



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL DE FAMILIARES DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS"

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

**MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

**DR. GUSTAVO JOAQUÍN CRUZ RUELAS**

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

TUTOR TEÓRICO: DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

MEXICO D.F. FEBRERO DE 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Índice

I.	Resumen	3
II.	Introducción	4
III.	Antecedentes Científicos	6
IV.	Planteamiento del Problema	18
V.	Justificación	19
VI.	Objetivo	20
VII.	Material y Métodos	21
VIII.	Implicaciones Éticas	32
IX.	Resultados	34
X.	Discusión	46
XI.	Conclusión	50
XII.	Bibliografía	51
XIII.	Anexos	56

## I. Resumen

Introducción. Las actitudes hacia la enfermedad mental son evaluaciones en favor o en contra de los trastornos mentales, ejercen una influencia directiva sobre las intenciones y sobre el comportamiento. Las actitudes negativas hacia los trastornos mentales y su tratamiento son un obstáculo importante para los pacientes y para sus familiares para la correcta identificación de los síntomas y signos de estos trastornos, producen una reducción del acceso a los sistemas de salud, son particularmente graves contra la adherencia a los tratamientos farmacológicos, llevan a evitar el contacto social y a la discriminación. Las decisiones sobre el tratamiento son afectadas por las actitudes de los miembros de la familia. Objetivo. Conocer la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental de acuerdo a la OMI de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos. Material y Métodos. Se evaluaron a 90 familiares de pacientes hospitalizados con el Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental, OMI por sus siglas en inglés, la aplicación se realizó de manera individual, también se evaluaron variables sociodemográficas. Resultados. El 73.3% de los familiares hospitalizados presentan actitudes en el rango neutral, el 1.1% de los familiares presentaron actitudes negativas y el 25.6 % de los familiares presentaron actitudes positivas hacia la enfermedad mental. Conclusiones. . La actitud más frecuente es la neutral. Existe una asociación entre edad y el tipo de actitudes, a menor edad de los familiares estos presentaron actitudes más positivas y a mayor nivel de escolaridad los sujetos presentaron actitudes más favorables.

## II. Introducción

Los estudios que abordan el tema de las actitudes se han planteado desde diferentes disciplinas teóricas, pero es en el campo de la psicología social en donde se han hecho mayores aportaciones enfocados hacia la salud mental. Dando lugar a diversas teorías para explicar la relación entre actitudes y conducta, por ejemplo la Teoría de la Acción Planeada de Fishbein y colaboradores (1, 2, 3).

Desde la década de 1980 en el campo de salud mental, se les otorga prioridad por autores como McGuire (4, 5, 6), con base en la proposición de que las actitudes pueden ser indicadoras o predictoras de la conducta. McGuire concibe las actitudes hacia la enfermedad mental como sistemas, que integra las evaluaciones hacia la enfermedad mental en general, hacia el sujeto que las padece y hacia el psiquiatra como principal responsable de su atención.

Existen múltiples definiciones y conceptos del término actitud, Allport en 1935 (7) define a la actitud como un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo hacia todas las situaciones u objetos con que está relacionado. Krech y Crutchfield en 1948 (8) plantean que se trata de una organización persistente de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos, con respecto a algún aspecto del mundo del individuo.

Rosenberg en 1960 (9) establece que una actitud es una respuesta afectiva relativamente estable hacia un objeto, acompañada de una estructura cognitiva constituida por creencias acerca de las potencialidades de ese objeto para obtener o bloquear la realización de valores establecidos. Fishbein y Ajzen (1, 2) en 1975 por su parte, afirman que se trata de una predisposición aprendida para responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto determinado. Una

actitud, de acuerdo a Fishbein y colaboradores es la localización de una persona en una dimensión evaluativa o afectiva con dos polos con respecto a algún objeto, acción o evento. Una actitud representa un sentimiento general de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto estímulo.

Fazio en 1989 (3) afirma que una actitud es una asociación entre un objeto determinado y una evaluación dada. Que las actitudes son aprendidas por medio de un proceso complejo, resultado de experiencias pasadas. Son determinadas multicausalmente y pueden ser funcionales para el individuo.

El presente trabajo abordará la definición de actitud incluida en la Teoría de la Acción Planeada de Fishbein y Ajzen (1, 2), que la describe como una evaluación en favor o en contra de un objeto, ejercen una influencia dinámica o directiva sobre las intenciones y éstas, sobre el comportamiento.

El concepto de actitud es un constructo aún vigente y relevante para seguir abordando temas como el del estigma hacia la enfermedad mental. Ha tenido un particular interés entre los investigadores de diferentes áreas, (11, 12) ya que constituye una herramienta para obtener conocimiento de las variables que intervienen en el proceso de discriminación hacia quienes padecen enfermedades mentales.

De acuerdo con la perspectiva de la medicina institucional, el término “enfermedad mental” es impreciso y en su lugar se utiliza el término “trastorno mental” ello se debe a que se asigna el título de “enfermedad” sólo cuando existe evidencia fisiopatológica de daño en algún órgano, aparato o sistema, y dado que la mente no pertenece a ninguno de éstos, las alteraciones mentales no son llamadas enfermedades (13). Por lo tanto y dado que los instrumentos se han diseñado para abarcar a diferentes poblaciones, el término “enfermedad mental”, es más amplio y permite entenderlo conforme al contexto sociocultural de los sujetos de estudio para los que han sido diseñados.

### III. Antecedentes

En México, desde hace algunas décadas se reconoció la necesidad de disminuir la exclusión de los pacientes con padecimientos mentales y de facilitar su reincorporación a sus comunidades (14). Desde entonces a la fecha, se han continuado los esfuerzos encaminados a contribuir a una mejor atención de las enfermedades mentales, la rehabilitación de las personas que las padecen y la disminución de las actitudes desfavorables hacia estos trastornos, los estudios de actitudes hacia la enfermedad mental han sido parte de esta labor.

En nuestro medio, el estudio e investigación sobre las actitudes hacia la enfermedad mental inician en la década de 1980 con Natera y Casco (14, 15), quienes compararon la percepción de la enfermedad mental en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico, encontrando que a mayor edad de los entrevistados existe más rechazo a los enfermos, a mayor nivel socioeconómico existen actitudes menos benevolentes y a menor nivel socioeconómico, se reportó más tolerancia. Posteriormente los mismos investigadores (16) compararon la percepción de la población general con la de profesionales de la salud mental encontrando que los profesionistas perciben de manera diferente a la enfermedad mental, los profesionistas del área de la salud mental presentaban actitudes más favorables, de mayor tolerancia. La comunidad confiere a la enfermedad mental una causalidad mágico religiosa. Se encontró en el mismo estudio que la actitud depende de la agresividad y el peligro percibidos. Se documentó rechazo hacia la enfermedad mental determinado por características percibidas de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del enfermo y por edad. Encontrando actitudes más favorables en relación directa a la educación y jerarquía ocupacional de los entrevistados.

García Silberman y colaboradores en 2002 (17), confirmaron el modelo explicativo que propone una cadena causal que conecta creencias, actitudes e intenciones conductuales en la enfermedad mental en la población general, y aunque la población parece tener bastante información acerca de las enfermedades

mentales y afirma estar dispuesta a aceptar la cercanía de los enfermos mentales, en los hechos las conductas de búsqueda de atención, de reconocimiento de los síntomas y de aceptación de los enfermos en la familia o la comunidad mostraron depender, exclusivamente, de la magnitud de la necesidad experimentada y en mucho menor grado, de la disponibilidad de servicios percibida.

En el año 2003, Santillán (18) logró comprobar cómo posterior a una intervención educativa en personal de salud de centros de primer nivel de atención, esta población presenta una actitud más favorable hacia la enfermedad mental.

Fresán y Robles en 2012 (19) demostraron que un alto porcentaje de estudiantes de psicología consideró agresivo al paciente descrito en una viñeta, y tal como se esperaba, esta concepción se relacionó con mayores actitudes negativas, tales como mayor nivel de restricción y de predicción pesimista. Adicionalmente, la percepción de la persona con enfermedad mental como alguien con capacidades limitadas y comportamiento extraño parece promover la distancia social.

Las actitudes negativas hacia los trastornos mentales y su tratamiento son un obstáculo grave para la correcta identificación y tratamiento de estos trastornos, la población general frecuentemente evita el tratamiento cuando es necesario debido al miedo de ser etiquetados de manera negativa por personas cercanas a ellos, incluyendo sus familiares. Las actitudes negativas son particularmente graves contra la adherencia a los tratamientos farmacológicos diseñados para las enfermedades mentales, por ejemplo el uso de antidepresivos es frecuentemente percibido como una señal de debilidad emocional e incapacidad de solucionar los problemas.

La relación compleja entre ignorancia, desinformación, actitudes negativas, prejuicio y conductas discriminatorias que rodean a las personas que padecen enfermedades mentales se refiere como “estigma”.



La ignorancia, que se deriva de la falta de conocimiento sobre un tema, y los prejuicios, que se basan en actitudes negativas, son dos componentes importantes del estigma pero ambos pueden cambiar con intervenciones dirigidas hacia aumentar el conocimiento sobre el tema y para reducir las actitudes negativas cambiándolas por otras más favorables.

La búsqueda intencionada y el registro de las creencias, conocimiento y actitudes hacia los trastornos mentales ya se considera un paso vital en la realización de programas de salud, en la evaluación del estigma y campañas anti estigma a nivel internacional, con la finalidad de eliminar barreras que impidan la búsqueda y obtención de tratamientos efectivos.

El estigma asociado a los trastornos mentales está asociado al miedo experimentado en la comunidad, lo que lleva a evitar el contacto social y a la discriminación. En un esfuerzo actual por Francia de conocer las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, se realizó en 2012 una encuesta nacional, cuando se pidió a la población general descripciones de los trastornos mentales, 61% respondió con etiquetas peyorativas. (20)

Las concepciones equivocadas sobre los trastornos mentales traen consecuencias negativas para aquellos que las padecen, como el miedo a la marginalización que puede reforzar el auto estigma, además de la reducción del acceso a los sistemas de salud y tratamiento, al mal apego a los tratamientos ya indicados (21).

