

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA



ACTITUD DEL GRUPO MÉDICO HACIA LA ENFERMEDAD
MENTAL EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría Infantil y del
Adolescente

AUTOR: DR. JOSÉ MIGUEL ALVARADO INFANTE

ASESOR EXPERTO: DR. JOSÉ IGNACIO RENDÓN MANJARRÉZ
ASESOR METODOLÓGICO: DR. JUAN CARLOS BARRERA DE LEÓN
GUADALAJARA JALISCO, MÉXICO

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre: José Miguel Alvarado Infante

Cargo: Médico Residente de 2o año de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente

Adscripción: Departamento de Psiquiatría Psicología y Salud Mental, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Universidad Nacional Autónoma de México

Teléfono:36-17-00-60 Ext.32619

2. DATOS DE LOS ASESORES

Asesor Experto

Nombre: Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez

Cargo: Jefe del Departamento de Psiquiatría Psicología y Salud Mental, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.**Dirección:** Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Teléfono: 36-17-00-60 Ext. 32619

Asesor Metodológico

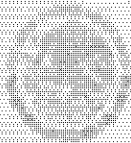
Nombre: Juan Carlos Barrera De León

Cargo: Jefe de División de Educación UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. **Dirección:** Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Teléfono: 36-17-00-60 Ext.

3. DATOS DE LA TESIS

“Actitud del grupo médico hacia la enfermedad mental en el Hospital de Pediatría”.P.60; 2015



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1302
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE U/C. IGNACIO GARCIA TELEEZ, GUADALAJARA
JALISCO, JALISCO

FECHA 03/07/2015

DR. JOSE IGNACIO RENDON MANJARREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ACTITUD DEL GRUPO MÉDICO HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.U.T.O.R.I.Z.A.D.O.** con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1302-30

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1302

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	5
Summary.....	6
Marco teórico.....	7
Introducción.....	7
Antecedentes generales.....	10
Antecedentes específicos.....	13
Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	21
Objetivo.....	23
Material y métodos.....	24
Criterios de selección.....	28
Variable dependiente.....	28
Variables independientes.....	29
Procedimiento.....	32
Análisis estadístico.....	33
Consideraciones éticas.....	34
Recursos.....	35
Cronograma.....	37
Resultados.....	38
Discusión.....	48
Conclusiones.....	51
Referencia bibliográfica.....	53
Anexos.....	58

RESUMEN

Introducción: Los servicios de salud ofrecidos a los pacientes con padecimientos mentales, los sistemas clasificatorios y diagnósticos, así como su tratamiento, tienen su razón de ser en épocas anteriores que han influido en la comprensión y aproximación a la enfermedad mental; esto se refleja en la nula información acerca de la evaluación de la actitud hacia la enfermedad mental en hospitales de pediatría.

Objetivo: Evaluar la actitud hacia la enfermedad mental del grupo médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo en el que se aplicó la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental a personal médico que labora en los diferentes turnos y servicios, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, considerándose a los médicos de base, médicos eventuales y médicos de confianza. El instrumento de medición es una escala de 59 reactivos, tipo Likert de 5 puntos, va desde -2 totalmente en desacuerdo y +2 totalmente de acuerdo; los ítems evalúan conductas tanto positivas como negativas hacia la enfermedad mental. La calificación de la escala global fue de 51 de 100 en donde 100 representa una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud. Los datos recabados fueron capturados en el paquete estadístico: Statistical Package for Social Sciences para MAC (SPSS versión 21.0).

Resultados: Se aplicaron 130 cuestionarios de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental, teniendo un índice de recuperación del 70.7% (n=92) con los que se llevó a cabo el análisis de datos. El 54.3% (n=50) corresponden al género masculino y 41.3 % (n=38) son mujeres, un 4.3% (n=4) no especifico su género en la encuesta. Se realizó además un análisis factorial en donde no se encontraron diferencias estadísticas por género (masculino 49.4, femenino 48.0, $p=0.43$), escolaridad (especialidad 45.6, subespecialidad 48.4, maestría 47.2, doctorado 44.0, $p=0.39$) y turno laboral (matutino 48.4, vespertino 48.2, nocturno 48.0, variable 46.6, $p=0.41$).

