la utilidad de la intervención clínica del psiquiatra.

ANTECEDENTES.-

La psiquiatría, desde su nacimiento como rama de la medicina, ha estado en crisis permanente. Esta situación conceptualmente paradójica ha sido determinada por múltiples factores, tanto internos como externos. Entre los primeros, debe mencionarse la falta de unidad de doctrina, la pugna a ultranza de las escuelas y la carencia, hasta tiempos recientes, de recursos terapéuticos eficaces. Ello dio lugar -con manifiesta parcialidad- a que el psiquiatra y su especialidad fueran enfocados dentro del campo médico, con una actitud de desconfianza y menosprecio, aunque teñida de cierta curiosidad e interés. No poco ha contribuido a esto esa tendencia de ciertos grupos a relegar la sana observación clínica, aludiendo los métodos habituales de la práctica médica, que condiciona y nutre la investigación. Entre los segundos factores -los externos- hay que tomar en cuenta el papel que el Estado, como representante ideológico, ha jugado al respecto, y que se estima como decisivo. En efecto, los gobiernos, como organismos activos del contenido ideológico estatal, no ha sido sino el fiel reflejo de esta situación, y como consecuencia, las actividades psiquiátricas han sido vistas con desinterés, y el enfermo mental, degradado como paciente y no del mismo rango que cualquier enfermo. En estas condiciones, se establece una relación dialéctica a la que se ha puesto poca atención: por una parte, el Estado, funciona como integrador y espejo de la realidad -- que los médicos han fraguado acerca de la psiquiatría; y, por otra parte, las instituciones psiquiátricas no

son sino la resultante de esa situación poco precisa que el estado ha integrado previamente. La programación, por lo -- tanto, de tipo gubernamental se encuentra basada en concepciones que dan como resultado una muy singular falta de claridad doctrinal institucional. Por esta razón, la psiquiatría en este campo se ha encontrado, y aún se encuentra, en grave crisis, que no ha podido ser resuelta, a pesar de que los tiempos han cambiado y de que la psiquiatría se ha ido imponiendo poco a poco con firmeza y decisión. (1)

Esa actitud del campo médico de desconfianza, menosprecio y cierta curiosidad e interés, es posible se origine en los comienzos de la educación médica. Es un hecho ampliamente conocido el desconcierto y la sorpresa que recibe el estudiante de medicina cuando aborda la clínica psiquiátrica, el estudiante está entrenado para auscultar un corazón, palpar un tumor o valorar una imagen radiográfica y este acercamiento directo a los síntomas y signos es el que se parece perder cuando surgen estos datos de la vida anímica, pues dan la impresión de falta de firmeza, de consistencia propia y de cohesión interna. El resultado es que a menudo el estudiante queda en la incertidumbre, con la convicción de un manejo arbitrario de las expresiones de enfermedad y, en una palabra, lleno de desconfianza hacia la psiquiatría. (1)

Martí en un ensayo sobre los avances del conocimiento en sus distintas ramas, describe que "gran parte de los obstáculos interpuestos en el progreso de la psiquiatría moderna derivan de su grotesca confusión semántica, de la jerga psicoanalítica tan multiforme como innecesaria, y de la compulsión de muchos psiquiatras de hablar lo más oscuro y técnicamente posible..." El mismo autor cita la opinión de Gregorio Marañón: "No solo ignoro el dialecto misterioso de los psiquiatras, sino que cuando se lo oigo a ellos lo entiendo solo a medias". Y nosotros mismos podemos percatarnos cotidianamente de que nuestros colegas distin--

guen poco o en forma muy oscura las diferencias entre psicología, psiquiatría, psicoanálisis y aún neurología. Desde luego, no somos ajenos a este estado de cosas: hay dos modos radicalmente diferentes de conceptualizar una misma clase de padecimiento e incluso pugnas intradisciplinarias por la prevalencia de escuelas o psiquiatría autocalificadas de -- biológicas, existenciales, psicodinámicas, etc. Por esto es tan importante partir de que la complejidad del campo de la psiquiatría debe ser sometida a una organización metódica, y por otro lado no olvidar que el lenguaje científico y los términos científicos, son siempre artificiales y convencionales, y que por ende lo que importa es el uso que de ellos hagan los usuarios. (1)

Estos aspectos previamente mencionados, es posible que contribuyan en forma importante en la formación del criterio del médico no psiquiatra, respecto a el psiquiatra.

El viejo médico familiar era antes una combinación de médico, psiquiatra y maestro, pero en la actualidad el rol del médico no psiquiatra solo requiere del efectivo manejo de problemas somáticos. Los problemas emocionales son ahora referidos a los especialistas en problemas emocionales o sea a los psiquiatras. Por lo tanto es el psiquiatra un -- grupo aparte de los otros médicos. Ese aislamiento de la psiquiatría del resto de la medicina, ha creado controversias a nivel filosófico, lo cual se refleja en la práctica, en forma concreta en la interacción entre los médicos no psiquiatras y el interconsultante psiquiatra.

Un problema muy importante para la psiquiatría de enlace es decir la actividad que realiza el psiquiatra, dentro de un hospital general, fuera del área psiquiátrica, es la actitud que prevalece de los médicos no psiquiatras.

Lipowski en 1967 puntualizaba, que a pesar de todo lo que se ha hablado de la aproximación holística hacia el enfermo, algunos médicos tienen poco interés en abordar los factores psicosociales de la enfermedad y menor convicción de que el psiquiatra tiene alguna utilidad para contri

buir en la práctica de la medicina. (17)

La actitud de los médicos no se reduce solo a la no aceptación del psiquiatra. Kane y Kane en 1969 en un estudio sobre actitudes medicas de omnipotencia, observaron que en su muestra la mayoría de los médicos pensaba que era inapropiado que el paciente formara parte de un club terapéutico, y además indicaban que desaprobaban la asistencia de otros profesionales médicos a sus pacientes.

La especialidad del médico influencia su actitud con respecto al psiquiatra, pues la mayoría de los médicos piensan en su especialidad como una rama científica, por ello critican a la psiquiatría. Krakowski en 1977 observó que el médico frecuentemente olvida avisar al paciente sobre la interconsulta con el psiquiatra, utilizando a veces la interconsulta en forma punitiva, creando con esto una situación poco placentera entre el paciente y el psiquiatra.

Por otro lado es posible ver como en ocasiones el médico y el psiquiatra entablan una batalla peleando la custodia médica del paciente en tratamiento, queriendo el psiquiatra quitar la custodia al médico tratante y el médico tratante evitando que la custodia pase a manos del psiquiatra. La falta de cooperación entre ambos es también frecuente, lo que puede afectar en forma definitiva la estrategia del psiquiatra interconsultante. (2)

Es así como es posible ver las consecuencias de las actitudes del médico hacia el psiquiatra en una actividad cotidiana, y cada vez de más importancia como le es el campo de la psiquiatría de su parte.

Hasta el momento se han mencionado suposiciones acerca de la actitud actual del médico hacia el psiquiatra, y algunos de sus posibles orígenes dentro del ámbito médico, e incluso mencionando al Estado como portavoz de la actitud de la medicina con respecto a la psiquiatría, pero no se debe olvidar que esta situación se ha forjado dentro de una sociedad y que tanto médicos psiquiatras como y no psiquiatras es

tan situados dentro de ella. El como ve la sociedad al psiquiatra y la psiquiatría es de relevante importancia para el objetivo que persigue la presente revisión, es así como es posible observar que algunos autores han visto en la sociedad su forma de apreciar al psiquiatra, en los Estados Unidos se menciona que el psiquiatra ha sido visto como un individuo dividido entre su competencia profesional y su nivel social, se menciona también que la sociedad llega a experimentar miedo al autoconocimiento derivado del psicoanálisis, miedo también al armamentario terapéutico, incluyéndose la terapia electroconvulsiva, y la cirugía, la sociedad también reclama el uso político de drogas, y mira al psiquiatra como el administrador de un asilo, como un médico, como agente de control social o bien como un innovador. (4)

El Dr Paul Slade Knight en 1827 hace notar el bajo nivel médico de los asilos a los ojos de la profesión médica. En el año de 1858 el profesor Ronald Hargreaves, puntualiza que los asilos bajo el punto de vista de la sociedad son lugares feos y con una atención despersonalizada. Al aparecer el Psicoanálisis se dan ciertas bases cognoscitivas para que la psiquiatría operara dentro de la profesión médica. En los años de 1924-26 se comienzan a sustituir los términos psiquiátricos por la Comisión Mc Millan, empleando desde entonces el término de enfermo mental por el de lunático, el de hospital por asilo y el de médico en lugar de médico de asilo. Se considera que alrededor de 1943 al iniciarse el empleo de métodos especializados como el hospital de día, emplear personal como trabajadores sociales psiquiátricos y la terapia ocupacional, se alejó a la psiquiatría del resto de la medicina. En 1971 Sir Keith Joseph anuncia que la psiquiatría esta indisolublemente unida al resto de la medicina. En la actualidad el psiquiatra como especialista cubre una parte de la medicina, y porque dentro de este ámbito no ha progresado, y porque ha permanecido restringida? como se ha visto las últimas décadas, es considerable el actual avance de

los conocimientos en psiquiatría, por lo que el psiquiatra - debe ser ya reconocido como un especialista. (4)

Hay autores que han tratado de investigar el origen de las situaciones que limitan el avance de la psiquiatría a nivel social y así enumeran factores que han contribuido al descrédito de la psiquiatría ante la sociedad, y como ejemplo dicen los autores Hellinshead y Redlich's, que -- los pacientes de medio socioeconómico bajo reciben mayor cantidad de tratamientos físicos o químicos y no así los pacientes de medio socioeconómico alto que reciben más psicoterapia. Por su lado Goffman's menciona que el que el paciente tome un tratamiento psiquiátrico le desacredita ante la sociedad. Kesey's menciona la creencia del uso punitivo de la terapia electroconvulsiva, por su lado Szasz manifiesta el uso social del psiquiatra con fines políticos, Laing expresa que es común el uso del lábil diagnóstico de Esquizofrenia, en el cual el psiquiatra, se coaliciona con la familia del paciente. Medvedev asevera y anota el uso del psiquiatra y de la psiquiatría como medio de represión política en la U.R.S.S. Por su parte Halleck asegura que ningún aspecto psiquiátrico es políticamente neutral y finalmente como origen de - descrédito Torrey menciona a la psiquiatría preventiva como un fascismo psiquiátrico. (7)

Origen de innumerables controversias y discusiones los aspectos anteriores de alguna manera influyen en la imagen del psiquiatra y la psiquiatría ante la sociedad médica y la sociedad en general.

Por otro lado es posible advertir que ha habido sucesos en la historia de la psiquiatría que han favorecido el alejamiento de los médicos y los psiquiatras, así por ejemplo en el Hospital General de Massachusetts, los psiquiatras - en 1945 dejaron de llevar estetoscopio consigo, a partir de 1950 dejan de usar bata y para 1955 habían dejado de asistir a reuniones médicas. Se habla en esa época de un alejamiento de la psiquiatría del resto de la medicina debido en par-

te por el aislamiento de los hospitales psiquiátricos de centros médicos, hubo también un alejamiento filosófico y así — los psiquiatras junto con sus pacientes se fueron. Fué también notable el deterioro de la enseñanza de la clínica psiquiátrica en las escuelas de medicina y los ejemplos de psicopatología se encontraban lejos del alcance de los alumnos. En la actualidad se busca la reincorporación de los psiquiatras al foro médico, con el reciente avance del descubrimiento de los psicofármacos, los conceptos actuales de las enfermedades psicosomáticas, el surgimiento de la psiquiatría de enlace y la creación de programas de enseñanza en los que el residente de psiquiatría rota por servicios de un hospital general. (6)

Es posible ver que en los Estados Unidos el proceso fué que de ser el psiquiatra parte del foro médico, debido a varios factores se fué alejando paulatinamente, aislando del ámbito médico y que en la actualidad se quiere retomar el lugar perdido.