Las determinantes que se han reportado modifican las actitudes hacia la enfermedad mental son las características sociodemográficas, se ha demostrado que a mayor edad, menor nivel socioeconómico y educativo, las personas presentan actitudes menos tolerantes hacia la enfermedad mental y quienes las padecen. Se ha documentado también que la población sobreestima el nivel de conductas anormales de los pacientes con enfermedades mentales, catalogándolos como violentos, impredecibles, con tendencia

a conductas criminales, también se les percibe como menos competentes, menos inteligentes o confiables para realizar un trabajo. Las creencias acerca del origen de las enfermedades mentales influyen las actitudes hacia esta, la creencia de que tienen un origen estructural como sufrir situaciones estresantes o factores biológicos y genéticos se asocian con una mayor interacción social, y aquellos que perciben el origen de la enfermedad mental a factores internos como debilidad de carácter mantienen mayor distanciamiento y actitudes de rechazo. A un mayor conocimiento o experiencias con la enfermedad mental, es menos frecuente que la población exprese actitudes de rechazo social o distanciamiento, estas actitudes son mediadas por la disminución de la percepción de un estereotipo peligroso, aunque para la mayoría de la gente no es una cuestión dicotómica el origen de las enfermedad mental pueden percibir varios factores de su origen simultáneamente.

Investigadores como Mechanic desde los años 60's (22) han enfatizado la observación sobre la búsqueda de atención médica particularmente en trastornos mentales, los factores que reflejan una disminución en la búsqueda de atención es la incapacidad de los pacientes para reconocer su padecimiento, así como miedo, actitudes de desconfianza hacia los sistemas de salud mental tanto por parte de los pacientes como de las personas alrededor de ellos.

El tratamiento psiquiátrico significa para la población general un cierto estigma, el cual se trata de evitar incluso cuando los individuos requieren de la atención.

El distanciamiento social es considerado un paradigma de las actitudes hacia las personas que sufren algún trastorno mental, y se definen como la voluntad de una persona de participar en una relación de diverso grado de intimidad con otra persona que padece una identidad estigmatizante. Las actitudes hacia la enfermedad mental es uno de los factores que aumenta el distanciamiento social hacia alguien

que padece alguna enfermedad mental, otros son las emociones hacia esta población. Los estudios de Wolf en 1996 mostraron en términos generales que es el contacto con personas con trastornos mentales lo que logra cambiar las actitudes hacia la enfermedad mental, más que la información. Sin embargo, la importancia del contacto en la formación de actitudes positivas es compleja y multidimensional. Se propone que el aumento de la familiaridad hacia la enfermedad mental disminuye el distanciamiento social. Un cambio en las actitudes hacia la enfermedad mental requiere información del componente afectivo, el diseño de programas de educación debe proveer información afectiva y conductual (23).

Desde el año 1994, el Departamento de Salud de Inglaterra (24) ha realizado esfuerzos a nivel nacional para documentar e investigar fenómenos como el estigma y las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, así como comparaciones a través del tiempo con la finalidad de medir cambios en el conocimiento, actitudes y comportamientos en la población asociados a programas nacionales como Tiempo de Cambiar o Time to Change, lamentablemente se reporta solo un aumento en el conocimiento del tema y en las intenciones conductuales pero no ha existido un cambio positivo significativo en materia de actitudes. Desde el 2009 se ha documentado que el 17% de la población respondió tener contacto inmediato con un familiar con enfermedad mental, sin embargo sin especificar la relación particular entre la relación de parentesco con el tipo de actitudes reportadas. A pesar de esto, la tendencia de Inglaterra ha sido el continuo monitoreo e investigación sobre el tema y las tendencias por localidad, así como planear estrategias y campañas diseñadas específicamente para las necesidades de los grupos blanco.

Un meta análisis realizado en 2012 (25) muestra un patrón a través del tiempo y en la literatura internacional, en primer lugar el conocimiento sobre los trastornos mentales ha aumentado sin embargo, al mismo tiempo, las actitudes hacia la enfermedad mental no han cambiado, por el contrario se reportan

actitudes más negativas a través del tiempo hacia algunos padecimientos específicos como en la esquizofrenia. Los estudios revisados sistemáticamente en este meta análisis, pertenecen a países industrializados de primer mundo los cuales no son del todo aplicables a nuestra cultura y medio. Se hipotetiza que esta tendencia se debe a una creciente popularidad de un modelo biomédico de las enfermedades mentales y a conceptualizar a la enfermedad mental como una “enfermedad del cerebro”, tendencia con gran difusión desde los 90’s al declararla la “Década del cerebro”. Esta postura de describir a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad mental parece útil para crear mayor educación a nivel de población abierta, pero no ha brindado resultados para disminuir actitudes negativas y el distanciamiento social, por lo que es necesario reevaluar las estrategias por ejemplo en los esfuerzos que se realizan de programas específicamente anti estigma o antidiscriminación, destinados también a mejorar las actitudes hacia la enfermedad mental.

Con la finalidad de proteger los derechos de aquellos que padecen enfermedades mentales y con el objetivo de realizar servicios adecuados para ellos, es de vital importancia obtener una impresión correcta de la frecuencia y naturaleza del estigma, de la discriminación y de las actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental, ya que estas situaciones son dinámicas. Las actitudes hacia la enfermedad mental no son aisladas, tienen de forma general una relación entre sí y no son siempre el resultado de ignorancia, pueden surgir y reforzarse por experiencias previas y cambian dependiendo del contexto cultural y del grupo al cual pertenece el paciente (26).

Para la sociedad contemporánea donde la prevalencia de trastornos mentales parece comprometer la calidad de vida y la prosperidad económica, no solo a través de costos económicos directos sino por los costos en materia de salud y los costos sociales, el desempleo, es que se requieren la implementación de programas de promoción a la salud mental. La OMS a través de la Ottawa Charter (27), una declaración remarcó desde los 80’s la importancia de políticas de promoción a la salud mental. Estos programas

pueden realizarse a distintos niveles pero deben tomarse en consideración los determinantes sociales de la comunidad y la población a la cual van dirigidos, es necesario conocer el nivel de entendimiento acerca de la enfermedad mental en la población blanco como punto clave en la elaboración de proyectos de promoción a la salud y su práctica. Dentro de estas estrategias se sitúa la investigación específica y el conocimiento de las actitudes negativas, desfavorables o discriminatorias a la enfermedad mental dentro de una comunidad o población, como parte de estrategias de programas de salud mental.

Existen antecedentes exitosos en Europa, Nueva Zelanda y Norteamérica sobre campañas de educación de salud mental que disminuyeron las actitudes de temor y discriminatorias y aumentaron el contacto social con personas que sufren enfermedades mentales. En estos estudios se han utilizado herramientas como el cuestionario de Opiniones a la Enfermedad Mental e intervenciones educativas de varios tipos.

La psicoeducación es frecuentemente un componente educacional introductorio que lleva a tratamientos a mayores plazos para la familia y que debería ser adjunto al tratamiento del familiar enfermo.

Los modelos educativos dirigidos a familiares brindan una oportunidad de recibir asistencia, recibir información sobre la enfermedad mental y medidas de afrontamiento (28).

El propósito de programas de educación sobre salud mental son los de asistir en la corrección y eliminación de concepciones equivocadas y actitudes desfavorables respecto a las enfermedades mentales, así como promover medidas más eficientes en el tratamiento y cuidado de quienes las padecen.

Ramsey y Sepp (29) en Estados Unidos al evaluar grupos de educación sobre salud mental encontraron que los familiares de pacientes con enfermedad mental explican como causa de estas enfermedades modelos de explicativos psicogénicos, cuando se realizó una relación con el nivel educativo de sus participantes se encontró que a mayor nivel educativo, se asoció como causa de enfermedad mental

dificultades emocionales y físicas. La mayoría de estos familiares reportaron creencias de que la ayuda profesional puede ser eficaz para poder brindar tratamiento a personas que exhiben síntomas de enfermedad mental.

La desinstitucionalización de la psiquiatría ha tenido efectos profundos en la familia de personas que padecen enfermedades mentales. Estas familias generalmente invierten muchos cuidados durante la génesis y la fase de hospitalización de la enfermedad mental del miembro que la padece. Se ha documentado como experimenta la familia la transición de la hospitalización hacia la comunidad como llena de dudas, de poca información, de seguimiento por los hospitales y con expectativas poco realistas acerca de la evolución del paciente. Es claro que la relación entre profesionales de salud mental y las familias de los pacientes debe mejorar, se debe ver a la familia del paciente como un compañero de trabajo con la meta común de ayudar al paciente que sufre una enfermedad mental (30).

El éxito de la desinstitucionalización psiquiátrica depende en gran medida de la aceptación de la comunidad, de las actitudes y opiniones acerca de la salud mental. Pattyn y colaboradores (31) demostraron en Bélgica que la suposición de que el contacto con personas que padecen enfermedades mentales genera actitudes positivas no es del todo cierta, sino que es necesaria una relación íntima de contacto como la mostrada en familiares, para generar actitudes más positivas en comparación con la población general.

La responsabilidad del hospital ante el paciente generalmente tiene dos fases, recibir al paciente en crisis para el tratamiento de su condición cuando esta le genera disfunción importante. La segunda es el egreso cuando se alcanza el máximo beneficio o la recuperación se ha logrado. Para lograr la admisión de un paciente a un hospital psiquiátrico, la familia se encuentra motivada. La necesidad del tratamiento

hospitalario del paciente, que se encuentra obviamente en crisis o en periodo de exacerbación de su padecimiento, ha fatigado a su familia y estos se encuentran aliviados de esta carga, también pueden presentar actitudes ambivalentes hacia la hospitalización porque puede ser el último recurso de la familia en un intento de resolver el conflicto o resolver la situación.

Cuando se indica el egreso hospitalario, las actitudes de sus familiares pueden ser contradictorias, con negación o duda sobre la recuperación del paciente, o deseando firmemente su egreso. Se pueden encontrar también actitudes que reflejan una sensación de fracaso en el cuidado y que llevó a la necesidad de hospitalización. La necesidad emocional de la persona que solicita el egreso de un paciente es un factor importante a considerar, ya que puede deberse a sentimientos de culpa, a la percepción de una necesidad de sacrificio para servir al paciente o una necesidad o dependencia hacia estos (32).

Frecuentemente, la hospitalización es el primer contacto que las familias tienen con los profesionistas de la salud mental, es crítico que esta interacción inicial sea una experiencia positiva para las familias para poder realizar una alianza terapéutica con ellos (33).

Al estudiar a la familia de los pacientes con trastornos mentales han existido 2 grandes tendencias, la emoción expresada y la sobrecarga del familiar o cuidador, pero se ha realizado poca investigación enfocada hacia las actitudes de la familia y la influencia de estas actitudes hacia el pronóstico y cuidado de los pacientes. Marquez y colaboradores en 2011 (34) demostraron que los pacientes que viven con familias que les apoyan tienen mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos que aquellos que no cuentan con apoyo familiar. Esto es relevante ya que se ha demostrado que factores como el apego al tratamiento predice recaídas de padecimientos psiquiátricos y rehospitalizaciones en la población de origen Mexicana. Es frecuente encontrar actitudes ambivalentes en los familiares de los pacientes

respecto a los cuidados que deben brindar a los pacientes, por ejemplo en la administración y la supervisión de la medicación.