Conclusiones: El personal médico del Hospital de Pediatría presenta mala actitud hacia la enfermedad mental no dependiente del género, la escolaridad o el turno en el que laboren, por lo que es importante realizar nuevos estudios en donde se considere a la falta de información sobre la enfermedad mental un parteaguas en la actitud que presenta el personal médico.

SUMMARY

Introduction: The health services offered to patients with mental disorders, qualifying and diagnostic systems as well as treatment, are rooted in the past that have influenced the understanding and approach to mental illness; this is reflected in the no information about the evaluation of the attitude towards mental illness in pediatric hospitals.

Objective: To evaluate the attitude towards mental illness Medical Group Medical Unit of High Specialty Hospital of Pediatrics National Medical Center West.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study in which the Attitude Scale was applied to mental illness to medical staff working in different shifts and services at the Hospital of Pediatrics National Medical Center West, considering general practitioners , any trust doctors and physicians. The measuring instrument is a scale of 59 reagents Likert 5 points, ranging from -2 to +2 totally disagree totally agree; The items assess both positive and negative behaviors towards mental illness. The global scale rating was 51-100, where 100 represents an excellent attitude toward mental illness and 60 or less a bad attitude. The data collected were captured in the statistical package: Statistical Package for Social Sciences for MAC (SPSS version 21.0).

Results: 130 questionnaires were applied Attitude Scale towards mental illness, with a recovery rate of 70.7% (n = 92) with which was held on data analysis. 54.3% (n = 50) for the male and 41.3% (n = 38) were women, 4.3% (n = 4) did not specify their gender in the survey. Factor analysis where no statistical differences by gender (male 49.4, female 48.0, p = 0.43), education (specialty 45.6, subspecialty 48.4, MA 47.2, PhD 44.0, p = 0.39) and workshift (morning 48.4, evening 48.2, night 48.0 variable 46.6, p = 0.41).

Conclusions: The medical staff of the Hospital of Pediatrics has bad attitude towards mental illness not dependent on gender, schooling or shift in that work, so it is important to conduct new studies where they consider a lack of information on the mental illness a watershed in the attitude presented by medical personnel.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La visión histórica de la enfermedad mental está unida a la visión del ser sobre la locura, su origen, su causalidad, sus complejos conceptos culturales así como las características y adjetivos que se han asociado como la agresividad, la imbecilidad, la pobreza, la tristeza, la soledad, entre otros. Esta imagen culturalmente aceptada y difundida, merma la posibilidad de que un paciente con una enfermedad mental acceda a un servicio de salud efectivo. En este punto encuentran cabida un par de términos ampliamente utilizados y pocas veces bien entendidos, la discriminación y la estigmatización, que generan una actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia un objeto, sin analizar si existe una razón que justifique dicho comportamiento, lo que recibe el nombre de prejuicio (1). El término “estigma” fue creado para referirse a signos corporales con los que se intentaba exhibir algo malo; como a esclavos y ladrones, a quienes se “estigmatizaba” con hierro candente.

Es esta la visión de nuestra sociedad actual, en donde tal vez no se utiliza la forja y el fuego para “marcar” a estas personas, si no la palabra y los adjetivos (2).

En nuestra sociedad se puede observar claramente que existe un prejuicio negativo sobre la enfermedad mental y los profesionales de esta área,