En la historia de México, durante la época precolombina, es posible observar que existía el conocimiento de el enfermo mental e incluso los diferentes tipos de enfermos el arsenal terapéutico era amplio, conjuros mágicos, hipnotismo, interpretación de sueños, algún tipo de psicoterapia, y hasta 140 plantas medicinales con uso exclusivo para pacientes psiquiátricos. Al parecer el que ejercía esta medicina no era otro que el médico que trataba todo tipo de afecciones incluyendo las psiquiátricas. (19)

En la época colonial en que seguramente debido a la gran necesidad, por el número de enfermos, indigentes y menesterosos se crea en 1566 por Bernardino Alvarez el primer hospital psiquiátrico del continente americano en la ciudad de México, y es a partir de 1568 que funda una verdadera red de hospitales por el mismo Bernardino Alvarez, en los que el trato al paciente dejaba mucho que desear. Sobreviene una crisis en este tipo de atención solo se mantenía al paciente

confinado, sujeto y semidesnudo, desaparece la orden eclesiástica fundada por Bernardino Alvarez en 1821, y la crisis de la atención al paciente se agudiza, y no es sino hasta el -- porfiriato en que surge la preocupación por la beneficencia y la salubridad, creandose en 1910 en la ciudad de México el Manicomio General de la Castañeda, desde entonces y hasta 1960 estuvo funcionando el antiguo manicomio general alejado -- del ámbito médico, con los pacientes y los psiquiatras aislados, con un deficiente trato al paciente, favorecido por -- los escasos recursos empleados en su tratamiento. A partir -- de 1960 se realiza una reforma a fondo culminando con la sustitución del antiguo Manicomio General por una red de 11 hospitales, dos de ellos para enfermos agudos en el Distrito Federal y el resto distribuidos cerca del Distrito Federal y -- en otros estados. Esto fué seguido de un largo período en el que se limitó considerablemente la canalización de recursos hacia las instituciones psiquiátricas favoreciendo el atraso y falta de desarrollo de la atención al enfermo mental. En -- la actualidad al parecer surge una nueva época en la que se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se instalan servicios de salud mental en centros comunitarios de salud al menos en el Distrito Federal, se crea el Centro Comunitario de Salud Mental y se crean los recientes servicios de Psiquiatría de enlace en hospitales generales. (18)

Es posible analizar y darse cuenta que en la historia de México el alejamiento de la psiquiatría del ámbito médico y su acercamiento a él ha sido variable según las diferentes etapas y que en la actualidad se esta buscando más -- que nunca un acercamiento, una reconciliación definitiva, que enfrenta una serie de dificultades, de las que surge la idea de la realización del presente trabajo.

Si se vuelve la vista al aspecto académico de la -- psiquiatría en México, es posible ver la relativamente reciente creación en la década de los 50s. del postgrado en psiquiatría en la Universidad y la creación en los años 60s. de la

residencia en el antiguo Manicomio, la ignorancia que de la especialidad existe entre los médicos es debido quizá a como lo hace notar Medina en una revisión informal de los currículos de los médicos en algunas universidades del país, no hay suficientes materias que aborden áreas psiquiátricas o problemas específicos de psicopatología, aunado esto a lo que se mencionaba en párrafos anteriores, sobre la dificultad e inconsistencia y la incertidumbre que provoca en el estudiante el abordar la clínica psiquiátrica. (3)

Es curioso ver como dado el reciente interés en la reincorporación del psiquiatra al equipo médico en 1972, aparece aprobado por la Asociación Psiquiátrica Americana un artículo en el que se aclaran los roles de los profesionales no médicos en salud mental, el rol cambiante del psiquiatra el rol único y función del psiquiatra, las relaciones interprofesionales y como llevarlas a cabo, las responsabilidades con el público y con los médicos psiquiatras o no. También se ventilan las responsabilidades éticas, la educación y el servicio, y de la publicación de este artículo no hace más de doce años. (8)

A mediados de la década de los setentas y en la presente década es notable el incremento del interés por conocer la actitud que tienen los médicos no psiquiatras con respecto al psiquiatra y también los numerosos estudios en estudiantes de medicina en relación a su actitud ante la psiquiatría y la elección de su especialidad. Link B. y sus colaboradores en 1982, realizaron un estudio en 103 médicos buscando conocer su actitud ante la referencia de pacientes a los psiquiatras, se evaluaron en ellos las áreas de creencia en la psicogénesis, el escepticismo ante la psiquiatría, la insatisfacción del tratamiento psiquiátrico, y el preferir el tratamiento de sus pacientes por ellos mismos, el resultado obtenido por este autor demuestra que las actitudes son muy diferentes entre los médicos y no solo responden aceptando la corriente antipsiquiátrica, se descubrió que les es más -

facil referir e identificar pacientes si creen en la psicogénesis. (12)

En un estudio realizado por Cohen-Cole en 1982, analizando a 200 médicos, se observó que del 37% de los pacientes por ellos vistos con problemas psicológicos, solo indicaron a un 11% el acudir con el psiquiatra. Durante la entrevista a estos médicos manifestaron solo en un 68% estar satisfechos con el tratamiento psiquiátrico. Fué notable la variación, con respecto a los especialistas que recurrían con más frecuencia al apoyo psiquiátrico, fué mucho más frecuente, la interconsulta solicitada por el médico familiar, que por el cirujano, atribuyéndose esta diferencia al mayor conocimiento que tiene el médico familiar de los problemas psicosociales que intervienen en el fenómeno enfermedad. Krakowski en 1977 atribuye esta insatisfacción de los médicos a la falta de claridad o relevancia de las comunicaciones del psiquiatra. Y finalmente en dicho estudio se expresa que es notable también la variabilidad de satisfacción que tienen los médicos no psiquiatras, de interconsultante a interconsultante, manifestado por los diferentes niveles de confianza de psiquiatra a psiquiatra. (11)

Esta preocupación por volver al ámbito médico al psiquiatra, ha dado lugar a estudios en los cuales se evalúa la capacidad del médico general para diagnosticar padecimientos psiquiátricos y para canalizar pacientes al psiquiatra o a un servicio especializado. Padilla y colaboradores en 1984 ha realizado un estudio en el que se evalúa la frecuencia con la que el médico detecta problemas emocionales, se pudo observar que comparando un cuestionario estandarizado de Goldberg, con la detección de problemas por el médico general, el cuestionario fué mucho más certero y adecuado. De una frecuencia total de 33.3% de trastornos emocionales estimados para una población, el médico general descubrió solo un 15.9%, lo cual permitió identificar la tendencia del mismo hacia la sobreestimación de los sujetos sin trastornos, es nota-

ble que en comparación con cifras encontradas en Estados Unidos la detección en México es menor. (10)

Es posible ver en la actualidad títulos de artículos que expresan la ignorancia que tiene el médico general con respecto al psiquiatra y la psiquiatría, como el artículo publicado por Pollitt en 1983 y que se intitula "Como mandar al propio paciente a un Psiquiatra", y en el que se dan las pautas y recomendaciones que se deben tomar en cuenta -- cuando un médico debe canalizar a su paciente a un psiquiatra. (5) Y es posible también encontrar en varios textos médicos o paramédicos la afirmación de que muchos médicos no simpatizan con los pacientes que se quejan de síntomas y dolencias no orgánicas. (9)

La última década en los Estados Unidos se ha podido observar que ha declinado alarmantemente el porcentaje de médicos que se han querido especializar en psiquiatría, y muchos de ellos han sido extranjeros, los que si ingresan a la especialidad. Debido a la aparente disminución en el atractivo de la psiquiatría para los estudiantes de medicina es que se han hecho numerosos estudios tratando de valorar la actitud del estudiante de medicina con respecto a la elección de la psiquiatría como especialidad. En estudios llevados a cabo en los sesentas y los setentas por Eagle y Marcos y por Nadelson y Fuchs, se encontró que los estudiantes veían a la psiquiatría de bajo estrato en la medicina, y de poca eficacia, de alta potencialidad para producir angustia, que era ejercida por intelectuales bien intencionados o por médicos neuróticos. También veían los estudiantes que era una profesión vista con indiferencia, antipatía y estigmatizada. (15)

En 1982 Nielsen publica los resultados de un estudio realizado en 204 estudiantes de medicina de niveles superiores, aplicandoles un cuestionario de 22 preguntas tipo Likert, abarcando aspectos como el nivel de la psiquiatría dentro del conocimiento médico, la eficacia de la psiquiatría, la definición del rol y el funcionamiento del psiquiatra, el

posible abuso de la, psiquiatría y la crítica social y el estado en que se encuentra en el nivel de importancia de acuerdo a otras especialidades. Los resultados en general fueron favorables mientras que la mayoría de las opiniones fueron positivas, un número sustancial de estudiantes llegó a criticar en aspectos tales como la eficacia del tratamiento y los méritos científicos de la psiquiatría. Por un lado se observaron opiniones de la competencia de los psiquiatras, el carisma, y por otro se criticaba la actitud sobreanalizadora de la conducta, el largo tiempo perdido en la discusión teórica.

En estudiantes que se interesaban por la psiquiatría se descubrió que habían fuertes presiones sociales, familiares y de médicos de otras especialidades para desanimar al interesado en el campo psiquiátrico. (15)

También en 1982 Yager J. y colaboradores publican un estudio de las actitudes de estudiantes de primero y de segundo años de la carrera de medicina, observando que de 624 cuestionarios, contestaron 368 estudiantes, se les aplicó un cuestionario con 6 preguntas con respuesta si-no, y 11 con respuestas de opción múltiple de 5 reactivos. Dentro de las respuestas se observó que quienes nunca tendrían como opción a la psiquiatría como especialidad a seguir, la consideraban como una especialidad de bajo nivel, con muchas influencias externas como la antipsiquiatría y con mucha confusión del rol que debe de representar el psiquiatra. Los estudiantes que consideraban a la psiquiatría como segunda o tercera opción de elección, manifestaban que con los nuevos conocimientos que nutren a la psiquiatría puede subir de estatus al nivel de las otras especialidades. (14)

Es digno de hacer notar que en la revisión de la literatura de la última década solo existe un solo estudio sobre actitudes hacia el psiquiatra en el que se incluyen además de estudiantes de medicina, a médicos recibidos y este fué el llevado a cabo por West N.D. y colaboradores en 1976

aplicando un cuestionario de 6 preguntas en forma arbitraria, sin utilizar métodos para medir actitudes, en el que se incluyó para investigar aspectos del rol del psiquiatra, la utilización de la interconsulta psiquiátrica, la psiquiatría como opción de especialización, el porque el conocimiento de la psiquiatría se considera útil y que críticas constructivas los que respondieron el cuestionario podían aportar. Se aplicaron 549 cuestionarios a tres grupos: estudiantes de los primeros años de la carrera, estudiantes de los últimos años de la carrera, residentes de especialidades, jefes de departamentos y médicos privados. Los resultados fueron definitivamente favorables, la mayoría de las gentes consideró a la psiquiatría útil en el tratamiento total del paciente e indicaron que sus propios conocimientos de psiquiatría de la carrera les eran útiles. Los comentarios que se recibieron por escrito fueron muy constructivos y versaban sobre seis aspectos principales: 1. La falta de los psiquiatras al alejarse de los conocimientos de la medicina general para satisfacer su identidad como médicos. 2. Confusión acerca de la psicoterapia y que hace. 3. La aversión del psiquiatra para tratar emergencias, como delirium, sobredosis de drogas, etc. 4. La tendencia de los psiquiatras para aislarse ellos mismos de la comunidad médica. 5. Una muy negativa actitud hacia las teorías psicoanalíticas clásicas. 6. La dificultad en la concordancia de diagnóstico y tratamiento entre los psiquiatras. (13)

A pesar del actual interés por conocer el, porque de la disminución en el ingreso de estudiantes interesados a el area de la psiquiatría y del creciente interés en la psiquiatría de enlace para extender su acción cada vez más y de que en múltiples publicaciones se hace referencia a la actitud de los médicos no psiquiatras con respecto al psiquiatra y a la psiquiatría, existen algunos estudios serios con respecto a la actitud de estudiantes, pero el número de estudios en la última década que incluyen también a médicos residentes practicantes privados y jefes de areas se reducen a un solo

estudio, que es el ya mencionado realizado por West y colaboradores en 1976, realizado con una escasa muestra para su objetivo, y sin utilizar un claro método para medir actitudes, y es el único estudio en el que se basan en la actualidad algunos autores con en las Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica, para conocer la actitud de los médicos en sus diversas modalidades, hacia el psiquiatra, la psiquiatría y sus múltiples aspectos.