En México, se reporta que los cuidados y la responsabilidad de los pacientes recae principalmente en un solo miembro de la familia. Parece existir una relación entre pronóstico y ambiente familiar, específicamente en las recaídas y la necesidad de hospitalizaciones frecuentes. La tensión familiar y las actitudes de los miembros de la familia parecen tener un impacto considerable en el curso de las enfermedades mentales. Específicamente en aquellas familias con un alto nivel de crítica o aquellas familias con actitudes intrusivas o poco tolerantes. Las familias en las que existen actitudes más positivas, con expectativas más realistas, y con menor emoción expresada son aquellas familias donde se observa un pronóstico mejor y menores recaídas.

Las hospitalizaciones frecuentes son devastadoras para ambos el paciente y sus familiares. Las recaídas constantes paralizan a la familia, genera un estilo de vida centrado en mecanismos adaptativos empobrecidos, desmoralización y desesperanza. Cuando un paciente con un trastorno mental se comporta de una manera perturbadora, es más probable que la familia ofrezca y busque ayuda si identifican en el paciente signos y síntomas de una enfermedad en lugar de percibirlos como hostiles o flojos. El uso de medicamentos se vuelve también más comprensible, cuando se comprende como un tratamiento para una enfermedad (35).

Estudios realizados por Solomon y colaboradores (36) han demostrado que es posible mejorar las actitudes de los familiares hacia temas específicos de salud mental, como lo es la adherencia al tratamiento farmacológico. Esto posterior a medidas de psicoeducación diseñadas específicamente al tema.



Estudios realizados específicamente en familiares de pacientes con enfermedad mental en España por Revilla en 2012 (37) muestran que existe en este grupo actitudes paternalistas, además reportando lo ya referido en la literatura internacional, una relación directa entre actitudes positivas entre nivel educativo y grupos de edad menores de 65 años, sin embargo sin especificar la relación entre la relación de parentesco y las actitudes.

La ambivalencia, reportada en la literatura, de la familia hacia el paciente con enfermedad mental es reflejo de actitudes que van desde la intolerancia hasta la sobreprotección. Las familias que tienen un familiar con una enfermedad mental crónica a menudo son definidas por la sociedad y por ellos mismos por la relación que mantienen con el paciente, presentando alienación, apatía y desesperanza.

El alta hospitalaria por ejemplo, llega a ser una crisis familiar, ya que la responsabilidad del paciente ahora recae en la familia y esta tiene que reconstituirse a sí misma como una unidad donde uno de sus miembros debe ser aceptado con su enfermedad y con sus fortalezas. Se ha documentado que casi todas las familias muestran una enorme fortaleza y resiliencia que permite el potencial de cambio (38).

Los antecedentes culturales de las familias hispanoamericanas y la clase social de las mismas influyen en como el paciente, y la familia misma percibe a la enfermedad mental y como se formulan estrategias para su manejo. Existe evidencia que indica que las decisiones sobre el tratamiento de las enfermedades mentales son afectadas por las interpretaciones de los miembros de la familia de los síntomas y signos del paciente. La concepción acerca de la enfermedad mental de muchas familias hispanoamericanas tiene raíces en modelos culturales y muchas veces religiosos en las que perciben a la enfermedad mental como un continuum. Estas creencias, actitudes y concepciones puede ofrecerá estas familias esperanza para el futuro de su familiar o también entorpecer su recuperación y pronóstico (39).

Las actitudes hacia la enfermedad mental de los miembros de la familia de quien la padece deben ser estudiadas como la fuente de información para la realización de estrategias de prevención, tratamiento y

rehabilitación. Con base en este conocimiento es posible entender hasta que nivel serán aceptados y utilizados los servicios de salud mental, también si es necesario realizar estrategias de cambio para estas actitudes para cambiar el patrón de reconocimiento de la enfermedad y la búsqueda de tratamiento (40). Angermeyer en 1996 (41), documentó que los familiares de pacientes con algún trastorno mental tienden a reaccionar con menor ansiedad ante la exposición a la enfermedad mental, así como percibirlos como menos agresivos, y con menor distanciamiento social, que el resto de la población general.

En muchos casos, la familia es el único soporte social en el que se pueden apoyar las personas con enfermedad mental. A pesar del estrés o las crisis que padezcan la familia, generalmente mantienen una actitud de preocupación, compromiso, e interés por el miembro que padece algún trastorno mental. Se ha observado que los miembros de la familia desean información y consejo sobre cómo manejar la enfermedad de su familiar, sobre el pronóstico, información sobre los medicamentos y sus efectos secundarios (36).

Los médicos tratantes deben ser conscientes y aceptar el hecho de que el cuidado de los pacientes con enfermedad mental recae principalmente en su familia. Para muchos pacientes con trastornos mentales, su familia es la única red de apoyo con la que cuentan por lo tanto, los cuidadores en la familia son una fuente potencial importante para intervenciones (31).

#### IV. Planteamiento del Problema

¿Cuál es la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental de acuerdo al Cuestionario de Opiniones hacia la Enfermedad Mental (OMI) de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos?

## V. Justificación

Se plantea la realización de este estudio debido a la necesidad de hacer frente a los fenómenos sociales relacionados con los estereotipos negativos, el estigma, las actitudes desfavorables y la discriminación hacia quienes desarrollan una enfermedad mental.

Debido a las repercusiones de estos trastornos en términos de discapacidad y a los costos sociales debidos a la afección en la calidad de la vida de quienes los padecen.

En los trabajos e investigaciones realizados en nuestro medio en materia de estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental sobresale el abordaje desde el personal de salud y la población general, documentándose poca información respecto a las actitudes de los familiares. Esto nos obliga a obtener información sobre el tema en nuestra población.

El Hospital Psiquiátrico Morelos se verá beneficiado con la realización de este estudio al proponerse conocer de manera sistematizada las actitudes de los familiares de los pacientes hospitalizados hacia la enfermedad mental, el conocimiento del tema nos ayuda a entender las variables que conforman la discriminación, el estigma, la búsqueda de atención a los servicios de salud mental, el distanciamiento social.

Nos podrá permitir realizar estrategias preventivas, estrategias de intervención y psicoeducación enfocado a los familiares de los pacientes para mejorar la calidad de atención a los usuarios permitiendo el control de la enfermedad, previniendo recaídas y reingresos hospitalarios.

## VI. Objetivo General

Conocer la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental de acuerdo al cuestionario OMI, de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos.

### Objetivos Específicos

Conocer la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental en la dimensión “Prejuicio” de acuerdo a la OMI, de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Conocer la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental en la dimensión “Mitos y Creencias” de acuerdo a la OMI, de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Conocer la frecuencia de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental en la dimensión “Restricción Social” de acuerdo a la OMI, de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Relacionar las características socio demográficas de la población estudiada (edad, sexo, escolaridad) con las actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental.

Relacionar el parentesco de la población estudiada con las actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental.

Relacionar el tipo de trastorno mental, edad y número de internamiento de los pacientes hospitalizados con las actitudes positivas y negativas de la población estudiada hacia la enfermedad mental.

## VII. Material y Métodos

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo.

### Universo del estudio

Familiares que se encargan de brindar los cuidados a los pacientes que se encuentran hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos

### Selección de la Muestra

Se realizó un cálculo de muestra en base al promedio de ingresos en el periodo de un mes (113 pacientes), con un porcentaje de error de 5% y un intervalo de confianza de 95% obteniendo una  $n = 88$ , redondeándose a 90. Los valores fueron obtenidos de resultados de Indicadores Médicos del Hospital de Psiquiatría Morelos.

La muestra fue recabada acudiendo al servicio de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos donde se invitó de manera personal a aquellos familiares (hombres y mujeres), que brindan los cuidados a los pacientes hospitalizados y que cumplan los criterios de selección, a formar parte del estudio, durante el mes de septiembre de 2013. Se eligieron en función de su accesibilidad, cuando acudieron a visita, a citas programadas del servicio de Trabajo Social, Nutrición y citas de informe médico.

## Criterios de Selección

### Criterios de Inclusión

Familiares/cuidadores mayores de 18 años

Que hayan acudido con el paciente en las consultas y sean el familiar responsable

Que sepan leer y escribir

Que firmen hoja de consentimiento informado

### Criterios de No Inclusión

Que el familiar padezca trastorno mental

### Criterios de Exclusión

Que el familiar conteste menos del 80% de las preguntas en el instrumento

## Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Instrumento	Tipo
Actitud hacia la enfermedad mental	Es la localización de una persona en una dimensión evaluativa, representa un sentimiento general de favorabilidad o desfavorabilidad hacia la enfermedad mental, así como en las dimensiones "Prejuicio", "Mitos y creencias", "Restricción Social".	Instrumento con 31 reactivos para la evaluación global. 5 reactivos para subescala "Prejuicio". 17 reactivos para subescala "Mitos y Creencias". 9 reactivos para subescala "Restricción Social". Las medias aritméticas (para la escala global y para cada subescala) con valores más altos indican actitudes más positivas o favorables hacia la enfermedad mental. Las medias con valores más bajos indican actitudes negativas o desfavorables.  Actitud positiva: promedio $\geq 5$ . Actitud neutral: promedio $\geq 3$ y $< 5$ . Actitud negativa: promedio $< 3$	Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental	Ordinal
Edad de familiar	Años cumplidos al momento del estudio	Años de edad	Hoja de Datos	Continua discreta
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: hombre o mujer	Captados como: Hombre Mujer	Hoja de Datos	Categorica
Estado Civil	Estado civil del sujeto al momento del estudio	Captados como: Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Hoja de Datos	Categorica



Escolaridad	Grado de estudio del sujeto por nivel escolar	Captados como: Primaria Secundaria Bachillerato o carrera técnica Universidad	Hoja de Datos	Categórica
Parentesco	Vínculo que une a los sujetos dentro de la familia	Captados como: Padre Madre Hijo Cónyuge Otro	Hoja de Datos	Categórica
Tipo de Enfermedad Mental	Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.	Se utilizaran los diagnósticos del sistema CIE-10 para agruparlos en categorías diagnósticas. Captados como: Trastornos psicóticos Trastornos sin síntomas psicóticos	Hoja de Datos	Categórica
Número de Internamiento de Paciente	Número de ocasiones que ha requerido atención en modalidad hospitalaria el paciente con trastorno mental.	Captado como: Primera vez Subsecuente	Hoja de Datos	Categórica
Edad de Paciente	Años cumplidos al momento del estudio	Años de edad	Hoja de Datos	Continua discreta

## Instrumentos

Encuesta de datos sociodemográficos. Realizada ad hoc para la investigación.

### Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental

El Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental, OMI por sus siglas en inglés (Opinions of Mental Illness Questionnaire) fue realizado por Cohen y Struening originalmente en 1962 como parte de un estudio en hospitales neuropsiquiátricos en Nueva York con los objetivos de identificar las opiniones y actitudes hacia las enfermedades mentales severas del personal, este cuestionario ha sufrido modificaciones a través del tiempo. Se ha utilizado de manera internacional en personal de salud así como en cuidadores de pacientes psiquiátricos (Robert y Perry 1974), en población general (Kobau, Diorio, Chapman y Delvechio (1993).

En relación a la población hispana se han realizado adaptaciones semánticas, en 2012 se realizó la validez factorial del cuestionario por Mora Rios y Altamirano Garcia (42).

La escala en su totalidad está conformada por 31 reactivos y 3 subescalas. Cada subescala y la calificación total se obtienen mediante una escala de tipo Likert con 5 posibles respuestas:

Estoy completamente de acuerdo (1), Estoy de acuerdo (2), Probablemente sí estoy de acuerdo (3), Probablemente no estoy de acuerdo (4), No estoy de acuerdo (5), Estoy completamente en desacuerdo (6), La puntuación total es la suma de todos los ítems

El puntaje final se obtiene a partir de la suma de todos los valores de cada reactivo dividida entre el número de sumandos.

Las medias con valores más altos indican actitudes más positivas o favorables hacia la enfermedad mental. Las medias con valores más bajos indican actitudes negativas o desfavorables.

La media aritmética dentro del rango 1 a 2 representa una actitud negativa hacia la enfermedad mental, en el rango 3 a 4 representa una actitud neutral hacia la enfermedad mental y en el rango de 4 a 6 representa una actitud positiva hacia la enfermedad mental.

Cada subescala y dimensión de las actitudes identificadas en el Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental se evalúan de la misma manera.

La consistencia interna en la escala en población mexicana se reporta con un alpha de Cronbach de 0.89 considerado válido y confiable, la consistencias internas para las subescalas “Prejuicio” se reporta un alpha de Cronbach de 0.91, “Mitos y creencias” de 0.78, “Restricción social” de 0.78. Tales valores son considerados óptimos para la confiabilidad.

Instrumento	Número de Items	Alpha de Cronbach
Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental	31	0.89
Subescala “Prejuicio”	5	0.91
Subescala “Mitos y Creencias”	17	0.78
Subescala “Restricción Social”	9	0.78

Subescalas, Dimensiones:

“Prejuicio” definido como la idea preconcebida de que quienes padecen alguna enfermedad mental requieren ser tratadas con severidad y temor, por representar una forma de amenaza social. Agrupa cinco reactivos que se refieren a la idea de que las personas que padecen alguna enfermedad mental representan un peligro para la comunidad y que por tal motivo pertenecen a una jerarquía social inferior que amerita ser tratada como una amenaza.

Reactivos:

- La mejor forma de tratar a los pacientes de un hospital psiquiátrico es mantenerlos encerrados bajo llave.
- Convertirse en paciente de un hospital psiquiátrico significa haber fracasado en la vida.
- Si un paciente en un hospital psiquiátrico ataca a alguien, él o ella debería ser castigado para que no lo vuelva a hacer.
- Todos los hospitales o pabellones psiquiátricos deberían estar rodeados de bardas altas y guardias
- Sin importar desde qué perspectiva se mire, los pacientes con enfermedades mentales severas ya no son realmente humanos.

“Mitos y creencias” diecisiete reactivos cuyos contenidos hacen alusión a explicaciones y aseveraciones infundadas sobre las enfermedades mentales que han sido difundidas entre diferentes sectores de la población.

Reactivos:

- Los pacientes con enfermedades mentales provienen de hogares donde padres demostraron poco interés en sus hijos.
- El mantener contacto frecuente con las personas que tienen algún trastorno mental severo puede aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental.
- Las enfermedades mentales de mucha gente son causadas por la separación o el divorcio de sus padres durante la niñez.
- Las personas que se masturban en exceso tienen mayor probabilidad de tener una enfermedad mental.
- Si los padres quisieran más a sus hijos, habría menos enfermedades mentales.
- Sin darse cuenta, mucha gente presenta enfermedades mentales para evitar los problemas difíciles de la vida diaria.
- Una de las principales causas de las enfermedades mentales es la falta de fuerza moral o de voluntad.
- Si la gente evitara los malos pensamientos no sería propensa a padecer enfermedades mentales.
- Si los hijos de padres normales fueran criados por personas con enfermedades mentales, probablemente se volverían enfermos mentales.
- Los profesionistas de alto nivel tienen más probabilidades de convertirse en enfermos mentales que la mayoría de los trabajadores no calificados (obreros u otros).
- Los profesionales que laboran en el área de la salud mental son más propensos a desarrollar una enfermedad mental.
- Si los hijos de padres con enfermedades mentales fueran criados por padres normales, probablemente no se convertirían en enfermos mentales
- Las mujeres son más propensas a desarrollar una enfermedad mental.

- Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de la gente normal.
- Las crisis nerviosas ocurren generalmente por trabajar demasiado.
- Algunas veces las enfermedades mentales son castigos por cosas malas que se han hecho.
- Es fácil reconocer a alguien que alguna vez tuvo alguna enfermedad severa.

“Restricción Social” se refiere a la idea de que las enfermedades mentales dificultan o imposibilitan a quienes las padecen, el desempeño de diferentes funciones sociales tales como formar una familia, tener un empleo o votar, y que además requieren ser distinguidas y separadas de quienes no las padecen. Tal distanciamiento no sólo implica aislamiento mediante barreras físicas, sino también la limitación de sus roles sociales. Consta de 9 reactivos.

- No se les debería permitir casarse a los pacientes que son dados de alta de un hospital psiquiátrico, aunque parezca que ya están bien.
- Cualquier persona que sea hospitalizada a causa de una enfermedad mental no debería permitirse votar.
- A todos los pacientes que ingresan a los servicios de psiquiatría, ya sea en un hospital general o psiquiátrico, se les debería hacer una operación indolora para prevenir que tengan hijos.
- Los hospitales psiquiátricos deberían ubicarse en zonas lo más alejadas posible de la población general.
- No se debería permitir que los hijos pequeños de los pacientes de un hospital o pabellón psiquiátrico los visiten.
- Una persona tiene que ser insensata para casarse con alguien que ha padecido una enfermedad mental severa, a pesar de que él o ella parezca estar completamente recuperado.

- Un paciente enfermo del corazón tiene solamente algo malo, mientras que un enfermo mental es completamente diferente.
- La gente que es exitosa en su trabajo pocas veces se convierte en enfermo mental.
- En muchos casos, la única manera de tratar a los pacientes psiquiátricos es con mano dura.

## Procedimiento

### Método de recolección de datos

Durante el mes de Septiembre de 2013, se acudió al servicio de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos, la obtención de la muestra fue en función de su accesibilidad hasta obtener el número de participantes que conforman el total de la muestra calculada. Se invitó de manera personal a aquellos familiares (hombres y mujeres), que brindan los cuidados a los pacientes hospitalizados y que cumplan los criterios de selección, a formar parte del estudio. Se les explicó ampliamente la finalidad de la investigación así como los beneficios posibles. Se obtuvo el consentimiento informado, posterior a esto se dio a los familiares de los pacientes la hoja de datos sociodemográficos y el Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental explicando la manera de contestarlos. A cada participante se le asignó un número de folio para asegurar la confidencialidad. Los resultados obtenidos se capturaron en una base de datos para su posterior análisis estadístico en el programa Stata versión 13 durante el mes de Octubre de 2013, con ellos se formularon las discusiones y conclusiones para presentarse en formato de tesis.

### Plan de análisis de los resultados

Se utilizó el programa Sata versión 13 para la organización de la información. Se realizó la descripción de las variables con frecuencias y porcentajes en el caso de las categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las continuas. Se realizó un análisis de asociación con  $p$  exacta de Fisher para las variables categóricas y para las continuas prueba  $t$  de Student.



## VIII. Implicaciones Éticas

Esta investigación, por los temas tratados, se presenta como:

Riesgo mínimo

No se realizará ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resulten afectados es mínima.

Incluye la realización de una escala autoaplicada.

Procesos conductuales que podrían causar estrés psíquico pueden estar justificados si existen beneficios específicos, terapéuticos o profilácticos que podrían redundar en provecho de la población siempre y cuando se respete la dignidad e integridad humanas. Los estudios de esta categoría se justifican si se obtienen conocimientos que de otro modo no podrían obtenerse, para la comprensión de la enfermedad o trastorno que sufre el sujeto.

De acuerdo a las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2008.

Con confidencialidad absoluta para los participantes.

Conforme a la Ley General de Salud 2002, en su título quinto, capítulo único del artículo 96 al 103 acerca de “La investigación para la salud”, acerca de la cual podemos comentar que toda investigación envuelve riesgos, complicaciones y efectos colaterales, de los cuales se consideraran las lesiones físicas o psicológicas que no excedan las que normalmente surgirían en la vida diaria, en la exploración médica o psicológica corriente.

Daremos una explicación adecuada a la edad y escolaridad de lo que se realizará en la investigación, las molestias que puede causar y se acordará podrán retirarse del estudio en el momento en que lo deseen, sin que esto afecte la relación con el investigador o las circunstancias laborales, escolares o de servicios

en las que se encuentre el paciente. Así pues, los elementos clásicos para consentir con conocimiento incluyen la capacidad de expresar preferencias y entender naturaleza, finalidad y técnicas de la investigación

## IX. Resultados

Se entrevistó a un total de 90 familiares de pacientes, todos ellos cumpliendo los criterios de inclusión. La edad media de los familiares fue de 44 años, 56.7% de los entrevistados del sexo femenino y 43.3% del sexo masculino. El 41% de los entrevistados se encuentra en el grupo etario de los 45 a 64 años de edad, el 36.7% en el grupo de los 30 a los 44 años, el 15.6% en el grupo de los 18 a 29 años de edad y el 6.7% de los familiares se encontraban en el grupo etario de más de 65 años de edad.

Respecto a la relación de parentesco, predomina con el 24.4% la presencia de la madre, seguida del cónyuge con 20% de los familiares encuestados, hermano/a también con el 20%, padre en el 14.4%, hijo/a con 11.1 %, y otros (tío, primo) en el 10% de los casos.

El 32.2 % de los familiares tenían estudios de nivel bachillerato o carrera técnica, el 27.8% con nivel de estudios de secundaria, a nivel primaria 20% y también con 20% escolaridad universitaria. Los totales y frecuencias pueden observarse en la Tabla 1.