basado en estereotipos asumidos y compartidos de forma acrítica. Como consecuencia particularmente negativa de los estigmas y prejuicios, un grupo o individuos de una sociedad privan a otros de sus derechos sin una causa justificada. En el caso del enfermo mental, el estigma y la discriminación surgen como atribución a que dicho paciente presenta una marcada propensión a la violencia, históricamente la enfermedad mental se le ha definido como locura y esta ha sido asimilada a la violencia. Las conductas perversas, la maldad o la malicia en general son reconocidas por la sociedad como una forma de locura (3). El término “loco” ha sido utilizado desde tiempos inmemoriales de forma despectiva y peyorativa, lo que demuestra el rechazo que estos padecían y aún peor, siguen padeciendo, el único tratamiento destinado a esta clase de enfermos era la reclusión en centros que los aislaban del resto de la sociedad; es hasta fines del siglo XV con la llegada del movimiento humanístico que se produce la liberación de la sombra de la superstición y se niega el origen sobrenatural del mal psíquico por parte de Luis Vives; teniendo que esperar casi tres siglos más, para que Philippe Pinel brindara las nuevas bases para la psiquiatría moderna y además un nuevo sentir con respecto a la enfermedad psiquiátrica. La imagen social de la enfermedad, presenta dos factores determinantes: primero la relación entre locura y exclusión social y, en segundo lugar, el estigma de la trasgresión y la calidad de pecado que se atribuía a la enfermedad mental. Esta imagen social, está unida a la falta de objetividad de las enfermedades mentales lo que contribuye a que la carga cultural sea todavía más fuertes (4). Los principales obstáculos de la salud mental están

determinados por el desconocimiento o la falta de contacto con este campo y por la presencia de actitudes y habilidades inadecuadas, las cuales son subsanables con una formación adecuada (5).

Partiendo de todo lo anterior, se puede entonces definir una actitud como una predisposición expresada externamente, en la forma en la que interaccionamos con los demás y que además escapa a nuestro control racional, tales pueden ser modificadas a través del aprendizaje. Thurstone define a la actitud como “la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico” (6).

Por tal motivo una definición tentativa de actitud hacia la enfermedad mental es aquella que adquirida directa o indirectamente, conduce al individuo a evaluar de forma positiva o negativa a la enfermedad mental (7).

Es preocupante que la estructura de pensamiento del personal que labora en el área de la salud, médicos, enfermeras, estudiantes, administrativos y demás personal del hospital, aún conserven esta imagen social bastante arraigada acerca del enfermo mental, que por demás va en contra de los derechos más fundamentales que tenemos como seres humanos y además retrasa la oportuna detección, canalización y pronto tratamiento, lo que lleva como consecuencia pronósticos funcionales empobrecidos y peores oportunidades para la rehabilitación y la pronta reinserción social y laboral, esto a su vez, impacta de manera a los presupuestos de las instituciones de salud, así como al país, ya que los tratamiento inoportunos, inadecuados o incluso

injustificados, retrasan la recuperación y confinan al paciente a convertirse en una carga más para su familia y para el estado.

ANTECEDENTES GENERALES

El tratamiento que se les otorga a los enfermos mentales en la sociedad está inmerso en una inercia administrativa, que en conjunto con una concepción retrograda respecto a la patología mental, hacen persistir la subsistencia de instituciones manicomiales en muchos países que se han convertido en verdaderos depósitos de personas hacinadas, y desposeídas de todos los derechos más elementales de acceso a una vida digna; resultado de esto se puede hablar de una psiquiatría de “privilegio social”, para pacientes con un poder adquisitivo elevado y otra, de la “miseria económica”, que constituye la forma de acceso más común a estos servicios para el resto de la población.

Particularmente y de manera cruda esta diferencia se observa más en países en desarrollo (8). En relación con lo anterior, es de importancia considerar la situación particular de los enfermos mentales y de la psiquiatría frente a la legislación, y derivado de esta, generar los manuales de procedimientos justificados para el internamiento psiquiátrico, la declaración de insania, tutelaje, etc.; que de manera por demás directa interpelan las nociones de autonomía, solidaridad social y pueden, si no son respetados, violentar las garantías individuales que para muchos es una figura de tensión, en la cual el

psiquiatra desde el principio de la historia no ha hecho más que cambiar de termino para expresar dicha violencia de diferentes maneras. De esta manera, al correr del tiempo hemos observado una lucha entre corrientes antagónicas, que se opusieron a lo largo de los últimos dos siglos, psiquistas y somatistas, organicistas y psicodinamistas, psiquiatras y antipsiquiatras, “manicomiales” y “desinstitucionalizadores” (9).