En México en el año que se cursa se han realizado modificaciones substanciales a los planes académicos de la residencia y curso de especialización en psiquiatría, sobre todo en el último año de la especialidad, en el que se ha incluido la rotación del residente, por tres meses en el ambiente de un hospital no psiquiátrico, ya sea de urgencias en general o de Ginecoobstetricia, iniciándose así la introducción de la psiquiatría de enlace en el currículo, como ya se ha venido realizando en varios centros de Estados Unidos.

Estando ahora presente ante el psiquiatra en forma ción la oportunidad de colaborar con el equipo médico de -- hospitales no psiquiátricos, y reconociendo en forma práctica la actitud que se tiene hacia el psiquiatra y la psiquiatría, es importante el basar en forma objetiva lo que solo -- han sido impresiones en la interrelación psiquiatra-no psiquiatra, con respecto a la colaboración mutua, a el reconocimiento de roles, las expectativas y el reconocimiento de la utilidad del psiquiatra.

Dentro del ámbito de la psiquiatría de enlace, funciones muy importantes del psiquiatra lo constituyen la educación sobre aspectos de psiquiatría a el personal médico y paramédico de los hospitales no psiquiátricos, y por otro lado otra labor relevante y no menos importante lo constituye la investigación, y dentro de este campo se busca realizar el presente trabajo de investigación, buscando objetivar uno de los aspectos en la relación psiquiatra-no psiquiatra que en forma colateral busca dar luz sobre esta relación, --

creando así quizá una mejor colaboración, entendimiento, objetivos a llegar en la enseñanza que realiza el psiquiatra - para el resto del personal del equipo de salud, y que esto - es posible que finalmente vaya a redituarse en un tratamiento más completo e integral al paciente, con una visión holística en los hospitales no psiquiátricos.

Si los psiquiatras pueden aclarar la perspectiva - de las controversias en la medicina y en la psiquiatría con respecto a la etiología (muchas veces oscura, o desconocida) el diagnóstico (un arte en la psiquiatría), el tratamiento - (variado, difícil de indicar, de resultados aún pobres), así como los dilemas éticos, y pudieran estimular a los estudiantes de medicina y por lo tanto aumentar su tolerancia a la - incertidumbre, los ayudarán a volverse mejores médicos y quizá también a eliminar una razón para su desinterés por la -- psiquiatría. (16)

## IDENTIFICACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.-

Dentro de las publicaciones encontradas en relación al tema, en los últimos 10 años, es posible ver algunos datos sobre la actitud que guarda la sociedad y en especial los médicos con respecto a la psiquiatría y al psiquiatra, - se manifiestan en dichas publicaciones una serie de datos variados en cuanto a opiniones, críticas, que en forma parcial nos dejan ver la imagen que de la psiquiatría y del psiquiatra guardan las sociedades, sobre todo la norteamericana. En México con la actual tendencia a extender la psiquiatría de enlace a un número cada vez más grande de hospitales, es posible vivir más de cerca la relación con los médicos no psiquiatras, y con simple observación reconocer la ignorancia - que existe acerca de lo que es el psiquiatra, que hace, que utiliza, como lo utiliza, y que puede lograr, así como que - beneficio puede traer al paciente con determinadas características, así como a ver claramente el rol que juega el psiquiatra en la atención integral del paciente, de valiosa utilidad es pues conocer en forma más objetiva, la visión que - guarda el médico general con respecto al psiquiatra, y así - de alguna manera planear estrategias, para que se reconozca el papel y utilidad que tiene el psiquiatra. Conociendo que en los hospitales generales en el Distrito Federal, el trato a los pacientes lo realiza en forma más estrecha y directa el médico residente y que en el futuro este médico será el especialista que este al mando de servicios médicos, considero importante el enfocar el presente trabajo especialmente al residente, planeando y definiendo el problema en la siguiente forma: ¿ Sabe el médico residente, que rota el mes de noviembre de 1984 en el Hospital Rubén Leñero, lo que el psiquiatra puede ofrecer a los pacientes, es decir reconoce su utilidad, dentro del equipo médico interdisciplinario ? .

#### PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS.-

Considerando que el presente trabajo de investigación sociomédica, es planteado con fines meramente descriptivos, y no como un estudio experimental puro, se planteará -- más que una hipótesis el objetivo central del trabajo.

El objetivo del presente trabajo es aproximarse al conocimiento de la actitud hacia la utilidad del psiquiatra que tienen los médicos residentes que se encuentran durante noviembre de 1984, rotando por el hospital de urgencias "Rubén Leñero".

#### DEFINICION DE VARIABLES.-

Durante la carrera de medicina el alumno en varias ocasiones tiene la oportunidad de obtener conocimientos de psiquiatría, ya sea en cursos formales, ya sea por propia iniciativa, o bien en cursos especiales, y es posible que la cantidad y calidad de conocimientos que se adquieran en mayor grado dependen del interés del alumno por la materia o de el profesor por la motivación inducida. Algunos autores consideran que los programas en varias universidades del país carecen de información en muchos aspectos dada la amplitud del campo psiquiátrico. (3) Pero al menos en los programas de enseñanza es posible ver que tratan de abarcar lo -- más útiles e importantes temas posibles, así en la U.N.A.M. el programa de pregrado incluye aspectos de reconocimiento de signos y síntomas, padecimientos más frecuentes, estudios de laboratorio y gabinete, información sobre psicofármacos, se incluye la habilidad para explorar clínicamente a un enfermo y las indicaciones para la consulta con el especialista. Incluso uno de los objetivos terminales es que el alumno sea capaz de explicar los elementos que justifiquen el consultar o referir al servicio correspondiente, las condiciones patológicas que se enumeran y que constituyen una urgencia verdadera o relativa. Así es como en alguna forma según los diversos programas de enseñanza el alumno obtiene una cantidad de conocimientos acerca del psiquiatra y la psiquiatría, mismos que van a influir en la actitud que va a tener el egresado de

la carrera. No menos importante es en ocasiones la información recibida de medios masivos de comunicación acerca del ámbito psiquiátrico, además de las propias experiencias del trato con psiquiatras como amistad, conocido o terapeuta.

Según el objetivo planteado en este trabajo, no será el valorar el nivel de conocimientos, experiencias, que varían en calidad y cantidad, lo que se pretende conocer, ni que tipo de plan de estudios se siguió, ni si se ha llevado algún tipo de terapia o no, sino a grandes rasgos valorar la variable de actitud que en la actualidad tienen en general los residentes mencionados, y realizarlo más a manera descriptiva. La variable de actitud hacia la utilidad del psiquiatra constituye una variable cualitativa ordinal, que se pretende describir.

#### SELECCION DE DISEÑO.-

Se seleccionará para llegar al objetivo señalado un diseño descriptivo, transversal y hasta cierto punto experimental, que mida hasta donde es posible la actitud del médico residente de un hospital de urgencias con respecto a la utilidad del psiquiatra.

Existen muchas definiciones de actitud, pero una que se considera útil y práctica para quienes se dedican a medir actitudes es la expresada por Thurstone, que dice que la palabra actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, y convicciones acerca de un asunto determinado. Se considera que la actitud es la predisposición a responder a un objeto y no precisamente la conducta afectiva hacia el, una área de acuerdo entre los estudiosos es que la actitud es persistente, pero no inmutable y que se requiere mucha presión para cambiar de actitudes. La actitud produce por lo mismo una consistencia en las manifestaciones conductuales, y finalmente se dice que la actitud tiene características motivacionales o directivas hacia los objetos. (20)

Katz y Scotland en 1959 y Krech en 1962, manifiestan que una actitud consiste de tres componentes: a) cognoscitivo, b) emocional y c) tendencia a la acción, y que estos tres elementos son a veces indistinguibles unos de otros, y se llegan a mezclar.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud son muestras de conducta que revelen las creencias, sentimientos y tendencias a la acción, propias de el individuo, con relación al objeto en cuestión. Cook y Sellitz identifican cinco bases de inferencias: a) informes de uno mismo sobre creencias, sentimientos y conductas; b) observación de conducta manifiesta, c) reacción a estímulos --parcialmente estructurados o interpretación de ellos, cuando implican el objeto de actitud; d) realización de tareas objetivas en que intervenga el objeto de la actitud; y e) reacciones fisiológicas al objeto de la actitud o a representaciones de el. (20)

Es necesario considerar aquí que la medición de actitudes en sus diversas modalidades y bajo los diversos métodos tiene serias dificultades, y por lo tanto la verdadera y real actitud muchas veces queda oculta, ya que con los dispositivos hasta ahora creados no es posible obtener con mucha fineza resultados totalmente fieles a la realidad, ya que estos dispositivos pueden ser manipulados por el sujeto en estudio y falsear de alguna manera la información, por lo que en cierta forma la medición constituye solo una aproximación a la realidad. (20)

En el trabajo presente se medirá la actitud de médicos residentes mediante un cuestionario de tipo Likert, elaborado de la siguiente manera: 1. Se especificará la variable de actitud que se va a medir, en el caso que nos ocupa, aspectos cognoscitivos, emocionales y de tendencia a la acción con respecto a la utilidad del psiquiatra. 2. La recolección de una amplia variedad de opiniones acerca de la variable de actitud especificada. 3. La edición de este material

en una lista de alrededor de cien breves aseveraciones de opinión. 4. La clasificación de las aseveraciones en una escala imaginaria que represente la variable de actitud, realizada por 300 lectores. 5. Cálculo del valor escalar de cada aseveración. 6. Eliminación de algunas aseveraciones por el criterio de ambigüedad. 7. Eliminación de algunas aseveraciones por el criterio de inadecuación. 8. Selección de una lista breve de 20 aseveraciones graduadas uniformemente en la escala. (20)

Una vez realizada la escala de actitud se medirá, dando a conocer la escala a un grupo de interesados en el estudio, que calificarán con acuerdo o desacuerdo las aseveraciones que consideren útiles o no.

La confiabilidad de la escala puede determinarse preparando dos formas paralelas y presentándola a los mismos individuos. La correlación entre las dos calificaciones obtenidas por cada persona de un grupo indicará entonces la confiabilidad. (20)

Los reactivos de la escala de elaboración según la técnica de Likert, con preguntas o aseveraciones positivas y negativas alternas respecto al objeto actitudinal, y con cinco opciones de respuesta dentro de un continuo en la jerarquización de la actitud.

Una vez terminada la escala, se aplicará a una muestra de residentes que laboran en el Centro Hospitalario de urgencias "Rubén Leñero".

Para calificar los resultados obtenidos se utilizará el método simplificado de calificación, que no muestra variación importante en su realización y resultados que los clásicos métodos de calificación de Thurstone y Likert, y estos a su vez no han mostrado ser mejores que el simplificado.

La técnica simplificada consiste en asignar valores de 1 a 5 a cada una de las aseveraciones, es decir a cada respuesta. El extremo uno se asignará siempre al extremo negativo de la escala; y el extremo cinco, al positivo de la

escala. Después de asignar así los valores numéricos a las -- respuestas posibles, se determina la posición de cada indivi-- duo encontrándose el promedio de los valores numéricos de -- las posiciones que marcó. Y finalmente para conocer la situa-- ción general del grupo se obtendrá el promedio de los valo-- res de cada individuo del grupo y así se conocerá la actitud del grupo.

Los resultados así obtenidos se expresarán en ta-- blas y en gráficas que se describirán más adelante.