<b>Tabla 1. Características Sociodemográficas de los familiares de los pacientes hospitalizados</b>	
<b>Característica</b>	<b>Total</b> n=90
<b>Encuestado</b>	
<b>Edad Media (DE)</b>	44.6 (14.3)
<b>Grupo etario n (%)</b>	
18 - 29 años	14 (15.6)
30 – 44 años	33 (36.7)
45 – 64 años	37 (41.1)
65 o más	6 (6.7)

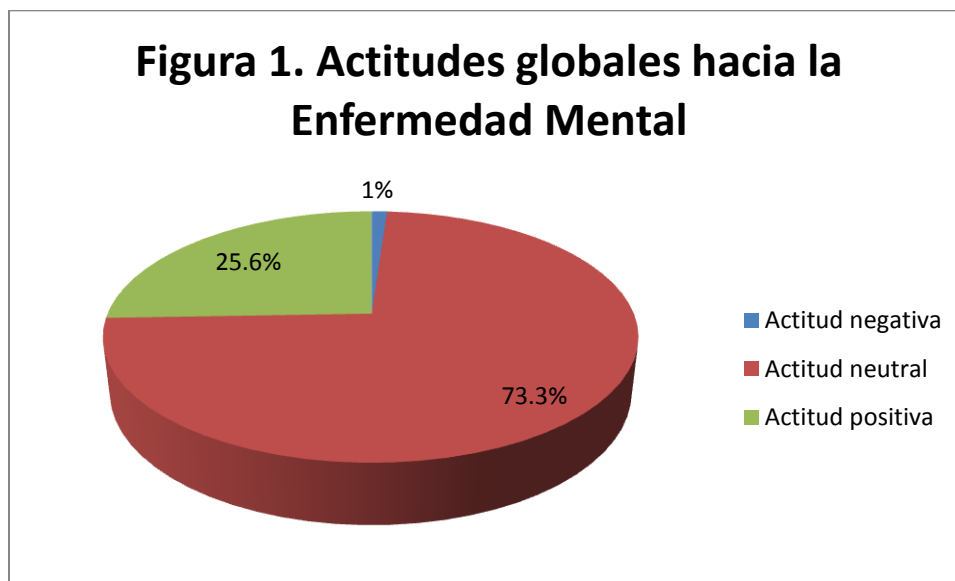
<b>Sexo</b> Mujer n (%)	51 (56.7)
Hombre	39 (43.3)
<b>Parentesco n (%)</b>	
Padre	13 (14.4)
Madre	22 (24.4)
Cónyuge	18 (20)
Hijo/a	10 (11.1)
Hermano/a	18 (20)
Otro	9 (10)
<b>Escolaridad n (%)</b>	
Primaria	18 (20)
Secundaria	25 (27.8)
Bachillerato/técnico	29 (32.2)
Universitario	18 (20)

En relación a los pacientes, el 64.4% presentaban trastornos sin síntomas psicóticos y el 35.6 % trastornos con síntomas psicóticos. La edad media de los pacientes fue de 38 años de edad. En el 57.8% de los casos se trató de internamientos subsecuentes y en el 42.2% de los casos internamientos de primera vez. Los totales y porcentajes se describen en la tabla 2.

<b>Tabla 2. Características de los pacientes Hospitalizados</b>	
<b>Características del paciente</b>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>n (%)</b>
Trastornos psicóticos	32 (35.6)
Trastornos sin síntomas psicóticos	58 (64.4)

<b>Internamiento</b>	
Primera vez	38 (42.2)
Subsecuente	52 (57.8)
<b>Edad Media (DS)</b>	36.8 (11.9)

Al medir las actitudes de manera global la mayor parte de los familiares de pacientes hospitalizados presentan actitudes en el rango neutral (media de 4.46, con el 73.3 %), solo el 1.1% de los familiares presentaron actitudes negativas (media de 2.87) y únicamente el 25.6 % de los familiares presentaron actitudes positivas (media de 5.33) hacia la enfermedad mental. Distribución gráfica en la figura 1. La Tabla 3 muestra los valores de la Media para posteriormente promediar el puntaje de los ítems correspondientes a cada dimensión.



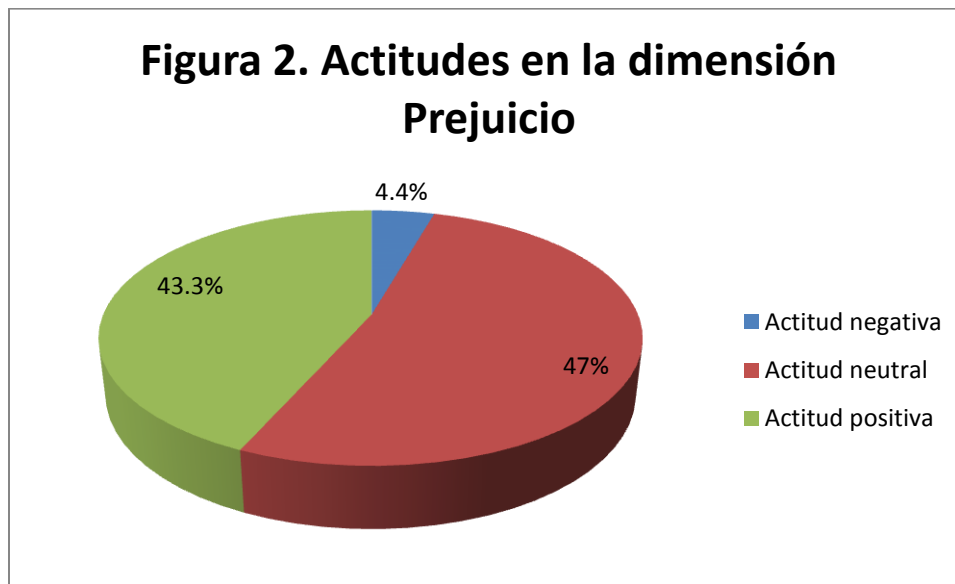
<b>Tabla 3. Resultados Globales de Actitudes Hacia la Enfermedad Mental</b>	
<b>Dimensión</b>	<b>Valor</b>
<b>Puntaje Global</b> Media (DS)	138.5 (19.9)

<b>Puntaje para Prejuicio</b>	23.6 (4.3)
<b>Puntaje para Mitos y Creencias</b>	73 (11.1)
<b>Puntaje para Restricción Social</b>	41.9 (7.7)
<b>Categoría Global (media)*</b>	n (%)
Actitud negativa (2.87)	1 (1.1)
Actitud neutral (4.46)	66 (73.3)
Actitud positiva (5.53)	23 (25.6)

\* Para la clasificación en categorías: se promedió el puntaje de los ítems correspondientes a cada dimensión. Actitud positiva: promedio  $\geq 5$ . Actitud neutral: promedio  $\geq 3$  y  $< 5$ . Actitud negativa: promedio  $< 3$ .

En la dimensión “Prejuicio” el 4.4% presentó una actitud negativa (media de 2.6), el 47% presentó una actitud neutral (media de 4.29) y el 39% presentó una actitud positiva (media de 5.40). Tabla 4, Figura

2.

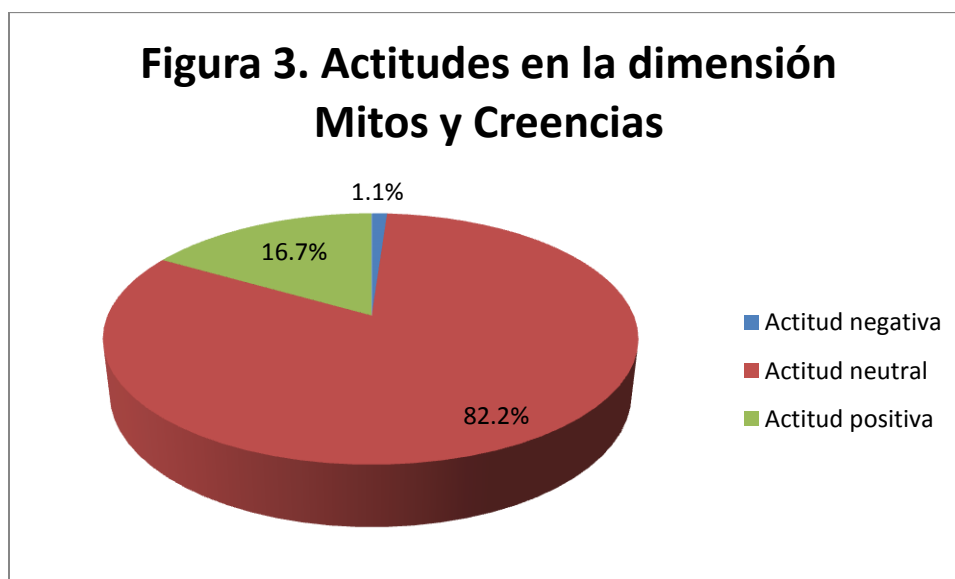


<b>Tabla 4. Actitudes Hacia la Enfermedad Mental por Dimensiones</b>	
<b>Prejuicio (media)*</b>	<b>n (%)</b>
Actitud negativa (2.87)	1 (1.1)
Actitud neutral (4.46)	66 (73.3)
Actitud positiva (5.53)	23 (25.6)

Actitud negativa (2.60)	4 (4.4)
Actitud neutral (4.29)	47 (52.2)
Actitud positiva (5.40)	39 (43.3)
<b>Mitos y creencias (media)*</b>	
Actitud negativa (2.71)	1 (1.1)
Actitud neutral (4.13)	74 (82.2)
Actitud positiva (5.32)	15 (16.7)
<b>Restricción social (media)*</b>	
Actitud negativa (2.85)	3 (3.3)
Actitud neutral (4.14)	50 (55.6)
Actitud positiva (5.50)	37 (41.1)

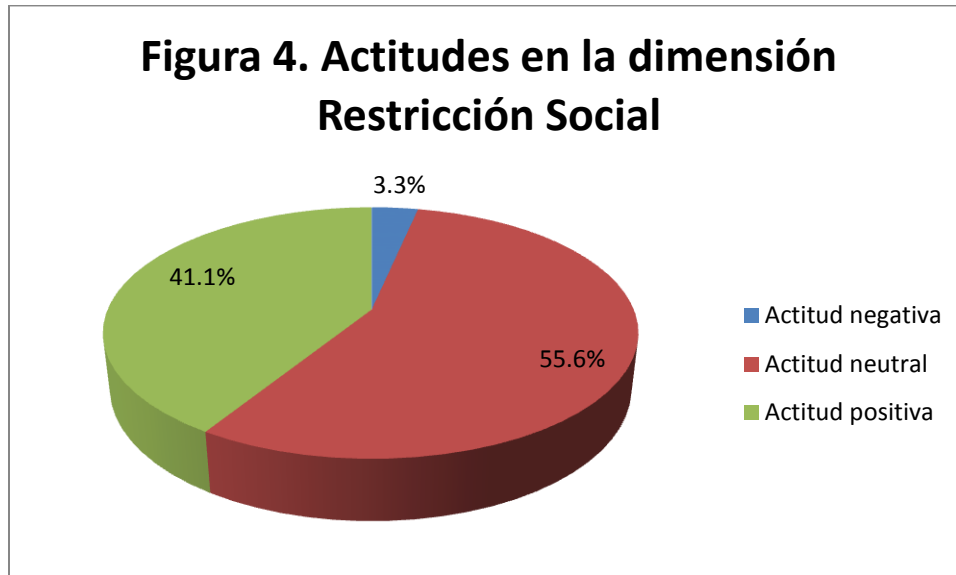
\* Para la clasificación en categorías: se promedió el puntaje de los ítems correspondientes a cada dimensión. Actitud positiva: promedio  $\geq 5$ . Actitud neutral: promedio  $\geq 3$  y  $< 5$ . Actitud negativa: promedio  $< 3$ .