Existen otros factores que dificultan el tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos como la falta grave de instituciones intermedias, la pobre relación existente entre el nuevo sistema de asistencia y las actitudes de las personas hacia dichos trastornos. Una opción que ha demostrado tener éxito para superar la oposición de la comunidad al tratamiento ambulatorio de las enfermedades psiquiátricas, es la intervención de la psiquiatría comunitaria; por desgracia no se dispone de información sobre las actitudes habituales hacia el sistema asistencial, como funciona y como se podría cambiar la actitud popular (10). Las personas con enfermedad mental, sufren no solo de las discapacidades resultantes de la enfermedad, sino también de las que son consecuencia del desconocimiento social y de la falta de políticas en salud efectivas que prevalecen en la sociedad. Este prejuicio social determina y amplifica las dificultades de integración social, laboral y de acceso a servicios de salud en estas personas. Las actitudes sociales de rechazo con la generación consecuente de una imagen social negativa resultan en barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación (35). Por ello, la atención integral del paciente con una enfermedad mental no

termina en cubrir de manera eficiente sus necesidades de apoyo e integración, sino que demandan que simultáneamente se generen acciones que disminuyan o eliminen las actitudes negativas que de manera tradicional pesan sobre ellos y estimulen las actitudes positivas que impactarían de manera sumamente importante en su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y por demás ofrecerán una visión que se acerca mucho más a la propuesta por la Organización Mundial de la Salud como prototipo de Salud. (8).

La historia de la psiquiatría social ha demostrado, que los sistemas de percepciones y creencias culturales que rodean a la enfermedad mental, desempeñan un papel esencial e influyen sobre los cambios en el tratamiento institucional de las personas con enfermedades mentales.

La salud mental infantil no escapa a todos estos procesos y estigmas culturales, y más allá se olvida que la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro. Los trastornos de salud mental que se inician en la infancia o la adolescencia, además del sufrimiento que representan para el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como consecuencias sociales en cuanto al costo económico y productivo para la sociedad. Aun a edad temprana, estos trastornos perjudican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas y la elección de parejas, los embarazos no deseados y el funcionamiento general como adulto (11).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La actitud hacia la enfermedad mental es inherente a los sistemas de valores dominantes en la sociedad para un momento en la historia determinado. La enfermedad mental ha sido estigmatizada, incluso castigada a lo largo de la historia del ser humano, asignándole características negativas así como cualidades mágicas, esotéricas, en las que en muchas ocasiones el culpable de padecer dicha enfermedad, es el enfermo mismo (36).

El intento por la modificación de estos fenómenos complejos, no es nuevo, ni recientemente estudiado, Anderson publicó un estudio en el cual hablaba del cambio de la actitud de la sociedad hacia la enfermedad mental, como parte de un proceso hacia la comprensión de estas patologías (12). Uno de los más importantes intentos para evaluar este proceso, es el realizado por Struening y Cohen en 1963, cuando desarrollan la primera herramienta que permitía medir las actitudes hacia la enfermedad mental, decidiendo denominarla “Opiniones sobre la enfermedad mental”; evalúan cinco dimensiones: 1) autoritarismo, 2) benevolencia, 3) ideología sobre higiene mental, 4) restrictividad social y 5) etiología interpersonal. Esta herramienta marco un parte aguas en el estudio de la actitud ante la enfermedad mental (13 y 37).

Las diferencias étnicas han sido estudiadas como parte de los elementos que podrían influir en la actitud, Lawson y Kahn, estudiaron la actitud hacia la enfermedad mental en pacientes México-Americanos, comparándolos

con pacientes Europeos, mostrando una influencia sumamente importante acerca de las asociaciones y contextos sociales que se le daba a la enfermedad mental (14).

Los programas para la modificación del estigma y la actitud ante la enfermedad mental, han sido una de las herramientas más importantes en la búsqueda de respetar el principio de equidad (15). Los estudiantes de medicina, y el personal de contacto directo con los pacientes han sido los objetivos primarios de estos programas, demostrando ser efectivos en la desmitificación y en la promoción de actitudes positivas hacia el paciente mental (15, 16, 17, 18 y 19). En un estudio realizado en 27 países se encontró que las personas con esquizofrenia sufren discriminación negativa (47%), problemas para hacer amigos (43%) y problemas para encontrar trabajo (29%) (Thompson et al 2002). Otros estudios han encontrado que la mayoría de los familiares mostraban estigma por asociación. No se encontró que el nivel de estigma estuviera influido por variables sociodemográficas, por el diagnóstico, ni por el funcionamiento psicosocial de la persona con enfermedad mental (20).