#### PROCEDIMIENTO.-

Una vez teniendo lista la escala de medición de ac-- titudes y habiendo hablado con el jefe de enseñanza del hos-- pital "Rubén Leñero", y habiendo recibido su autorización pa-- ra la realización del trabajo en los residentes del hospital se tomará una muestra probabilística de lotería de 25 resi-- dentes de los 40 que laboran en el hospital, el tomar la --- muestra en esa forma ayudará a eliminar variables de la po-- blación, como edad, sexo, escuela o universidad de origen. Se buscará personalmente a los residentes en sus respectivos servicios de cirugía, medicina interna, neurología, gineco-- obstetricia, quemados, ortopedia y traumatología, quirofanos que sean residentes, sin distinción de grado ni especialidad. Se presentará el experimentador como residente de tercer año de la especialidad de psiquiatría, solicitando se conteste - un cuestionario para conocer la opinión que se tiene del psi-- quiatra. Se dará solo esta información, y se esperará todo - el tiempo necesario para su resolución, en el cual solo se - pedirán las respuestas, en forma anónima, solo al final pi-- diendo se especifique que tipo de especialidad se sigue, y - para finalizar se agradecerá la colaboración para la reali-- zación del estudio. Se hará la observación adicional si algu-- no de los encuestados rechaza la resolución del cuestionario. Posteriormente se calificarán los resultados, por el método - simplificado de calificación de actitudes, se vaciarán los - resultados obtenidos en una hoja cuadrículada al efecto, en la que por un lado se representen los encuestados y por o-- tro las respuestas a cada una de las preguntas o aseveracio--

nea. Se obtendrá el promedio de la puntuación de cada individuo en sus respuestas, con lo que se situará a cada individuo en un lugar del continuo escalar de la actitud, posteriormente se hará la suma de los individuos que han caído en el mismo grupo dentro de la actitud promedio de cada uno, y se vertirán los datos en tablas y gráficas, que se describirán en el capítulo de tratamiento estadístico de los datos.

#### DETERMINACION DE RECURSOS Y CRONOGRAMA.-

##### Recursos.

Los sujetos de estudio serán un grupo de residentes de diferentes grados y especialidades que realizan su actividad asistencial y académica en el Hospital de Urgencias - Rubén Leñero, dependiente de Salud Pública del Distrito Federal. Son un total de 40 residentes, entre residentes rotatorios, residentes de cirugía, residentes de cirugía plástica, residentes de ortopedia y traumatología, anestesia y de paciente en crisis o sea de terapia intensiva, que incluyen los diferentes grados de las especialidades, los aspectos relevantes de sus características es que fundamentalmente deben ser estudiantes de postgrado, de alguna de las especialidades médicas que allí se imparten, y que realicen su actividad asistencia durante el mes de noviembre de 1984, en el mencionado nosocomio, y que desde luego pertenezcan al equipo médico del establecimiento.

El equipo necesario para la realización del estudio es un cuestionario fotocopiado en número de 25, que se distribuirá entre los residentes y que por las características de la variable de actitud, y número de reactivos no será de más de una hoja tamaño carta.

Los dispositivos auxiliares de análisis y descripción serán una máquina de escribir, alrededor de 300 hojas blancas tamaño carta, hojas cuadriculadas, una calculadora de bolsillo, las publicaciones o copias de las publicaciones de consulta, reglas, lapices, plumas, en general material de papelería, así como un medio de transporte para acudir al--

sitio del trabajo y lugar de investigaciones bibliográficas. Los recursos humanos necesario para la realización van a ser desde luego los sujetos de estudio, la autorización del jefe de enseñanza del lugar del estudio, la aceptación del presente protocolo e idea por el coordinador de enseñanza de postgrado del departamento de Psicología médica, Psiquiatría y - Salud Mental de la U.N.A.M., desde luego el asesor de tesis y el experimentador, mismo que elaborará el protocolo, obtendrá los datos y realizará el reporte del estudio.

El monto financiero de la investigación, considerando que ya se cuenta con algunos medios y que se gastará más en copias, papelería, transporte, es posible estimarlo en aprox. \$ 5000.00, contando solamente con el apoyo económico del elaborador del estudio.

**Cronograma.**

|              | 1984 |     |     |     |     |     |     |       |
|--------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|              | MAY  | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC   |
| PLANEACION   | I-   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | I     |
| EJECUCION    |      |     |     | I-  | -   | -   | -   | -I    |
| DISCUSION Y  |      |     |     |     |     |     |     |       |
| CONCLUSIONES |      |     |     |     |     |     | I-  | - - I |

**ESTIMACION DE PELIGROS Y CONSIDERACIONES ETICAS.-**

Dentro de este aspecto hay que hacer notar que el residente estará en completa libertad de contestar o no al cuestionario sin represalias de ningún tipo. Por otro lado los cuestionarios solo contendrán las respuestas de cada individuo, y no se tomará ningún otro dato personal, más que grado de estudios y especialidad. Si el que responde el cuestionario decide no contestar alguno de los reactivos se respetará su posición. En realidad ante el anonimato de las respuestas no habrá ningún peligro para los encuestados.

**TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS.**

De las respuestas de cada individuo que se obten--

drán numeradas del 1 al 5 de acuerdo a la actitud expresada, se sacará el promedio de los números obtenidos en sus respuestas y así se podrá determinar el lugar de cada individuo dentro de un continuo rango de actitudes, que irá de la actitud más baja representada por 1 y la actitud más positiva o alta con el número 5. Para cada pregunta en análisis aparte, puesto que no se trata de una escala totalmente probada y estandarizada se observará el número de respuestas a cada inciso y se sacará el porcentaje para cada respuesta, así se presentará cada pregunta con sus respuestas, y con una tabla anexa con el número de contestaciones para cada respuesta de las cinco, y el respectivo porcentaje que le corresponda. Así se presentará el resultado de cada aseveración. Después en una tabla se expresará en el eje vertical del uno, hasta el número de incisos de arriba para abajo, arriba a la derecha del 1 al 5 las respuestas, y así se concentrará el número de respuestas para cada opción desde la más positiva 5 a la más negativa 1. Al pie del cuadro la sumatoria de las respuestas a cada una de las cinco opciones de las preguntas o aseveraciones utilizadas, y más abajo su correspondiente porcentaje del total de respuestas. Así se obtendrá el porcentaje de respuesta obtenido para cada opción de la 1 a la 5.

Posteriormente se realizará una gráfica por medio de barras del porcentaje obtenido en total para cada inciso de opción múltiple del 1 al 5. Y finalmente se graficarán los resultados obtenidos por la calificación de tipo simplificado de escalas de actitudes, en una gráfica que en el eje de las ordenadas exprese el número de individuos con calificaciones iguales, y en el eje de las abscisas las calificaciones obtenidas por los jóvenes médicos residentes, desde la actitud más negativa hasta la más positiva.

**II. EJECUCION.**

## RECOLECCION DE LA INFORMACION.-

Para recoger la información fué necesario realizar primeramente un cuestionario de tipo Likert, en el que para su elaboración se siguieron los siguientes pasos: 1. Se especificó la variable de actitud que se deseaba medir, es decir los aspectos emotivos, cognoscitivos y tendencia a la acción con respecto específicamente a la utilidad del psiquiatra, - definiendo utilidad como calidad de útil, de provecho, conveniencia, interés o fruto obtenido de una cosa. (22) 2. Se recolectaron una gran variedad de opiniones de personas interesadas en el presente estudio, como residentes de psiquiatría y psiquiatras, con respecto a la variable de actitud especificada. 3. Esta información se editó en 43 aseveraciones y preguntas con respuestas si-no, si-no-quizá, si-no-con reserva, algunas solicitaban como respuesta cantidades como porcentajes o preguntas de respuesta abierta. 4. Se eliminaron 25 aseveraciones o preguntas por el criterio de ambigüedad. 5. Se realizó una edición nueva de 18 aseveraciones con respuestas de tipo si-no-a veces, si-no-quizá o buena-regular-mala, y se dividieron en tres grupos de 6 aseveraciones y cada grupo ventilaba aspectos cognoscitivos, emotivos y de tendencia a la acción. 6. Se realizó la eliminación de preguntas o aseveraciones, que definitivamente no buscaran medir - la variable de actitud, utilidad del psiquiatra, especificada. 7. Se realizó una reedición con las aseveraciones restantes, planteadas de acuerdo a la medición de actitudes de tipo Likert, con aseveraciones claras, simples, dividiendo y alternando las que afirmarían algo positivo o negativo del objeto actitudinal. Las respuestas se plantearon de opción múltiple, con cinco incisos, y cada una de ellas revelando desde la actitud más positiva, hasta el extremo más negativo de la actitud. 8. Se hizo posteriormente una valoración con individuos interesados en el estudio (10), pidiendo que a cada aseveración anotaran (+) si estaban de acuerdo que media la variable de actitud planteada o que anotaran para cada aseve

ración; un signo (-) si consideraban que no medía la variable especificada. Fué así que se aceptaron las 10 aseveraciones que constituyen el instrumento de recolección de la información del presente estudio. 9. Finalmente se calculó el valor escalar de cada aseveración pidiendo a los mismos sujetos que anotaran un número a cada aseveración del 1 al 10, que calificara de la mayor a la menor, las aseveraciones y su capacidad para conocer la variable de actitud investigada.

El cuestionario terminado y ordenado de acuerdo a el valor escalar de cada pregunta o aseveración de mayor al menor quedo de la siguiente manera: 1. El psiquiatra es un profesional competente. 2. Los conocimientos del psiquiatra son suficientes para la labor que desempeña. 3. El psiquiatra no tiene el bagaje de conocimientos para considerarse un especialista. 4. Los conocimientos del psiquiatra no son prácticos. 5. El paciente no se beneficia de la atención por el psiquiatra. 6. El tratamiento del psiquiatra es provechoso. 7. Si se le indica a un familiar suyo acudir al psiquiatra usted lo recomienda. 8. Es útil conocer a un psiquiatra para canalizar pacientes. 9. No aceptaría tratamiento por un psiquiatra si se me recomendara. 10. No es recomendable el tratamiento con un psiquiatra.

El orden en que las aseveraciones se presentaron a los encuestados fué diferente al orden escalar, ordenando en forma tal que se intercalaron las aseveraciones positivas y negativas respecto al objeto actitudinal.

Es justo aclarar en este momento las limitaciones que este instrumento presenta para la valoración de una actitud. En primer lugar las ideas origen del cuestionario ya terminado fueron en forma de lluvia de ideas, de un número reducido de interesados, y en base a la revisión bibliográfica, no en base a un cuestionario previo ya estandarizado que no existe. Fué elaborado el instrumento de acuerdo a los lineamientos establecidos por Likert, mismo que reconoce que hay limitaciones para poder valorar las actitudes.

Es claro además que el instrumento empleado en ninguna forma es una escala estandarizada, y tampoco se conoce su confiabilidad y validez. Es solo un instrumento en período de prueba, dentro de un estudio meramente descriptivo y no explicativo y que acorde a los resultados e interés del tema posteriormente se buscará la forma de perfeccionar o de buscar uno nuevo, más acorde a las necesidades, y quizá ya estandarizado. Es también de hacer notar que según los estudios de las actitudes, aún escalas ya bien probadas, tienen problemas al acercarse a la realidad de la actitud, constituyendo, solo una aproximación a la valoración de la verdadera actitud.

Debido a las anteriores consideraciones es que en la presentación de los resultados colectados, se presentará aseveración por aseveración, acompañada de los resultados obtenidos para cada una de ellas.

La aplicación de los cuestionarios a la muestra de los médicos residentes se realizó de la siguiente forma. Primeramente se acudió con el jefe de enseñanza del antes mencionado nosocomio, quien accedió definitivamente a que el estudio se realizará con los residentes del hospital, debido a que quizá al final aunque en forma colateral en beneficiado al final de este estudio lo sería el propio paciente.

Durante el mes de noviembre de 1984, el experimentador acudió personalmente a buscar a cada uno de los servicios a los médicos residentes, para aplicar el instrumento a esta muestra tipo lotería. A residentes individuales o en grupos de dos o tres se les dió las instrucciones, y de todos los residentes solo dos se rehusaron a contestarlo en el momento pidiendo se les diera oportunidad al día siguiente, el promedio de tiempo empleado para la contestación del cuestionario fué aproximadamente de 3 minutos, y fué mayor el tiempo empleado posteriormente cuando hacian preguntas acerca de el porque de el estudio, opiniones acerca de las preguntas o preguntas acerca de la psiquiatría.

Se tuvieron que utilizar aproximadamente 12 horas divididas en tres días para la recolección de toda la información debido a la dificultad para localizar a los residentes por sus variadas ocupaciones, rotaciones y tiempo empleado - en responder a sus interrogantes después de la contestación de el cuestionario.