En la dimensión “Mitos y creencias” el 1.1% de los familiares presentó actitudes negativas (media de 2.71), el 82.2% de los familiares presentaron actitudes en rango neutral (media de 4.13) y solo 16.7% presentó actitudes positivas (media de 5.32). Tabla 4, Figura 3.



En la dimensión “Restricción Social” el 3.3 % presentó actitudes negativas (media de 2.85), el 55.6 % presentó actitudes neutras (media de 4.14) y el 41.1% presentó actitudes positivas (media de 5.50).

Tabla 4, Figura 4.



Al comparar la edad de los familiares con el tipo de actitudes (positivas contra neutras y negativas) se observó una diferencia significativa ( $p=0.0022$ ), los familiares más jóvenes muestran actitudes positivas (edad media 36 años), que quienes presentaron actitudes neutras (edad media 47 años) y quienes mostraron actitudes negativas (edad media 51 años). Tabla 5.

No existió diferencia entre el sexo de los encuestados y el tipo de actitudes hacia la enfermedad de manera global. Tabla 5.

Respecto a escolaridad, se observó una tendencia ( $p=0.55$ ) donde a mayor escolaridad de los encuestados, expresan actitudes más positivas hacia la enfermedad mental. Tabla 5.



Al asociar las características de los pacientes y las actitudes hacia la enfermedad mental de manera global no se mostraron diferencias entre el tipo de padecimiento (Trastornos Psicóticos, Trastornos sin síntomas psicóticos) y el tipo de actitudes reportadas ( $p=0.321$ ), tampoco se mostraron diferencias en el tipo de internamiento (internamiento de primera vez e internamiento subsecuente) y las actitudes hacia la enfermedad mental ( $p=0.143$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre la edad de los pacientes y el tipo de actitudes ( $p=0.937$ ). Tabla 5.

<b>Tabla 5. Relación entre las características sociodemográficas y la puntuación global del cuestionario OMI</b>				
<b>Característica</b>	<b>Actitud negativa (n=1)</b>	<b>Actitud neutral (n=66)</b>	<b>Actitud positiva (n=23)</b>	<b>Otros vs AP <i>p</i>*</b>
<b>Encuestado</b>				
<b>Edad Media (DE)</b>	51	47.2 (14)	36.8 (12.9)	<b>0.0022</b>
<b>Sexo</b> Mujer n (%) Hombre	1	36 (54.6) 30 (45.4)	14 (60.9) 9 (39.1)	0.808
<b>Parentesco</b>				
Padre		11 (16.7)	2 (8.7)	0.534
Madre		19 (28.8)	3 (13)	
Cónyuge		12 (18.2)	6 (26.1)	
Hijo/a		7 (10.6)	3 (13)	
Hermano/a	1	11 (16.7)	6 (26.1)	
Otro		6 (9.1)	3 (13)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria		17 (25.8)	1 (4.4)	<b>0.055</b>
Secundaria	1	18 (27.3)	6 (26.1)	
Bachillerato/técnico/universitario		31 (47)	16 (69.6)	
<b>Características del paciente</b>				

<b>Diagnóstico</b>				
Trastornos psicóticos		26 (39.4)	6 (26.1)	0.321
Trastornos sin síntomas psicóticos	1	40 (60.6)	17 (73.9)	
<b>Internamiento</b>				
Primera vez		25 (37.9)	13 (56.5)	0.143
Subsecuente	1	41 (62.1)	10 (43.5)	
<b>Edad Media (DS)</b>	46	36.7 (12)	36.7 (11.9)	0.937

\*p exacta de Fisher para las variables categóricas y para la continua prueba t de Student

En el dominio de Prejuicio, no existieron diferencias significativas entre la edad de los entrevistados y el tipo de actitud hacia la enfermedad mental ( $p=0.067$ ), tampoco se reportaron diferencias significativas entre el sexo de los entrevistados y el tipo de actitud ( $p=1$ ), el parentesco entre el familiar y el paciente ( $p=0.55$ ), la edad del paciente ( $p=0.345$ )

Se observó una tendencia de actitud positiva en el dominio prejuicio más frecuente en los internamientos de primera vez, y en los internamientos subsecuentes presentando actitudes neutrales y negativas ( $p=0.057$ ).

Nuevamente el factor más importante que marcó una diferencia significativa entre actitudes positivas y actitudes neutrales y negativas en el dominio de prejuicio fue el de la escolaridad, observándose a mayor escolaridad actitudes más positivas con una  $p$  de 0.002. Tabla 6.

<b>Tabla 6. Relación entre las características sociodemográficas y el dominio de Prejuicio.</b>				
<b>Característica</b>	<b>Actitud negativa</b>	<b>Actitud neutral</b>	<b>Actitud positiva</b>	<b>Otros vs AP</b>
	(n=4)	(n=47)	(n=39)	$p^*$

<b>Encuestado</b>				
<b>Edad Media (DE)</b>	56.3 (21.4)	46.2 (13.1)	41.4 (14.4)	0.067
<b>Sexo</b> Mujer n (%) Hombre	2 (50) 2 (50)	27 (57.5) 20 (42.5)	22 (56.4) 17 (43.6)	1
<b>Parentesco</b>				
Padre	2 (50)	7 (14.9)	4 (10.3)	0.555
Madre	0	15 (31.9)	7 (18)	
Cónyuge	1 (25)	7 (14.9)	10 (25.6)	
Hijo/a	0	6 (12.8)	4 (10.3)	
Hermano/a	1 (25)	8 (17)	9 (23.1)	
Otro	0	4 (8.5)	5 (12.8)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	2 (50)	14 (29.8)	2 (5.1)	<b>0.002</b>
Secundaria	1 (25)	14 (29.8)	10 (25.6)	
Bachillerato/técnico/universitario	1 (2.5)	19 (40.4)	27 (69.2)	
<b>Características del paciente</b>				
<b>Diagnóstico</b>				
Trastornos psicóticos	3 (75)	19 (40.4)	10 (25.6)	0.120
Trastornos sin síntomas psicóticos	1 (25)	28 (59.6)	29 (74.4)	
<b>Internamiento</b>				
Primera vez	1 (25)	16 (34)	21 (53.9)	0.057
Subsecuente	3 (75)	31 (66)	18 (46.2)	
<b>Edad Media (DS)</b>	42.3 (11.8)	37.5 (13)	35.5 (10.5)	0.345

\*p exacta de Fisher para las variables categóricas y para la continua prueba t de Student

En la dimensión de Mitos y Creencias, se observó una tendencia ( $p=0.0.183$ ) donde a menor edad de los encuestados, estos presentaban actitudes más positivas, respecto a la escolaridad se encontró la tendencia donde a mayor escolaridad actitudes más positivas, pero sin resultar estadísticamente significativo ( $p=0.196$ ). En el tipo de internamiento se observó la misma tendencia, actitudes más positivas en el primer internamiento pero sin lograr ser estadísticamente significativo ( $p=0.157$ ). No existió una asociación entre el sexo de los encuestados, la relación de parentesco, el tipo de padecimiento del paciente o la edad del paciente con el tipo de actitudes reportadas por sus familiares.

Tabla 7.

<b>Tabla 7. Relación entre las características sociodemográficas y el dominio de Mitos y creencias.</b>				
<b>Característica</b>	<b>Actitud negativa (n=1)</b>	<b>Actitud neutral (n=74)</b>	<b>Actitud positiva (n=15)</b>	<b>Otros vs AP <i>p</i>*</b>
<b>Encuestado</b>				
<b>Edad Media (DE)</b>	51	46.1 (14)	36.7 (14.1)	<b>0.0183</b>
<b>Sexo</b> Mujer n (%) Hombre	1	41 (55.4) 33 (45.4)	9 (60) 6 (40)	1
<b>Parentesco</b>				
Padre		11 (14.9)	2 (13.3)	0.414
Madre		20 (27)	2 (13.3)	
Cónyuge		16 (21.6)	2 (13.3)	
Hijo/a		9 (12.2)	1 (6.7)	
Hermano/a	1	11 (14.9)	6 (40)	
Otro		7 (9.5)	2 (13.3)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria		17 (23)	1 (6.7)	0.196
Secundaria	1	21 (28.4)	3 (20)	
Bachillerato/técnico/universitario		36 (48.7)	11 (73.3)	

<b>Características del paciente</b>				
<b>Diagnóstico</b>				
Trastornos psicóticos		28 (37.8)	4 (26.7)	0.560
Trastornos sin síntomas psicóticos	1	46 (62.2)	11 (73.3)	
<b>Internamiento</b>				
Primera vez		29 (39.2)	9 (60)	0.157
Subsecuente	1	45 (60.8)	6 (40)	
<b>Edad Media (DS)</b>	46	36.8 (11.7)	36.5 (13.3)	0.919

\*p exacta de Fisher para las variables categóricas y para la continua prueba t de Student

En la dimensión Restricción Social se mostró que a menor edad de los familiares de los pacientes, se reportaron actitudes positivas hacia la enfermedad mental ( $p=0.0024$ ). Así también en la escolaridad, mostrando de manera significativa que a mayor grado de escolaridad, actitudes más positivas ( $p=0.037$ ). Se observó una tendencia favorable con actitudes positivas en el primer internamiento sin llegar a ser estadísticamente significativo ( $p=0.082$ ). No se mostró una asociación entre el sexo de los encuestados, su relación de parentesco, el diagnóstico de los pacientes o la edad de los pacientes, con las actitudes hacia la enfermedad mental en esta dimensión. Tabla 8.