El estigma autopercebido tiene relación con la sintomatología y otras características clínicas en personas que padecen esquizofrenia; los síntomas y el nivel de discapacidad son mayores en el grupo de pacientes que tiene alto grado de autoestigmatización (21). El contacto directo con los pacientes con enfermedad mental, aumenta el reconocimiento de la sintomatología aunque no logra disminuir la atribución social que se le da a las enfermedades mentales graves; un estudio encontró que el 73% de los familiares encuestados

reconocían un caso clínico presentado como esquizofrenia, frente a un 21% de la población general. La necesidad de no solo llevar información a la población sino al personal de salud es imperiosa; al estudiar los factores causales más frecuentemente asociados a esquizofrenia por psiquiatras y enfermeros, se han reportado a los factores hereditarios, el estrés y los conflictos familiares principalmente, mientras que aquéllos más frecuentemente mencionados por los familiares eran el estrés, traumas y rupturas de pareja. Los enfermeros tenían opiniones similares a los psiquiatras respecto a la capacidad de los pacientes para trabajar igual que otras personas, y la imputabilidad en caso de cometer actos ilegales, mientras que sus opiniones eran similares a las de los familiares en cuanto a la impredecibilidad de las personas con esquizofrenia y a sus derechos políticos. Diferían significativamente de las opiniones de psiquiatras y familiares en cuanto al reconocimiento de los “derechos” afectivos de estos pacientes (22 y 38). Otros estudios exploraron los factores que influyen sobre las actitudes de los profesionales de enfermería de un hospital psiquiátrico y su implicación en el cuidado de personas con enfermedad mental. Los resultados mostraron que los profesionales con alguna de las siguientes características mostraban una actitud significativamente positiva: edad comprendida entre 31 y 50 años, calificación profesional avanzada, o más de 10 años de experiencia profesional en el ámbito psiquiátrico (23).

La integración de los servicios de salud mental en atención primaria, es una de las estrategias fundamentales que espera ofrecer varias ventajas para

los consumidores de servicios; lejos del lugar que tradicionalmente ha ocupado la psiquiatría, casi completamente al margen de las ciencias médicas y considerada en ocasiones por los médicos no psiquiatras como un área vaga, llena de cualidades esotéricas, poco confiable, lo que se traduce muy a menudo, en actitudes de rechazo así como incompreensión a los pacientes que muestran esta clase de sintomatología (1, 39 y 40).

Por otro lado, popularmente se ha arraigado la creencia de que los psiquiatras son “médicos diferentes”, contagiados por alguna de las patologías de sus pacientes y ridiculizados en dibujos caricaturescos que los colocan solo como entes empíricos. Este problema se ve agravado ya que la psiquiatría, no se incluye como asignatura obligatoria en las escuelas de medicina de México, lo que muestra que a diferencia de otros países, en el nuestro se tiene un rezago en la información y la formación de los médicos generales. Otros estudios han tenido como objetivos la educación de estudiantes de medicina, enfermeras y médicos en ejercicio de su profesión y han demostrado mejora de las actitudes mostradas para con la enfermedad mental (19, 24 y 25).

Existe una vertiente que estudia la modificación de las actitudes negativas ante la enfermedad mental, basada simplemente en el contacto directo entre los diferentes servicios de salud y su personal (médicos de las diferentes especialidades, enfermeras, personal administrativo) (24).

Los jóvenes menores de 15 años, representan el 30% de la población en América Latina y el Caribe y más del 40% en países como Guatemala y Belice (26).

Si se considera que la prevalencia de los trastornos mentales en niños y jóvenes de América Latina y del Caribe es de 20%, como estimación cruda y conservadora, por lo menos existen 53 millones de niños y adolescentes que requieren atención en salud mental en esta región (11).