A todos los residentes se les aplicó el cuestionario dentro de sus áreas de trabajo, dejando en muchas ocasiones de dejar lo que hacían para atender a la realización del cuestionario, solo cuatro de ellos se encontraban en una área de relativo descanso.

Es de hacerse notar que al ser el hospital elegido un hospital de urgencias, los médicos durante la contestación del cuestionario, estaban sometidos a stress, propio de su actividad, presiones de tiempo o preocupados por sus actividades, y aún así cedieron parte de su tiempo para ayudar a la realización del presente estudio.

#### RECUESTO DE LA INFORMACION.

En la página cuadrículada que sigue se presenta el recuento de la información obtenida. Hay diez columnas que representan a cada una de las aseveraciones, y cada columna con una numeración del 1 al 5 de acuerdo a la respuesta más negativa y a la más positiva respectivamente, y su correspondencia con la letra de cada inciso contestado en cada aseveración. En una columna hasta la izquierda se presentan a los residentes, y la especialidad que estudian. En una columna, hasta la derecha se ponen primeramente la puntuación obtenida por cada residente, y esta calificación en una columna -- que sigue dividida entre diez, para conocer la calificación de cada individuo según el método simplificado de calificación de actitudes. En el centro de la hoja, las respuestas y al pie, el número de respuestas obtenidas a cada inciso y al final su correspondiente porcentaje.

| No. | Tipo de Residente                  | 54321<br>abede | 12345<br>abede | 54321<br>abede | 12345<br>abede | 54321<br>abede | 12345<br>abede | 54321<br>abede | 12345<br>abede |
|-----|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 2-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 3-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 4-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 5-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 6-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 7-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 8-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 9-  | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 10- | ROTATORIO                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 11- | CIRUGIA PLASTICA                   | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 12- | CIRUGIA PLASTICA                   | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 13- | CIRUGIA PLASTICA                   | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 14- | CIRUGIA PLASTICA                   | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 15- | CIRUGIA PLASTICA                   | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 16- | CIRUGIA GENERAL                    | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 17- | CIRUGIA GENERAL                    | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 18- | CIRUGIA GENERAL                    | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 19- | ANESTESIA                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 20- | ANESTESIA                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 21- | ANESTESIA                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 22- | ORTOPEDIA                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 23- | ORTOPEDIA                          | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 24- | CUIDADOS INTENSIVOS                | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
| 25- | CUIDADOS INTENSIVOS                | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              |
|     | TOTAL :                            | 222100         | 310022         | 310110         | 231044         | 232000         | 110034         | 222012         | 121416         |
|     | PORCENTAJE DE COA<br>ASEVERACION : | 288400         | 210188         | 224440         | 312022         | 228000         | 410204         | 223048         | 412144         |

| 4              | 5              | 6              | 7              | 8              | 9              | 10             | 11     | 12     |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|--------|
| 12345<br>abcde | 54321<br>abcde | 12345<br>abcde | 54321<br>abcde | 12345<br>abcde | 54321<br>abcde | 12345<br>abcde | PUNTOS | CALIF. |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 41     | 4.1    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 45     | 4.5    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 43     | 4.3    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 44     | 4.4    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 43     | 4.3    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 48     | 4.8    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 41     | 4.1    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 39     | 3.9    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 50     | 5.0    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 45     | 4.5    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 48     | 4.8    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 42     | 4.2    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 42     | 4.2    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 45     | 4.5    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 41     | 4.1    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 50     | 5.0    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 49     | 4.9    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 40     | 4.0    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 36     | 3.6    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 48     | 4.8    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 44     | 4.4    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 50     | 5.0    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 50     | 5.0    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 48     | 4.8    |
| .              | .              | .              | .              | .              | .              | .              | 41     | 4.1    |
| 23064          | 232000         | 110054         | 202012         | 121410         | 141343         | 100121         |        |        |
| 812042         | 1180100        | 4010206        | 202048         | 41831110       | 5641262        | 401044         |        |        |

PRESENTACION DE LA INFORMACION.

Tomando en cuenta que el instrumento empleado, no es una escala estandarizada, a continuación se presentará la información obtenida, de pregunta en pregunta, con sus respectivas respuestas, adelante de cada respuesta, el número de ocasiones en que se contestó el reactivo, y a su derecha, el porcentaje que representa en cada pregunta o aseveración.

| EL PSIQUIATRA ES UN PROFESIONAL COMPETENTE. | No. | %  |
|---|-----|----|
| a) concuerdo plenamente                     | 22  | 88 |
| b) concuerdo en parte                       | 2   | 8  |
| c) no tengo opinión al respecto             | 1   | 4  |
| d) discuerdo en parte                       | 0   | 0  |
| e) discuerdo plenamente                     | 0   | 0  |

EL PSIQUIATRA NO TIENE EL BAGAGE DE CONOCIMIENTOS PARA CONSIDERARSE UN ESPECIALISTA.

|                                 | No. | %  |
|---------------------------------|-----|----|
| a) concuerdo plenamente         | 3   | 12 |
| b) concuerdo en parte           | 0   | 0  |
| c) no tengo opinión al respecto | 0   | 0  |
| d) discuerdo en parte           | 2   | 8  |
| e) discuerdo plenamente         | 20  | 80 |

| EL TRATAMIENTO DEL PSIQUIATRA ES PROVECHOSO. | No. | %  |
|--|-----|----|
| a) concuerdo plenamente                      | 13  | 52 |
| b) concuerdo en parte                        | 10  | 40 |
| c) no tengo opinión al respecto              | 1   | 4  |
| d) discuerdo en parte                        | 1   | 4  |
| e) discuerdo plenamente                      | 0   | 0  |

LOS CONOCIMIENTOS DEL PSIQUIATRA NO SON PRACTICOS.

|                                 | No. | %  |
|---------------------------------|-----|----|
| a) concuerdo plenamente         | 2   | 8  |
| b) concuerdo en parte           | 3   | 12 |
| c) no tengo opinión al respecto | 0   | 0  |
| d) discuerdo en parte           | 6   | 24 |
| e) discuerdo plenamente         | 14  | 56 |

SI SE LE INDICA A UN FAMILIAR SUYO ACUDIR AL PSIQUIATRA US--  
TED LO RECOMIENDA.

|                                 | No. | %  |
|---------------------------------|-----|----|
| a) concuerdo plenamente         | 23  | 92 |
| b) concuerdo en parte           | 2   | 8  |
| c) no tengo opinión al respecto | 0   | 0  |
| d) discuerdo en parte           | 0   | 0  |
| e) discuerdo plenamente         | 0   | 0  |

EL PACIENTE NO SE BENEFICIA DE LA ATENCION POR EL PSIQUIATRA

|                                 | No. | %  |
|---------------------------------|-----|----|
| a) concuerdo plenamente         | 1   | 4  |
| b) concuerdo en parte           | 0   | 0  |
| c) no tengo opinión al respecto | 0   | 0  |
| d) discuerdo en parte           | 5   | 20 |
| e) discuerdo plenamente         | 19  | 76 |

ES UTIL CONOCER A UN PSIQUIATRA PARA CANALIZAR PACIENTES.

|                                 | No. | %  |
|---------------------------------|-----|----|
| a) concuerdo plenamente         | 20  | 80 |
| b) concuerdo en parte           | 2   | 8  |
| c) no tengo opinión al respecto | 0   | 0  |
| d) discuerdo en parte           | 1   | 4  |
| e) discuerdo plenamente         | 2   | 8  |

NO ACEPTARIA TRATAMIENTO POR UN PSIQUIATRA SI SE ME RECOMEN-  
DARA.

|                                 | No. | %    |
|---------------------------------|-----|------|
| a) concuerdo plenamente         | 1   | 4.16 |
| b) concuerdo en parte           | 2   | 8.33 |
| c) no tengo opinión al respecto | 1   | 4.16 |
| d) discuerdo en parte           | 4   | 16.6 |
| e) discuerdo plenamente         | 16  | 66.6 |

En esta última aseveración se presentan los datos con estas cifras, ya que uno de los residentes de cirugía, no contesto a dicha aseveración.

acercamiento. En general se observó a pesar de las ocupaciones y las prisas, una buena disposición a contestar al cuestionario, solo dos residentes se excusaron por falta de tiempo, dejándolo para el día siguiente. Como se mencionó en el procedimiento se empleó más tiempo en los comentarios y preguntas posteriores, que en la propia contestación del cuestionario, lo que relacionado con el tipo de comentarios y -- los resultados presentados anteriormente se correlaciona en forma clara.

#### DESCRIPCION Y ANALISIS ESTADISTICO.

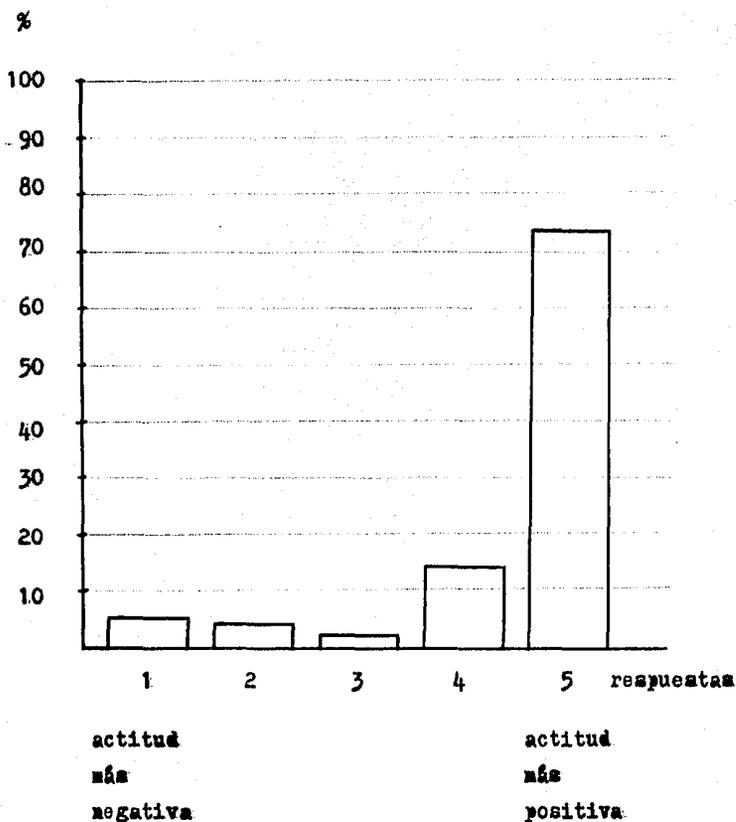
A continuación se resume en una tabla la información recolectada, presentandola en la siguiente forma: en la primera columna se presentan en el orden en que se aplicaron las aseveraciones del cuestionario, a su derecha se presentan las respuestas a cada aseveración, ordenadas en columnas que se numeran del 1 al 5 de acuerdo al valor más negativo e más positivo de la actitud expresada con cada respuesta. La respuesta en la columna 1, representa a la actitud más negativa (--), en la columna 2 se representa la actitud moderadamente negativa (-), en la columna 3, la actitud intermedia, entre positiva y negativa (+-), en la columna 4 la respuesta moderadamente positiva (+), y en la columna 5 la actitud más positiva (++) . El cuerpo de la tabla representa el número de respuestas obtenidas para cada aseveración en cada una de -- las 5 opciones. Al pie de la tabla, se obtiene el total de -- respuestas para cada opción del 1 al 5, y finalmente el porcentaje total de respuesta a cada opción en todas las aseveraciones.

Después de la tabla, se presenta una gráfica que se presenta el porcentaje en barras, obtenido en cada una de las cinco opciones de respuesta, resumiendo aquí, las respuestas de las diez aseveraciones aplicadas.