<b>Tabla 8. Relación entre las características sociodemográficas y el dominio de Restricción social.</b>				
<b>Característica</b>	<b>Actitud negativa (n=3)</b>	<b>Actitud neutral (n=50)</b>	<b>Actitud positiva (n=37)</b>	<b>Otros vs AP <math>p^*</math></b>
<b>Encuestado</b>				
<b>Edad Media (DE)</b>	57.7 (10.1)	47.8 (14.3)	39.2 (12.8)	<b>0.0024</b>
<b>Sexo</b> Mujer n (%)	1 (33.3)	31 (62)	19 (51.4)	0.517
Hombre	2 (66.7)	19 (48.6)	18 (48.6)	
<b>Parentesco</b>				0.450

Padre	1 (33.3)	7 (14)	5 (13.5)	
Madre	1 (33.3)	15 (30)	6 (16.2)	
Cónyuge	1 (33.3)	10 (20)	7 (18.9)	
Hijo/a	0	6 (12)	4 (10.8)	
Hermano/a	0	9 (18)	9 (24.3)	
Otro	0	3 (6)	6 (16.2)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	2 (66.7)	13 (26)	3 (8.1)	<b>0.037</b>
Secundaria	0	15 (30)	10 (27)	
Bachillerato/técnico/universitario	1 (33.3)	22 (44)	24 (64.9)	
<b>Características del paciente</b>				
<b>Diagnóstico</b>				
Trastornos psicóticos	1 (33.3)	21 (42)	10 (27)	0.184
Trastornos sin síntomas psicóticos	2 (66.7)	29 (58)	27 (73)	
<b>Internamiento</b>				
Primera vez	0	18 (36)	20 (54)	0.082
Subsecuente	3 (100)	32 (64)	17 (46)	
<b>Edad Media (DS)</b>	41 (5.3)	38 (12.5)	34.9 (11.2)	0.212

\*p exacta de Fisher para las variables categóricas y para la continua prueba t de Student

## X. Discusión

El objetivo y propósito fundamental de esta investigación fue determinar el tipo y frecuencia de actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos, al respecto y a partir de los análisis descriptivos realizados es posible plantear una descripción general.

Las mediciones de manera global de las actitudes hacia la enfermedad mental, es decir, las evaluaciones favorables o desfavorables hacia los trastornos mentales, muestran que únicamente un cuarto de la población (23 familiares, representando el 25.6%) presentó actitudes positivas que de acuerdo a la teoría de Fishbein y Ajzen (1, 2) donde las actitudes son predictoras de conductas, estas actitudes resultarían o generarían conductas favorables para la evolución de la enfermedad de su familiar, mostrando expectativas más realistas, tolerancia, comprendiendo a los trastornos mentales como una enfermedad.

La mayoría de la muestra estudiada (66 familiares, representando el 73.3%) presenta evaluaciones o actitudes neutrales mostrando un aparente poco interés, desconocimiento sobre el tema, o actitudes pasivas, este tipo de actitudes pueden no resultar favorables para la evolución de la enfermedad mental de su familiar ya que pueden generar conductas como brindar poco soporte y cuidados, fomentar el abandono a los tratamientos, evitar la búsqueda de atención, conductas restrictivas o de distanciamiento social.

Solo la minoría de los familiares (1 familiar, representando el 1.1%) mostró actitudes claramente negativas hacia la enfermedad mental, actitudes que favorecen los prejuicios, el estigma y la discriminación.

Al realizar mediciones de actitudes por cada dimensión evaluada por la escala encontramos que si bien estos porcentajes cambian, la mayoría de los familiares encuestados presentan actitudes neutrales.

El dominio que presentó actitudes más positivas fue la de “Prejuicio”. Este dominio hace referencia a la idea preconcebida y falsa de que quienes padecen alguna enfermedad mental requieren ser tratadas con severidad y temor, por representar una forma de amenaza social, y que por tal motivo pertenecen a una jerarquía social inferior. El 43% de los familiares rechazaron estas ideas, expresando su desacuerdo y mostrando una actitud de tolerancia. El 52.2% de los familiares mostraron actitudes en rango neutral, mostrando poca certeza o convicción de que las personas que padecen enfermedades mentales deban ser tratadas por medios punitivos o alejados del resto de la sociedad. El 4.4% de los familiares mostró actitudes negativas aceptando como verdaderas las afirmaciones que evalúan a la enfermedad mental como “haber fracasado en la vida” o que los enfermos que padecen estos trastornos deben estar “encerrados bajo llave”.

En la dimensión de “Mitos y Creencias” referente a explicaciones y aseveraciones falsas infundadas sobre las enfermedades mentales. El 82.2% de los familiares expresaron actitudes neutrales en este dominio, que atribuye como causa de las enfermedades mentales a la falta de fuerza de voluntad o moral, al contacto con personas con enfermedades mentales, a trabajar demasiado. El 16.7% mostró actitudes positivas, siendo el dominio que presentó el menor porcentaje de actitudes positivas. El 1.1% aceptó estas aseveraciones.

Esto muestra que existe gran desinformación en los familiares de los pacientes encuestados acerca del origen y causas de los trastornos mentales y que existe una influencia importante por los conceptos culturales sobre la enfermedad mental.



Respecto a la medición de las actitudes en la dimensión “Restricción Social. El presente estudio mostró que el 41.1% de los familiares encuestados se mostraron en contra de actitudes restrictivas, como el negar su derecho a votar, a casarse y formar una familia, a permanecer alejados de la sociedad. Esto resulta de importancia debido a que en promedio los pacientes hospitalizados se encontraban en edad productiva. El 55.6 % mostró actitudes neutrales y el 3.3% mostro actitudes negativas en esta dimensión, las cuales resultan desfavorables ya que pueden fomentar conductas de rechazo, distanciamiento, e incluso negarles derechos básicos a los pacientes que sufren enfermedades mentales.

Al describir y relacionas las características de la población estudiada con el tipo de actitudes hacia la enfermedad mental, se encontró que los resultados arrojados por este estudio coinciden con lo reportado previamente en la literatura tanto internacional en países como Francia (20), Inglaterra (24), EUA por autores como Ramsey (29), España por Revilla (37) y en lo documentado en estudios en México por Natera y Casco (14, 15, 16), identificando que las variables más relevantes que influyen en el tipo de evaluaciones y actitudes hacia la enfermedad mental son el grado de escolaridad y la edad de los encuestados. En este estudio se documenta que en la población de familiares de pacientes hospitalizados, a mayor grado de escolaridad se presentan actitudes favorables o positivas hacia la enfermedad mental y a menor escolaridad se presentaron de manera más frecuente actitudes negativas hacia la enfermedad mental. A menor edad de los encuestados también se presentaron actitudes más favorables y positivas hacia la enfermedad mental, y a mayor edad de los encuestados se reportó con más frecuencia actitudes menos favorables y negativas. Esto fue una constante al realizar las mediciones globales al utilizar el Cuestionario Sobre Opiniones Hacia la Enfermedad Mental y también en cada uno de los dominios evaluados, “Prejuicio”, “Mitos y Creencia” y “Restricción Social”.

Consideramos que el estudio realizado cumplió con los objetivos propuestos inicialmente, con la descripción de la frecuencia de las actitudes hacia la enfermedad mental y su asociación con las

características de los familiares y de los pacientes. Los resultados arrojados por este estudio remarcan la importancia del diseño y de la realización de programas estructurados para la educación de los familiares, enfocados en brindar información correcta y accesible acerca de las enfermedades mentales con la finalidad de realizar un cambio en las actitudes y en la conducta.

## XI. Conclusiones

El 25.6 % de los familiares presentaron actitudes positivas hacia la enfermedad mental al hacer una medición de forma global. De forma específica al medir cada dimensión, el 43.3 % expresó actitudes positivas en la dimensión de prejuicio, el 16.7% en la dimensión Mitos y Creencias y 37% en la dimensión Restricción Social. La actitud más frecuente es la neutral en las mediciones globales (en 73.3%) y en cada dimensión. Las actitudes negativas son mínimas, reportadas en el 1.1%.de forma global.

Existe una asociación entre edad y el tipo de actitudes, a menor edad de los familiares estos presentaron actitudes más positivas, lo cual se reflejó en las mediciones globales y en cada tipo de actitud hacia la enfermedad mental. La escolaridad de los familiares encuestados tiene una influencia positiva ya que a mayor nivel de escolaridad los sujetos presentaron actitudes más favorables.

La relación de parentesco, el tipo de enfermedad mental, el número de internamientos, ni la edad del paciente tuvieron una asociación significativa con el tipo de actitud hacia la enfermedad mental.

El conocer estas variables nos obliga a plantearnos intervenciones más específicas y dirigidas con mayor énfasis en reducir en los familiares cuidadores de los pacientes las actitudes neutrales y negativas así como aumentar las actitudes positivas hacia la enfermedad mental, considerando que la mayor parte de la población estudiada presentó actitudes que resultan no favorables hacia el cuidado de los pacientes.

En las limitaciones del estudio podemos mencionar que las mediciones se realizaron en familiares directos que brindan los cuidados de los pacientes, sin lograr mediciones de las actitudes y evaluaciones de la enfermedad mental que realizan otros miembros de la familia, considerando la importancia de la interacción familiar y su influencia en los cuidados de los pacientes.

## XII. Bibliografía

1. Fishbein, M. (1967). *Readings in Attitude Theory and Measurement*. NY: John Wiley & Sons Inc.
2. Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*. Nueva York: Addison-Wesley.
3. Pratkanis, A. (1989). *Attitude Structure and Function*. Ohio: Lawrence Erlbaum Associates.
4. McGuire, J., Borowy, T., Kolin, I. (1986). Attitudes toward mental health professionals in a hospital –based Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*. 22, 39-48.
5. McGuire, W. (1969). *The nature of attitudes and attitude change*. En: *The Handbook of Social Psychology Vol. III*. Nueva York: Lindzey y Aronson.
6. McGuire W. (1989) *The structure of individual attitudes and attitude systems*. En: *Attitude Structure and Function*. Ohio: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Allport, G. (1935) *Attitudes*. En: *A Handbook of Social Psychology*. Massachusetts: Clark University Press.
8. Krech, D., Crutchfield, R. (1948). *Theory and Problems in Social Psychology*. Nueva York: McGraw Hill.
9. Rosenberg, M. (1960). *Attitude Organization & Change*. Nueva Haven: Yale University Press.
10. Fazio, R. (1989). *On the Power and functionality of Attitudes: The Role of Accessibility*. En *Attitude Structure and Function*. Ohio: Lawrence Erlbaum Assoc. Publishers.
11. Corrigan, P., Wassel A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46, 42-48.

12. Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Estados Unidos: The Guilford Press.
13. De la Fuente, R. (2000). *Psicología Médica* (2ª ed). México: Fondo de Cultura Económica.
14. Casco, M., Natera, G., Herrejón, M. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 10, 41-53.
15. Natera, G., Casco, M. (1991). Actitudes hacia la enfermedad mental en población general y en un grupo de profesionales de la salud. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 176-182.
16. Casco, M., Natera, G. (1986). Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, 9, 70-77.
17. García-Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44, 289-296.
18. Santillán, R. (2003). *Actitud hacia la enfermedad mental en personal médico de atención primaria en la delegación Tlalpan*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
19. Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., Tena, A. (2005). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35, 215-223.
20. Durand, I., Scott, J., Rouillon, F., Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry* 12-128.

21. Serra, M., Lai, A., Buizza, C., Pioli, R., Preti, A., Masala, C., et al. (2013). Beliefs and attitudes among Italian high school students toward people with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*, 201, 311-318.
22. Lehtinen, V., Väisänen, E. (1978). Attitudes towards mental illness and utilization of psychiatric treatment. *Social Psychiatry*, 13, 63-68.
23. Evans, A., Henderson, C., Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 51-57.
24. Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265-274.
25. Schomerus, G., Scwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, W., Grabe, H., Carta, M., et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 125, 440-452.
26. Crabb, J., Stewart, R., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., Krishnadas, R. (2012). Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, 1-6.
27. Tomaras, V., Ginieri, M., Vassiliadou, M., Malliori, M., Ferentinos, S., Soldatos, C., et al. (2011). Education in mental health promotion and its impact on the participants' attitudes and perceived mental health. *Annals of General Psychiatry*, (10) 33, 1-10.
28. Mannion, E., Draine, J., Solomon, P., Meisel, M. (1997). Applying research on family education about mental illness to development of a relatives' group consultation model. *Community Mental Health Journal*, 33, 555-569.
29. Ramsey, G., Seipp, M. (1948). Attitudes and opinions concerning mental illness. *The Psychiatric Quarterly*, 22, 428-444.

30. Hanson, J., Rapp, C. (1992). Families' perceptions of community mental health programs for their relatives with a severe mental illness. *Community Ment Health J*, (28) 3, 181-197.
31. Pattyn, E., Verhaeghe, M., Bracke, P. (2012). Attitudes Toward Community Mental Health Care: The Contact Paradox Revisited. *Community Ment Health J*. doi: 10.1007/s10597-012-9564-4.
32. Bellsmith, E.(1932). Obstacles of family attitudes in rehabilitation of state hospital patients. *Psychiatric Quaterly*, (6) 4, 697-703.
33. Hanson, J. (1995). Families' perceptions of psychiatric hospitalization of relatives with a severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, (22) 5, 531-541.
34. Marquez, J., Ramirez, J.(2011). Family caregivers' monitoring of medication usage: a qualitative study of mexican-origin families with serious mental illness. *Cult Med Psychiatry*, 35, 63–82.
35. Gantt, A., Goldstein, M., Pinsky, S. (1989). Family Understanding of Psychiatric Illness. *Community Mental Health Journal*, (25) 2, 101-108.
36. Solomon, P., Draine, J. (1995). Consumer case management and attitudes concerning family relations among persons with mental illness. *Psychiatric Quarterly*, (66) 3, 249-261.
37. Campo-Revilla, I., Yllá-Segura, L., González-Pinto, A., Bardají, P. (2010). Attitudes of the family toward the mentally ill patient. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, 57-64.
38. Moss, S., Moss, M. (1973). Mental illness, partial hospitalization, and the family. *Clinical Social Work Journal*, (1) 3, 168-176.

39. Guarnaccia, P., Parka, P., Deschamps, A., Milstein, G., Argiles, N. (1992). Si Dios quiere: hispanic families' experiences of caring for a seriously mentally ill family member. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (16) 2, 187-215.
40. Arkar, H., Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27, 151-155.
41. Angermeyer, M., Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31, 321-326.
42. Altamirano, G. (2012). *Validez factorial del Cuestionario sobre Opiniones hacia la Enfermedad Mental en el personal de primer nivel de atención de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias, no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.



## XIII. Anexos

## Anexo I: Datos Sociodemográficos

Actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental de familiares de pacientes hospitalizados del  
Hospital de Psiquiatría Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social

México, DF a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2013

## Datos del Familiar

Parentesco:

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Cónyuge \_\_\_\_\_

Hijo/a \_\_\_\_\_

Hermano/a \_\_\_\_\_

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

## Datos Generales

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3. Escolaridad:

Primaria \_\_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_\_

Bachillerato / Carrera Técnica \_\_\_\_\_

Universitario \_\_\_\_\_

## Datos del Paciente:

4. Diagnóstico del paciente \_\_\_\_\_

5. Número de internamiento del paciente \_\_\_\_\_

6. Edad del paciente \_\_\_\_\_

## Anexo II: Consentimiento Informado

Actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental de familiares de pacientes hospitalizados del  
Hospital de Psiquiatría Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social

México, DF a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2013

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación arriba mencionado, Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número R-2013-3501-123. La meta de este estudio es describir las actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares de pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder el cuestionario autoaplicado de Opiniones hacia la Enfermedad Mental y la hoja de recolección de datos sociodemográficos conforme a las indicaciones del investigador.

Se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio como son la descripción de las actitudes hacia la enfermedad mental, para en un futuro poder realizar programas de educación y de información dirigidos a los familiares de los pacientes para mejorar la calidad de atención a los usuarios.

Declaro que se me ha informado en relación a los riesgos, molestias e inconvenientes que son afines al manejo de la información otorgada por mi persona, el diagnóstico de mi familiar hospitalizado, lo cual, como será detallado abajo será estrictamente confidencial. Los datos, también incluyen el resultado de la escala, que de reportar actitudes desfavorables se me hará saber para beneficiar a mi paciente. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y Firma del Familiar

Nombre y Firma del Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Investigador Responsable

Dr. Miguel Palomar Baena 8708029

Investigador Asociado

Dr. Gustavo Joaquín Cruz Ruelas 99360824

Se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio. Dirección del investigador:

Calzada San Juan de Aragón #439 Col. DM Nacional GAM DF CP 07480 Tel. 5544309742

## Anexo III.

## Cuestionario de Opiniones hacia la Enfermedad Mental

Cohen y Struening (1962) Validación de Mora-Rios y Altamirano Garcia (2012)

Los siguientes enunciados son opiniones sobre cómo son los pacientes con enfermedades mentales y cómo deberían de ser cuidados. Por enfermedad mental, nos referiremos al tipo de padecimiento que lleva a una persona a tratarse en los servicios psiquiátricos de un hospital general o en un psiquiátrico y a las personas que acuden a estos servicios las consideraremos como pacientes psiquiátricos.

Quisiéramos saber lo que usted piensa.

Cada una de estas opiniones va seguida de seis elecciones. Marque con una cruz (X) la elección que más se aproxime a su forma de pensar sobre cada opinión.

No hay respuestas acertadas o equivocadas. Estamos interesados solamente en su opinión. Es muy importante que responda a todas las cuestiones. Le recordamos que la información que nos proporcione es estrictamente confidencial.

1. La mejor forma de tratar a los pacientes de un hospital psiquiátrico es mantenerlos encerrados bajo llave.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
2. Convertirse en paciente de un hospital psiquiátrico significa haber fracasado en la vida.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
3. Si un paciente en un hospital psiquiátrico ataca a alguien, él o ella debería ser castigado para que no lo vuelva a hacer.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
4. Todos los hospitales o pabellones psiquiátricos deberían estar rodeados de bardas altas y guardias					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
5. Sin importar desde qué perspectiva se mire, los pacientes con enfermedades mentales severas ya					

no son realmente humanos.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
6. Los pacientes con enfermedades mentales provienen de hogares donde padres demostraron poco interés en sus hijos.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
7. El mantener contacto frecuente con las personas que tienen algún trastorno mental severo puede aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
8. Las enfermedades mentales de mucha gente son causadas por la separación o el divorcio de sus padres durante la niñez.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
9. Las personas que se masturban en exceso tienen mayor probabilidad de tener una enfermedad mental.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
10. Si los padres quisieran más a sus hijos, habría menos enfermedades mentales.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
11. Sin darse cuenta, mucha gente presenta enfermedades mentales para evitar los problemas difíciles de la vida diaria.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
12. Una de las principales causas de las enfermedades mentales es la falta de fuerza moral o de voluntad.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)

13. Si la gente evitara los malos pensamientos no sería propensa a padecer enfermedades mentales.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
14. Si los hijos de padres normales fueran criados por personas con enfermedades mentales, probablemente se volverían enfermos mentales.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
15. Los profesionistas de alto nivel tienen más probabilidades de convertirse en enfermos mentales que la mayoría de los trabajadores no calificados (obreros u otros).					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
16. Los profesionales que laboran en el área de la salud mental son más propensos a desarrollar una enfermedad mental.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
17. Si los hijos de padres con enfermedades mentales fueran criados por padres normales, probablemente no se convertirían en enfermos mentales					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
18. Las mujeres son más propensas a desarrollar una enfermedad mental.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
19. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de la gente normal.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
20. Las crisis nerviosas ocurren generalmente por trabajar demasiado.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
21. Algunas veces las enfermedades mentales son castigos por cosas malas que se han hecho.					

Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
22. Es fácil reconocer a alguien que alguna vez tuvo alguna enfermedad severa.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
23. No se les debería permitir casarse a los pacientes que son dados de alta de un hospital psiquiátrico, aunque parezca que ya están bien.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
24. Cualquier persona que sea hospitalizada a causa de una enfermedad mental no debería permitirse votar.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
25. A todos los pacientes que ingresan a los servicios de psiquiatría, ya sea en un hospital general o psiquiátrico, se les debería hacer una operación indolora para prevenir que tengan hijos.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
26. Los hospitales psiquiátricos deberían ubicarse en zonas lo más alejadas posible de la población general.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
27. No se debería permitir que los hijos pequeños de los pacientes de un hospital o pabellón psiquiátrico los visiten.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
28. Una persona tiene que ser insensata para casarse con alguien que ha padecido una enfermedad mental severa, a pesar de que él o ella parezca estar completamente recuperado.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
29. Un paciente enfermo del corazón tiene solamente algo malo, mientras que un enfermo mental es					

completamente diferente.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
30. La gente que es exitosa en su trabajo pocas veces se convierte en enfermo mental.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)
31. En muchos casos, la única manera de tratar a los pacientes psiquiátricos es con mano dura.					
Estoy completamente de acuerdo (1)	Estoy de acuerdo (2)	Probablemente sí estoy de acuerdo (3)	Probablemente no estoy de acuerdo (4)	No estoy de acuerdo (5)	Estoy completamente en desacuerdo (6)