En México, existen pocos hospitales pediátricos que cuenten con un grupo especializado en el área de psiquiatría infantil y del adolescente, dejando de lado las necesidades de tratamiento y mejora en el pronóstico de los pacientes que en estos se atienden, esto sin contar que no existe prácticamente ningún hospital pediátrico que incluya dentro de sus camas para tratamiento hospitalario una zona asignada para pacientes que padezcan esta clase de patologías.

No existen estudios que hayan evaluado previamente la actitud hacia la enfermedad mental en hospitales pediátricos, lo que daría lugar al presente un parteaguas, para la generación de datos que posibiliten la creación de políticas en salud que se basen en los principios de la ética médica, la bioética y la definición de la Organización Mundial de la Salud del término salud, como el completo bienestar físico, psíquico y social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reto de la atención de los enfermos mentales es muy grande, cabe citar que el antes secretario de salud nacional, el Dr. Julio Frenk y su equipo, estimaron que en México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cinco de las diez enfermedades más discapacitantes, son psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo). Se espera que en un futuro próximo el número de afectados por dichos padecimientos se incremente por la participación de factores culturales como la pobreza, la dificultad para acceder a los servicios de salud apropiados, la violencia que impera en el país, así como la alta prevalencia y la disponibilidad de las drogas de recreación (11, 41 y 42)

Trabajos previos como los realizados por López y su equipo, en relación con los problemas que presentan los programas de salud en esta área, mostraban que el conjunto de actitudes sociales negativas hacia un grupo y/o personas que lo componen, muestra distintas intensidades y matices, y se detecta en una parte importante de la población, en donde se incorporan una triple dimensión: cognitiva, afectiva y conductual. Se destacan los términos “estereotipo”, “prejuicio” y “discriminación” como un ejemplo claro de dichas concepciones culturales, cada una de ellas con el peso suficiente para intervenir en el tratamiento de la enfermedad mental (27).

Otros problemas que se pueden encontrar, son la serie de consecuencias objetivas, directas e indirectas, que tienen también formas de anclaje institucional y determinan en conjunto, distintos tipos de discriminación efectiva hacia dichas personas; y una serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quienes lo padecen, bajo el término autoestigma. El término autoestigma incluye la interiorización de las imágenes sociales negativas, la disminución del autoestima y otras formas de “repliegue” personal frente a la discriminación (27).

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio de colaboración en la década de 1980 para evaluar los resultados de la aplicación de programas educativos en salud mental en siete países. Estos estudios han demostrado un efecto positivo en la actitud y el conocimiento de la comunidad y el personal de estos países, incluso 18 a 24 meses después de la intervención (28). Sin embargo, el diseño y la implementación del programa de integración no ha sido el mismo en todos los países, por lo tanto, cualquier intento de realizar un análisis secundario de datos debe ser realizado ya sea en un solo país o en países con programas similares.

Es en este punto en donde tuvo cabida este estudio, que por objetivo no llevaba la intención de desnudar las carencias tecnológicas, teóricas y clínicas de los sistemas de salud, sino bien fue un gran esfuerzo para colocar los servicios de salud mental más cerca de quienes lo necesitan.

La evaluación de la actitud hacia la enfermedad mental tiene como objetivo la creación de políticas en salud como una de las estrategias fundamentales que espera ofrecer ventajas a sus consumidores tales como: a) una reducción del estigma, b) la mejora del acceso a la atención, c) reducir la cronicidad y la pobre integración social y d) ofrecer servicios más compatibles con una mejor protección de los derechos humanos (10). El conocimiento y la actitud de la comunidad y de los trabajadores de la salud son factores importantes que podrían jugar un papel en la exitosa implementación de programas destinados a la salud mental (10). Se ha demostrado que un adecuado conocimiento y una actitud positiva de la población hacia los pacientes con trastornos mentales podrían ayudar a reducir el estigma. Los trabajadores de la salud podrían detectar mejor a los pacientes con trastornos mentales, siempre que lleven una actitud positiva hacia ellos (10); de lo contrario, pueden surgir problemas en la aplicación de dichos programas, lo que va en total decremento de la calidad de atención que se pretende otorgar a los usuarios (29).

El rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad que se tienen del sujeto, influenciado por variables socio demográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de la comunidad. A medida que los sujetos adquieren más educación y jerarquía ocupacional manifiestan una actitud más favorable hacia el enfermo mental (24).

Los hospitales pediátricos no se escapan de esta clase de pensamiento y por mucho las enfermedades psiquiátricas de aparición en la infancia, podrían ser determinantes para el desarrollo de los que la padecen.

JUSTIFICACIÓN

TRASCENDENCIA

Las nuevas técnicas de estudio, el progreso tecnológico y los avances en las neurociencias han mostrado que la antigua visión de la enfermedad mental, en donde era explicada como resultado de una pérdida de moral o en prejuicios de la sociedad, hoy resulta obsoleta para el tratamiento eficaz de dichas patologías. La generación de nuevas alternativas farmacológicas y terapéuticas ha mejorado la posibilidad de reintegración y el funcionamiento psicosocial de los pacientes que padecen una enfermedad mental. Esto para México, aún se encuentra alejado, ya que la percepción cultural del paciente así como del profesional de la salud mental retrasa con mucho el tratamiento y en ocasiones por completo lo impide.

MAGNITUD

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, en el año 2003 mostró que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos psiquiátricos que se incluyen en la Clasificación Internacional de Enfermedades, alguna vez en su vida; el 13.9% lo reportó en los últimos 12

meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los tipos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad 14.3% alguna vez en la vida, seguidos por los trastornos por uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos 9.1% (30).

Los estudios de epidemiología psiquiátrica en población infanto-juvenil en América Latina y en especial en México son escasos y poco comparables en cuanto a los instrumentos de medición, los rangos de edad utilizados en cada uno, la fuente de información. A groso modo para el año 2000, en México la prevalencia de cualquier trastorno actual en la edad escolar varía de 12.7% a 15% mientras la prevalencia en los últimos 12 meses varía de 8.5% con un trastorno grave a 39.5% con cualquier trastorno, entre ellos las fobias, aunque podrían ser transitorias. (11). Los grupos de trastornos más frecuentes son los de ansiedad y de conducta en edades más tempranas mientras que las adolescentes tienden a presentar mayor incidencia de depresión y de ansiedad, y los varones pre púberes mayores tasas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial y oposicionista desafiante (31).

VULNERABILIDAD

Por su diseño de estudio transversal descriptivo no fue posible la realización de relaciones causales entre la actitud hacia la enfermedad mental y los resultados en otras variables. Esta investigación estuvo basada en una escala tipo Likert la cual a pesar de ser la mejor herramienta para la evaluación de respuestas que pueden derivarse de un continuo, puede junto al tiempo necesario para su realización (20-25 minutos) y debido a que se aplicó durante

la jornada laboral haber disminuido el número de personas que completaron el instrumento. Otra debilidad importante es que solo se tomó al grupo médico de base, eventual y de confianza para la realización de los análisis y la aplicación de las encuestas lo que delimita al grupo becario que es una parte importante de la plantilla de dicho hospital.

FACTIBILIDAD

Al ser un estudio transversal descriptivo, o también llamado de encuesta, y la forma en que se recabaron los datos, no generó mayor dificultad para su realización, aunado a que no se realizaron maniobras de experimentales ni se necesitaron recursos avanzados o específicos de gran costo lo que lo hizo totalmente factible.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la actitud hacia la enfermedad mental del grupo médico de la Unidad Médica de Alta Especialidad en Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la relación existente entre escolaridad definida por el grado máximo de estudio y la actitud del grupo médico hacia la enfermedad mental en el Hospital de Pediatría.

Describir la relación existente entre genero y la actitud del grupo médico hacia la enfermedad mental en el Hospital de Pediatría.

Describir la relación existente entre turno laborado y la actitud del grupo médico hacia la enfermedad mental en el Hospital de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, observacional, transversal.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Personal médico de base, eventual y de confianza que aceptarán responder una encuesta de manera anónima. Previamente se informará de las

finalidades del estudio, así como la colaboración voluntaria, garantizando la confidencialidad y anonimato.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

“Escala de actitudes hacia la enfermedad mental”, de la autora Dorina Stefani, la cual se integra de 59 reactivos, tipo Likert de 5 puntos que va desde -2 a +2. Siendo -2 totalmente en desacuerdo y +2 totalmente de acuerdo. Los ítems evalúan conductas tanto positivas como negativas hacia la enfermedad mental siguiendo la técnica de “intervalos sucesivos” de Thurstone.