Respuestas, según preguntas de cuestionario tipo Likert, para medir actitud hacia el -- psiquiatra, en médicos residentes del Hospital Rubén Leñero. Noviembre 1984.

| Preguntas  | Respuestas |       |       |       |       |
|------------|------------|-------|-------|-------|-------|
|            | (--)       | (-)   | (+-)  | (+)   | (++)  |
|            | 1          | 2     | 3     | 4     | 5     |
| 1          | 0          | 0     | 1     | 2     | 22    |
| 2          | 3          | 0     | 0     | 2     | 20    |
| 3          | 0          | 1     | 1     | 10    | 13    |
| 4          | 2          | 3     | 0     | 6     | 14    |
| 5          | 0          | 0     | 0     | 2     | 23    |
| 6          | 1          | 0     | 0     | 5     | 19    |
| 7          | 2          | 1     | 0     | 2     | 20    |
| 8          | 1          | 2     | 1     | 4     | 16    |
| 9          | 3          | 4     | 3     | 1     | 14    |
| 10         | 1          | 0     | 0     | 1     | 23    |
| Total      | 13         | 11    | 6     | 35    | 184   |
| Porcentaje | 5.216      | 4.433 | 2.416 | 14.06 | 73.86 |

Promedios de los porcentajes obtenidos de las respuestas del cuestionario tipo Likert, para valorar la actitud hacia el psiquiatra, en 25 médicos residentes del C.H. Rubén Leñero en noviembre de 1984.



Me permitiré ahora repetir la forma en que opera -  
ra al calificar los cuestionarios de actitudes por el método  
simplificado, ya que la gráfica que sigue es el resumen de -  
las calificaciones obtenidas por los sujetos evaluados.

La técnica simplificada consiste en asignar valores  
del 1 al 5 a cada una de las posiciones diferentes de las a-  
severaciones de cinco opciones. El extremo 1 se asignará ---  
siempre al extremo negativo de la escala de actitud, y el ex-  
tremo 5 al extremo más positivo.

Después de asignar así los valores numéricos a las  
posibles respuestas, se suman los valores obtenidos por cada  
individuo, obteniéndose después el promedio de los valores -  
numéricos de las posiciones que marcó.

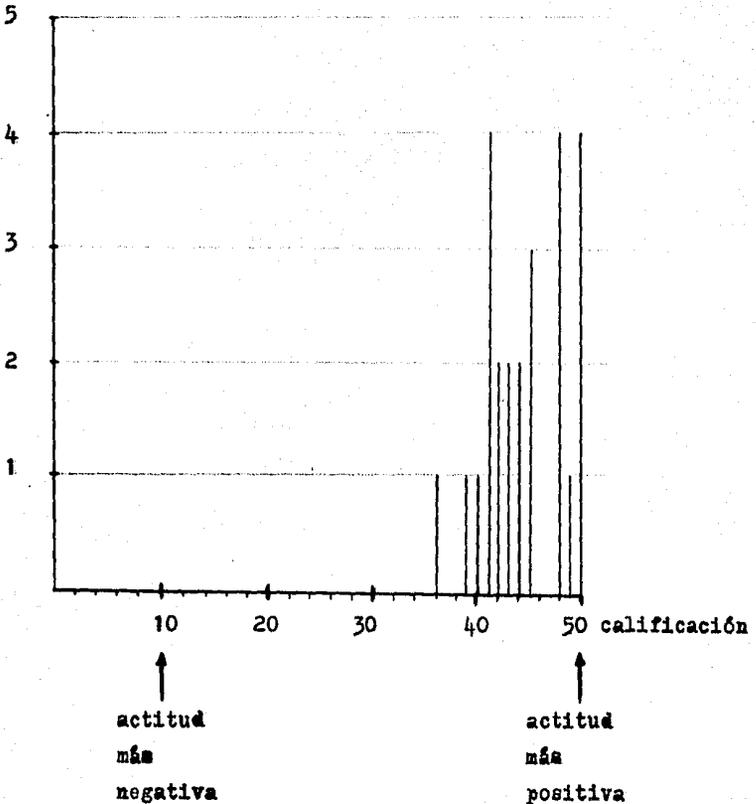
Ya obtenida la calificación de cada sujeto, es po-  
sible ya colocarlo en un punto de una línea continua de acti-  
tud, y en general conocer cuales son las calificaciones del  
grupo estudiado, y hacia donde apunta su actitud o bien esta  
dividida. (20)

En la siguiente gráfica se presenta resumida la ca-  
lificación obtenida por el grupo encuestado, en el eje de --  
las abscisas se presentan el número de médicos, que alcanza-  
ron determinada calificación. Y en el eje de las ordenadas,  
se han solo colocado las posibles calificaciones, desde la -  
menor que sería 1, hasta el número 5 que correspondería a la  
mayor calificación y por lo mismo la más positiva actitud.

A las calificaciones obtenidas por el método sim-  
plificado se les ha colocado a partir de 10, ya que la más  
baja calificación es 10, pues la más baja calificación de ca-  
da una de las 10 aseveraciones del cuestionario es 1.

Calificaciones obtenidas por 25 médicos residentes del hospital "Rubén Leñero", en el cuestionario tipo Likert, para medir la actitud hacia el psiquiatra, calificado por el método simplificado en noviembre de 1984

Número de  
médicos



**III. DISCUSION Y CONCLUSIONES.**

En forma global es posible observar en los resultados obtenidos, porcentajes altos a favor de las respuestas más favorables hacia la utilidad del psiquiatra. En la calificación individual de tipo simplificado también se pueden ver la gran mayoría de las calificaciones muy altas, la menor calificación fué de 36 de un médico, y la más alta calificación de 50 fué obtenida por tres médicos, 23 de los 25 médicos encuestados obtuvieron calificaciones de 40 a 50, como se aprecia en los resultados. En el promedio del porcentaje de cada una de las respuestas asignadas, es posible ver, que la calificación más alta para la mejor actitud, es decir la asignada con el número 5, fué señalada en promedio 73.8%, la segunda opción, designada como positiva pero moderadamente y a la que se le asignó el número 4, obtuvo como porcentaje un 14.06%, y el resto de las opciones, la 1, 2 y 3 en total obtuvieron solo un 12.07%.

Para este cuestionario elaborado según la técnica de Likert, no estandarizado y solo en período de prueba se ha obtenido un resultado muy alentador, que al parecer apunta a que el médico residente del hospital Rubén Leñero, sabe la utilidad que representa el psiquiatra. Esto además puede ser confirmado por la forma en que contestaron los médicos residentes el cuestionario y los comentarios posteriores.

Desde luego no hay que perder de vista que el objetivo del presente trabajo, era solo una aproximación al conocimiento de la actitud, mismo que se logró, pero solo generalizable el resultado a los médicos residentes del mencionado nosocomio.

Analizando en forma individual las respuestas a cada aseveración, se puede ver que las dos calificaciones más altas correspondieron a las aseveraciones: si se le indica a un familiar suyo acudir al psiquiatra usted lo recomienda, y a la aseveración; no es recomendable el tratamiento con un psiquiatra. La siguiente calificación que siguió en magnitud fué para: el psiquiatra es un profesional competente. Por es

tas altas calificaciones a estas preguntas, quizá se podría concluir que se considera al psiquiatra un profesional competente, recomendable y al cual se le podría confiar el tratamiento de un familiar.

En contraste con esto los resultados más bajos -- los obtuvo la aseveración: el tratamiento del psiquiatra es provechoso. Y después de esta aseveración dos más hacia arriba en la clasificación continuaron empatada las dos siguientes aseveraciones: los conocimientos del psiquiatra no son prácticos, y los conocimientos del psiquiatra son suficientes para la labor que desempeña.

Es posible quizá resumir estos resultados bajos como que el psiquiatra utiliza tratamientos que no son de provecho, que sus conocimientos son poco prácticos y que además sus conocimientos no son suficientes para la labor que desempeña.

Dada la diferente metodología e instrumentos empleados en estudios previos y el presente, no es posible el comparar plenamente los resultados, pero hasta cierto punto es posible correlacionar algunos de los resultados, de este estudio y los reportados por algunos autores, así por ejemplo, Cohen y Cole en 1982, de 200 médicos observan que solo el 68% están satisfechos con el tratamiento psiquiátrico, dato que se puede relacionar con la aseveración que obtuvo la más baja calificación.

Por otro lado en la década de los setentas Eagle, Marcos, Nadelson y Fuchs, en estudios en estudiantes observan entre otras cosas que encuentran estos, a la psiquiatría poco eficaz, algo que en cierta forma se correlaciona con los resultados del presente estudio en el que la pregunta más mal calificada habla del provecho del tratamiento -- por el psiquiatra.

Nielsen en 1982 publica los resultados de un estudio en estudiantes, que en general es muy favorable hacia el psiquiatra, pero en el que se encuentra críticas acerca

de la eficacia del tratamiento, los méritos científicos de la psiquiatría, que se podrían relacionar con dos de las aseveraciones más mal calificadas que hablan de el provecho de el tratamiento, y de la suficiencia de los conocimientos. Este mismo estudio de Nielsen reporta críticas sobre la actitud y breanализadora, y el largo tiempo perdido en las discusiones teóricas, lo que bien se puede corroborar, en este estudio, en una de las tres más bajas calificaciones obtenidas para la aseveración que habla sobre lo práctico de los conocimientos del psiquiatra.

El único estudio practicado para valorar específicamente actitudes y que se amplió a médicos y no solo estudiantes fué el realizado en 1976 por West, en el que al igual que en nuestro estudio los resultados fueron definitivamente favorables, pues la mayoría de los encuestados consideró a la psiquiatría útil en el tratamiento total del paciente, e incluso los encuestados en ese estudio reconocen la utilidad de sus propios conocimientos de psiquiatría.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se desprende el hecho de que se corroboran en alguna forma - resultados obtenidos en otras latitudes y por otros autores, se reconoce la carencia de un instrumento estandarizado y válido para medir las actitudes, y solo se cumple con una modesta aproximación a su conocimiento. Dado el actual avance que se intenta de la psiquiatría de enlace considero de utilidad el validar una escala, aplicable a todos los médicos - que formen parte de equipos de salud en los que se pretende introducir el psiquiatra, para reconocer las expectativas, actitudes hacia la utilidad, nivel de conocimientos, que el médico no psiquiatra tiene para partir de este conocimiento hacia una mejor relación interprofesional, y a la larga un tratamiento más integral a nuestros pacientes.

INFORME TECNICO.

Título.- Actitud de los médicos residentes del Hospital Rubén Leñero, hacia la utilidad de la intervención -- clínica del psiquiatra.

Autor.- Dr. Ernesto Javier Méndez Alba.

Asesor.- Dr. Hector Gutierrez Avila.

Se agradece la colaboración y facilidades prestadas para la elaboración de este trabajo por la Jefatura de enseñanza del Hospital Rubén Leñero.

Resumen.-

En la última década ha habido interés en conocer la opinión o la actitud que se tiene con respecto al psiquiatra y la psiquiatría, en general la actitud se ha estimado favorable, y se han obtenido además críticas bastante constructivas. En México no se han reportado resultados de estudios al respecto. Con la importancia que está revistiendo en la actualidad la psiquiatría de enlace, se considera de utilidad conocer la actitud que tienen los médicos no psiquiatras hacia el psiquiatra, por lo que se ha emprendido en presente trabajo para aproximarse a conocer la actitud del médico residente del Hospital Rubén Leñero en noviembre de 1984, hacia el psiquiatra. Con una lluvia de ideas y bajo los criterios de Likert se formuló un cuestionario de 10 aseveraciones para utilizarse como instrumento, en una muestra de 25 residentes de los 40 que hay en el hospital. Los resultados obtenidos para cada aseveración y la calificación total de tipo simplificado arrojó actitudes bastante favorables, lo que se relaciona con estudios previos, y los resultados más negativos coinciden con lo reportado por otros autores en cuanto a conocimientos poco prácticos, demasiada disertación teorica y falta de eficacia en el tratamiento. En el presente estu---

dio las aseveraciones que fueron identificadas con las más altas actitudes hacia el objeto de estudio fueron las que hacían mención a la competencia profesional del psiquiatra, el que el tratamiento es recomendable y que sería tan confiable como para enviar a familiares si estuviera indicado, a tratamiento con un psiquiatra.

#### Introducción.-

Durante los sesentas y los setentas, observando que en los Estados Unidos los aspirantes a estudios de postgrado en psiquiatría disminuían notablemente, varios autores, entre ellos Eagle, Marcos, Nadelson, y Fuchs, se dedicaron a estudiar la actitud de los estudiantes de medicina con respecto a la psiquiatría como especialidad y al psiquiatra. Los resultados encontrados por ellos fué que veían a la psiquiatría como una especialidad de bajo estatus, de poca eficacia, de alta potencialidad para producir angustia, que era ejercida por intelectuales bien intensionados o por médicos neuróticos. También los estusiantes veían a la psiquiatría como una profesión vista con indiferencia, antipatía y estigmatizada.

(15) En 1982 Cohen-Cole, analizando a 200 médicos, observaron que del 37% de los pacientes por ellos vistos con problemas psicológicos, solo indicaron a un 11% de ellos acudir con un psiquiatra. Durante una entrevista a estos mismos médicos, manifestaron solo en un 68% estar satisfechos con el tratamiento psiquiátrico. Se notó también en este grupo, que era mucho más frecuente que médicos familiares canalizaran más fácilmente pacientes al psiquiatra, que especialistas como cirujanos, aduciendo que el médico familiar tiene un mayor conocimiento de los problemas psicosociales que intervienen en el fenómeno de la enfermedad. Krakowski en 1977 atribuye esta insatisfacción de los médicos a la falta de relevancia y claridad de las comunicaciones de los psiquiatras. Y finalmente en dicho estudio los médicos hacen notar la variabilidad de satisfacción que se tiene de un psiquiatra a otro. (11)

Por su parte Nielsen en 1982 publica los resultados de un estudio realizado en 204 estudiantes de medicina de niveles superiores, aplicando un cuestionario tipo Likert de 22 aseveraciones, abarcando aspectos como el nivel de la psiquiatría dentro del conocimiento médico, la eficacia de la psiquiatría, la definición del rol del psiquiatra, y su funcionamiento, el posible abuso de la psiquiatría y la crítica social, y el estado en que se encuentra la psiquiatría de acuerdo a su importancia y prestigio, con respecto a otras especialidades. Los resultados de este estudio en general fueron favorables, pero mientras que la mayoría de las opiniones fueron positivas, un número sustancial de estudiantes llegó a hacer críticas sobre todo a el aspecto de la eficacia del tratamiento y los méritos científicos de la psiquiatría. Por un lado se manifestaban opiniones acerca de la competencia de los psiquiatras, su carisma y por otro lado se criticó su actitud sobreanalizadora de la conducta, y el largo tiempo investido en las discusiones teóricas. En estudiantes con inclinaciones hacia la psiquiatría se descubrió que tenían fuertes presiones sociales y familiares, y sobre todo de médicos de otras especialidades en el sentido de desanimar al interesado en el área. (15)

En la revisión de toda la literatura en los últimos diez años solo hay un estudio, sobre actitud hacia el psiquiatra en el que se incluyen médicos, no solo estudiantes, realizado por West en 1976, aplicó un cuestionario de 6 reactivos a 549 individuos entre estudiantes, de primeros años, de últimos años, residentes, jefes de servicio, y practicantes privados. Los resultados encontrados fueron definitivamente favorables para el psiquiatra y la psiquiatría, la gran mayoría consideró al psiquiatra útil, y muy útiles sus propios conocimientos de psiquiatría en la práctica. Además de el cuestionario se recibieron comentarios, que resultaron ser muy constructivos, sobre el alejamiento de los psiquiatras del ámbito de la medicina general, la confusión sobre la

utilidad de la psicoterapia, la aversión del psiquiatra a -- tratar casos agudos, la tendencia del psiquiatra de aislarse por sí mismo de la comunidad médica, expresando además una -- muy negativa actitud ante la teoría psicoanalítica clásica y sobre la dificultad de concordancia entre el tratamiento y -- el diagnóstico entre los psiquiatras. (13)

Dentro de las publicaciones encontradas en rela--- ción al tema en los últimos diez años, es posible ver algu--- nos datos sobre la actitud que guarda la sociedad y en espe--- cial el ámbito médico con respecto al psiquiatra y la psi--- quiatría. En México con la actual tendencia a extender la -- psiquiatría de enlace a cada vez más hospitalares, es posible vivir más de cerca la relación con los médicos no psiquia--- tras, y con simple observación reconocer la ignorancia que e--- xiste acerca de lo que el psiquiatra es, lo que hace, lo que utiliza, y lo que puede lograr, en beneficio de los pacien--- tes y que tipo de pacientes, así como es claro ver la confu--- sión del rol que juega el psiquiatra en la atención integral del paciente, de valiosa utilidad es pues conocer en forma -- ma objetiva la visión que de el psiquiatra tiene el médico no psiquiatra. Por lo que el problema que se planteó en el -- presente estudio fué: ¿Sabe el médico residente lo que el -- psiquiatra puede ofrecer a los pacientes?

Planteado así el problema, el objetivo que busca el presente estudio es aproximarse al conocimiento de la actitud hacia la utilidad del psiquiatra, que tienen los médicos re--- sidentes que se encuentran durante noviembre de 1984 laboran--- do en el hospital de urgencias "Rubén Leñero".

#### Método.-

El médico residente en su formación y experiencia, ha llegado a formarse una actitud hacia el psiquiatra, el co--- mo obtuvo conocimientos, o experiencias, que le llevaron a -- tener la actual actitud, no son el objetivo del presente es--- tudio descriptivo, sino específicamente la variable de acti---

tud "utilidad del psiquiatra", la cual corresponde a una variable de tipo cualitativa ordinal, a cuyo conocimiento se pretende aproximar este estudio.

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo y transversal, mediante un instrumento que midiera la actitud de los médicos residentes en un tiempo determinado de rotación por el hospital Rubén Leñero.

Se elaboró un instrumento, que pretende medir actitud, es decir un cuestionario tipo Likert. Se obtuvieron opiniones abiertas de 10 individuos interesados en el estudio, - estas opiniones se editaron en 43 aseveraciones de diferente tipo de contestación, se eliminaron aseveraciones por criterio de ambigüedad, y las que no tendían a medir la variable de actitud planeada como objetivo, así se reeditaron 18 aseveraciones divididas de 6 en 6 de acuerdo a la variante de actitud a medir, es decir: factores emotivos, cognoscitivos y de tendencia a la acción. Y finalmente esta 18 aseveraciones se volvieron a reeditar en 10, las cuales cubren los requisitos planteados por Likert para un cuestionario: aseveraciones positivas y negativas alternadas, respecto al objeto actitudinal, 5 respuestas a cada aseveración numeradas del 1 a la 5, correspondiendo a la respuesta 1 la actitud más negativa y al 5 la más positiva. El cuestionario quedó elaborado en la siguiente forma.

1. El psiquiatra es un profesional competente.
2. El psiquiatra no tiene el bagaje de conocimientos para considerarse un especialista.
3. El tratamiento del psiquiatra es provechoso.
4. Los conocimientos del psiquiatra no son prácticos.
5. Si se le indica a un familiar suyo acudir al psiquiatra usted lo recomienda.
6. El paciente no se beneficia de la atención por el psiquiatra.
7. Es útil conocer a un psiquiatra para canalizar pacientes.
8. No aceptaría tratamiento por un psiquiatra si se me recomendara.
9. Los conocimientos del psiquiatra son suficientes para la labor que desempeña.
10. No es recomendable el tratamiento con un psiquiatra.

Las posibles respuestas a cada aseveración fueron: a) concuerdo plenamente, b) concuerdo en parte, c) no tengo opinión al respecto, d) discuerdo en parte y e) discuerdo plenamente.

Se calificaron los resultados obtenidos según el método simplificado para valorar cuestionarios de actitudes de este tipo, es decir se numeró las respuestas posible del 1 al 5 asignando el 1 a la respuesta más negativa y 5 a la más positiva, se sumaron las puntuaciones de cada individuo, y se le sacó el promedio, para obtener así la calificación para cada sujeto y su situación así dentro de una línea continua de actitud hacia la utilidad del psiquiatra.

Es conveniente anotar que el cuestionario empleado es un instrumento en prueba, no estandarizado, y que esto aunado a la dificultad inherente a medir actitudes, resultan los resultados solo una aproximación.

Una vez habiendo tenido elaborado el cuestionario, se solicitó, una autorización a la jefatura de enseñanza del hospital Rubén Leñero para aplicar el cuestionario, se seleccionó una muestra en forma de lotería de 25 de los 40 residentes que laboran en el hospital, se les buscó servicio por servicio y personalmente se les aplicó el cuestionario, explicando brevemente quien era el experimentador y que se pretendía el estudio, en promedio en tres minutos se contestaron los cuestionarios durante tres días de actividad en el mes de noviembre de 1984.

Los recursos empleados para el estudio consistieron en los médicos residentes de las diversas especialidades como 10 residentes rotatorios, 5 residentes de cirugía plástica tres residentes de cirugía general, tres residentes de anestesia, dos de ortopedia y dos de cuidados intensivos. Se requirieron copias fotostaticas del cuestionario, la autorización del jefe de enseñanza del hospital, el acceso al hospital por el experimentador que rotaba en aquella época en dicho nosocomio, y papelería, todo facilitado por el aporte e-

conomico del realizador del trabajo. El presente trabajo se proyectó cronologicamente de la siguiente forma: de mayo a agosto de 1984 la Planeación, de agosto a noviembre de 1984 la Ejecución, y la Discusión, Conclusiones y Redacción final de noviembre a diciembre.

**Resultados.-**

Se presentan a continuación, pregunta a pregunta, los resultados obtenidos en cada una de ellas, primeramente la aseveración planteada, y después un cuadro, con la primera columna expresando las posibles respuestas de la uno a la cinco, una segunda columna en la que se expresa con signos, la actitud correspondiente a cada respuesta, una tercera columna con el número total de contestaciones a cada opción, y finalmente una cuarta columna en la que se expresa el porcentaje de respuestas correspondiente a cada opción.

**EL PSIQUIATRA EN UN PROFESIONAL COMPETENTE.**

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|-----------------------------|------------|
| 5          | (++)    | 22                          | 88         |
| 4          | (+)     | 2                           | 8          |
| 3          | (+-)    | 1                           | 4          |
| 2          | (-)     | 0                           | 0          |
| 1          | (--)    | 0                           | 0          |

**EL PSIQUIATRA NO TIEN EL BAGAGE DE CONOCIMIENTOS PARA CONSIDERARSE UN ESPECIALISTA.**

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|-----------------------------|------------|
| 1          | (--)    | 3                           | 12         |
| 2          | (-)     | 0                           | 0          |
| 3          | (+-)    | 0                           | 0          |
| 4          | (+)     | 2                           | 8          |
| 5          | (++)    | 20                          | 80         |

EL TRATAMIENTO DEL PSIQUIATRA ES PROVECHOSO.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 5          | (++)    | 13                             | 52         |
| 4          | (+)     | 10                             | 40         |
| 3          | (+-)    | 1                              | 4          |
| 2          | (-)     | 1                              | 4          |
| 1          | (--)    | 0                              | 0          |

LOS CONOCIMIENTOS DEL PSIQUIATRA NO SON PRACTICOS.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 1          | (--)    | 2                              | 8          |
| 2          | (-)     | 3                              | 12         |
| 3          | (+-)    | 0                              | 0          |
| 4          | (+)     | 6                              | 24         |
| 5          | (++)    | 14                             | 56         |

SI SE LE INDICA A UN FAMILIAR SUYO ACUDIR AL PSIQUIATRA US-  
TED LO RECOMIENDA.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 5          | (++)    | 23                             | 92         |
| 4          | (+)     | 2                              | 8          |
| 3          | (+-)    | 0                              | 0          |
| 2          | (-)     | 0                              | 0          |
| 1          | (--)    | 0                              | 0          |

EL PACIENTE NO SE BENEFICIA DE LA ATENCION POR EL PSIQUIATRA

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 1          | (--)    | 1                              | 4          |
| 2          | (-)     | 0                              | 0          |
| 3          | (+-)    | 0                              | 0          |
| 4          | (+)     | 5                              | 20         |
| 5          | (++)    | 19                             | 76         |

ES UTIL CONOCER A UN PSIQUIATRA PARA CANALIZAR PACIENTES.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 5          | (++)    | 20                             | 80         |
| 4          | (+)     | 2                              | 8          |
| 3          | (+-)    | 0                              | 0          |
| 2          | (-)     | 1                              | 4          |
| 1          | (--)    | 2                              | 8          |

NO ACEPTARIA TRATAMIENTO POR UN PSIQUIATRA SI SE ME RECOMEN-  
DARA.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 1          | (--)    | 1                              | 4.16       |
| 2          | (-)     | 2                              | 8.33       |
| 3          | (+-)    | 1                              | 4.16       |
| 4          | (+)     | 4                              | 16.6       |
| 5          | (++)    | 16                             | 66.6       |

LOS CONOCIMIENTOS DEL PSIQUIATRA SON SUFICIENTES PARA LA LA-  
BOR QUE DESEMPEÑA.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 5          | (++)    | 14                             | 56         |
| 4          | (+)     | 1                              | 4          |
| 3          | (+-)    | 3                              | 12         |
| 2          | (-)     | 4                              | 16         |
| 1          | (--)    | 3                              | 12         |

NO ES RECOMENDABLE EL TRATAMIENTO CON UN PSIQUIATRA.

| RESPUESTAS | ACTITUD | No. DE RESPUESTAS<br>SEÑALADAS | PORCENTAJE |
|------------|---------|--------------------------------|------------|
| 1          | (--)    | 1                              | 4          |
| 2          | (-)     | 0                              | 0          |
| 3          | (+-)    | 0                              | 0          |
| 4          | (+)     | 1                              | 4          |
| 5          | (++)    | 23                             | 92         |

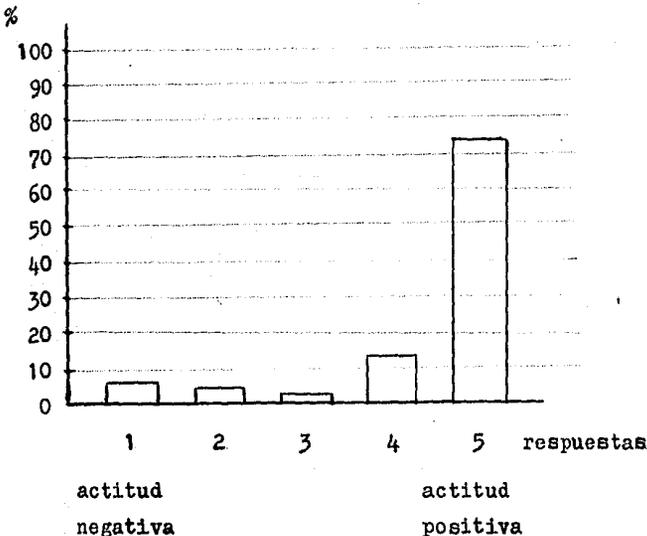
Como es posible observar en los resultados obtenidos la actitud en general es muy favorable, en las opciones de más alto valor para la actitud, se obtuvieron porcentajes de respuesta de: 88, 80, 52, 56, 92, 76, 80, 66.6, 56 y 92 %, lo que evidentemente refleja al parecer una actitud muy favorable con respecto a la utilidad del psiquiatra. Las tres más altas calificaciones para las aseveraciones fueron las obtenidas para la pregunta 10, que habla de lo recomendable del tratamiento con un psiquiatra, la pregunta 5 que habla de la recomendación a un familiar de acudir con el psiquiatra si es necesario, y la pregunta 1 que habla de la competencia profesional del psiquiatra. Y así, las calificaciones más bajas fueron obtenidas por la pregunta 3, que habla de lo provechoso del tratamiento por el psiquiatra, la pregunta 4 que habla sobre lo práctico de los conocimientos de los psiquiatras y finalmente la pregunta 9 que versa sobre la suficiencia de los conocimientos del psiquiatra para la labor que desempeña.

| PREGUNTAS         | RESPUESTAS |            |            |             |             |
|-------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
|                   | 1 (--)     | 2(-)       | 3 (+-)     | 4(+)        | 5 (++)      |
| 1                 | 0          | 0          | 1          | 2           | 22          |
| 2                 | 3          | 0          | 0          | 2           | 20          |
| 3                 | 0          | 1          | 1          | 10          | 13          |
| 4                 | 2          | 3          | 0          | 6           | 14          |
| 5                 | 0          | 0          | 0          | 2           | 23          |
| 6                 | 1          | 0          | 0          | 5           | 19          |
| 7                 | 2          | 1          | 0          | 2           | 20          |
| 8                 | 1          | 2          | 1          | 4           | 16          |
| 9                 | 3          | 4          | 3          | 1           | 14          |
| 10                | 1          | 0          | 0          | 1           | 23          |
| <b>TOTAL</b>      | <b>13</b>  | <b>11</b>  | <b>6</b>   | <b>35</b>   | <b>184</b>  |
| <b>PORCENTAJE</b> | <b>5.2</b> | <b>4.4</b> | <b>2.4</b> | <b>14.6</b> | <b>73.8</b> |

En la tabla de la página anterior se puede apreciar la información obtenida en forma resumida, se pueden ver en el cuerpo de la tabla el número de respuestas obtenidas, para cada una de las diez aseveraciones del cuestionario, al pie el número total obtenido para cada opción de la más positiva a la más negativa. Es posible ver que a la opción más positiva en todas las aseveraciones del cuestionario, se contestó en 184 ocasiones y la más negativa fué contestada solo en 13, al final estas cifras son expresadas en porcentaje de respuesta para cada una de las cinco opciones en las diez aseveraciones.

A continuación se presenta una gráfica sobre las respuestas para cada una de las cinco opciones.

Promedios de los porcentajes obtenidos en 10 aseveraciones para valorar actitud hacia el psiquiatra, en 25 médicos residentes del Hospital Rubén Leñero en noviembre de 1984.





Se puede ver en la gráfica anterior, las muy evidentes altas calificaciones obtenidas por los sujetos en estudio distribuyéndose las calificaciones en la siguiente forma un individuo 36, uno 39, uno 40, cuatro 41, dos 42, dos 43, dos 44, tres 45, cuatro 48, uno 49 y cuatro 50. Lo que en conjunto manifiesta una actitud muy favorable hacia la utilidad del psiquiatra.

#### Discusión.-

En forma global es posible a la luz de las cifras, afirmar que la actitud hacia el psiquiatra y su utilidad es bastante positiva. Las calificaciones del método simplificado fueron desde 36 hasta 50, con dos individuos desde el rango de 36 a 39 y el resto de los sujetos situados de 40 a 50. En el porcentaje global obtenido para cada una de las cinco opciones a contestar, se observó un porcentaje de respuesta de 73.8 para la actitud más positiva y de 5.2 para la más negativa. Este resultado, aunque con su debida distancia por diferencia de método y población, es comparable con los resultados obtenidos por Nielsen en 1982 en un estudio en estudiantes, y también por West en un estudio en médicos en 1976.

También si se analiza aseveración por aseveración, como es más adecuado para un cuestionario como el empleado, no estandarizado, solo en período de prueba, el analizar así las aseveraciones. Si se analiza así todas las respuestas a cada pregunta también resultan ser muy positivas. Es notable observar que las aseveraciones mejor calificadas fueron las referentes a recomendar tratamiento psiquiátrico a un familiar que lo requiriera, a lo recomendable de el tratamiento psiquiátrico, y a que el psiquiatra es un profesional competente.

Dentro de los resultados más negativos se encuentran las calificaciones a las aseveraciones: el tratamiento del psiquiatra es provechoso, y dos que hablan de lo práctico de los conocimientos y de si son suficientes para la labor que el psiquiatra desempeña.

Estos resultados desfavorables se pueden relacionar con los encontrados por Eagle, Marcos, Nadelson y Fuchs, en la década de los sesentas y setentas, en que encuentran críticas hacia la eficacia del psiquiatra. También es posible relacionar esto con los hallazgos de Cohen y Cole en 1982 en que de 200 médicos solo 68% se manifiestan satisfechos -- del tratamiento. Ya también Nielsen en 1982 publica críticas de estudiantes acerca de la eficacia del tratamiento, de los méritos científicos, así como la actitud sobreanalizadora y el largo tiempo perdido en disertaciones teóricas.

Se cumple con el objetivo del presente trabajo de aproximarse al conocimiento de la actitud hacia la utilidad del psiquiatra en residentes de un hospital de urgencias, y dada la expansión de la psiquiatría de enlace, es recomendable mejorar y validar cuestionarios, y aplicar a otros grupos con los que el psiquiatra va a trabajar en forma interdisciplinaria por el tratamiento integral de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

1. Patiño, J.L. Psiquiatría Clínica Salvat Mexicana de Ediciones. México, D.F. 1980. pp 385.
2. Kaplan, Harold I. M.D., Freedman, Alfred M. M.D., Sadock Benjamin I. M.D. Comprehensive textbook of Psychiatry V2 3a. edición. U.S.A. William and Wilkins Company, 1981 (c 1980) 1093-2247 pp.
3. Segundo Congreso Nacional, Asociación Mexicana de Psiquiatría infantil México, Novaro, 1980. (c 1980) 276 pp.
4. Jones, K. Society looks at the psychiatrist. Br J Psychiatry. 132: 321-332 Apr. 1978.
5. Pollitt, J.D. Cómo mandar al propio paciente a un psiquiatra Hexágono "Roche" 9, No. 6, 6-9 (1983).
6. Hackett, T.P. The psychiatrist: in the mainstream or on the banks of medicine ? Am J Psychiatry 134(4): 432-34, Apr 77.
7. Dietz, P.E. "Social discrediting of psychiatry: the prothesis of legal disfranchisement" Am J Psychiatry 134(12) 1356-1360 Dec 77.
8. Task Force on Interprofessional relations. "Position --- statement on psychiatrist relationships with nonmedical mental health professionals." Am J Psychiatry 130(3): 386-391 Mar 1973.
9. Miller, Benjamin F. Burt, John J. Salud individual y colectiva Trad. Carlos Gerhard Ottenwallder. 3a. edición. México, Interamericana, 1976 (1973) 499 pp.
10. Padilla, G.P., Ezbán B.M., Medina Mora M.E., Mas C.C., -- Campillo S.C., : El médico general en la detección de -- transtornos emocionales Salud pública Méx. 26: 138-145, 1984.
11. Cohem-Cole S A, et al. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. Hosp Community -- Psychiatry. 33(12): 1002-1005 Dec 1982.

12. Link B. et al. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. Soc Sci Med 1982; 16(15): 1413-20.
13. West N.D., et al. Psychiatry's image today: Result of an attitudinal survey. Am J Psychiatry 142(12): 1318- 19 Dec 1975.
14. Yager J. et al. Medical student attitudes toward psychiatry in relation to psychiatric career choice. J Med Educ Dec 1982 57(12): 949-51.
15. Nielsen A.C. 3a. ed. et al. Medical student's attitudes about Psychiatry, Implications for psychiatric recruitment. Arch Gen Psychiatry Oct 1981 38(10): 1144-54.
16. Koram L.M. "Controversy in medicine and psychiatry" Am J Psychiatry. 132(10): 1064-1066 Oct 1975.
17. Lipowski, Z J. Consultation-liason psychiatry: Past, present and future. In consultation-liason Psychiatry, R.O Pasnau Ed. p 1 Grune & Stratton, New York, 1975.
18. Pucheu R.C. Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México. Apuntes. Curso: Psiquiatría y ciencias sociales. 1984.
19. Jimenez O.E. Medicina Nahuatl apuntes de historias de la psiquiatría. Curso universitario de psiquiatría. 1982.
20. Summers, Gene F. Medición de actitudes. 3a. reimprisión. México, Trillas, 1984. (c 1976) 688 pp.
21. U.N.A.M. Manual para la enseñanza y el aprendizaje de las asignaturas clínicas de los ciclos V a VIII. México, U.N.A.M. 1975. 365 pp.
22. Diccionario ilustrado de la lengua española. Aristos. Ed. Ramón Sopena. Barcelona 1967. (c 1966). 684 pp.
23. Najjar Joa, Manuel, Reynaga Obregón, Jesús. Sales Carmoma, Víctor. García Moreno, Olga. Taller de introducción a la metodología de investigación médica interdisciplinaria. segunda edición. México, U.N.A.M., 1982. 79 pp