La escala de actitudes hacia la enfermedad mental desde la perspectiva de Thurstone representa opiniones, las cuales simbolizan una actitud. Los reactivos incluidos en la escala siguieron dos criterios básicos, cubrir el continuo “desfavorable-favorable” y que el desvío estándar fuera mínimo; también se considero que los valores escalares de los ítems fueran invariantes con respecto a las variables de edad y sexo de los sujetos. Tiene una alfa de Cronbach de 0.84 lo que le da una alta consistencia interna (7).

Se reporta la suma aritmética de los 59 reactivos que forman parte de la escala de actitud hacia la enfermedad mental. Se realizó un análisis factorial de las dimensiones que mide el instrumento los cuales son: Factor 1 Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal; Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica; Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario; Factor 4 Estigma social vs estima social y Factor 5 Culpabilidad del enfermo mental. También se hizo un análisis de la versión reducida de la escala de actitud hacia la enfermedad mental que consta

de 35 reactivos, tomando la puntuación total y la obtenida en los cinco factores de los que consta el instrumento. Se eliminaron los reactivos 47, 33, 4 y 24 por presentar un alfa de Cronbach muy baja, lo que disminuía la consistencia del factor al que pertenecía (1, 2, 3 y 4 respectivamente), por lo que los promedios reportados y la calificación total, son resultado de los 31 reactivos restantes, distribuyéndose de la siguiente manera: el Factor 1 Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal quedo integrado por los reactivos 18, 27, 36, 37, 38, 41, 43, 46, 48, 54 y 55; el Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica por los reactivos 12, 23, 31, 39, 40, 50, 52 y 59; el Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario por 3, 5, 14 y 53; el Factor 4 Estigma social vs estima social por 13, 29, 30, 45 y 49; el Factor 5 Culpabilidad del enfermo mental por 19, 20, 34. (32). Al excluir a los reactivos antes mencionados, la consistencia de los factores fue de 0.70 para el factor 1, 0.64 para el 2, 0.52, 0.48 y 0.62 sucesivamente. Se mostró una alfa de Cronbach 0.82, para los 31 ítems restantes, lo que denota al instrumento como altamente consistente para la calificación total.

MUESTRA

Se requirió un mínimo de 89 médicos

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{2\alpha} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{2\alpha} * p * q}$$

Donde:

N= Población total (157 Médicos) $Z_{2\alpha} = (1.96)^2$

p= proporción esperada (5%)

q= 1-p (95%)

d= precisión (3%)

$$n = \frac{(157)(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.03)^2(157 - 1) + (1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{(157)(3.84)(0.05)(0.95)}{(0.0009)(182) + (3.84)(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{33.37}{0.16 + 0.18}$$

$$n = \frac{33.37}{0.34}$$

$$n = 89$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión: Personal Médico de las diferentes áreas de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, de cualquier turno, categoría de base o eventual y que aceptó participar de manera verbal.

Exclusión: Personal no médico, becarios así como aquellos con diagnóstico o que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico.

Eliminación: Personal Médico que no se localizó, aquellos que se negaron a participar o pidieron ser excluidos del estudio o bien no hayan contestado la más del 95% de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental, o no la hayan regresado antes del cierre de período de recolección.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Definición: Conjunto de conductas tanto positivas como negativas así como pensamientos que se tienen hacia la enfermedad mental.

Operacionalización: Resultado de la aplicación de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental con una validez de constructo y una consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.84 para los 59 ítems y 0.82 para la

versión reducida de 31 ítems. Con puntos de corte para definir una excelente actitud (100), buena actitud (80) y mala actitud (60 o menos).

Escala de medición: cualitativa ordinal.

Indicador:

Puntaje total 295 = 100 = Excelente actitud hacia la enfermedad mental.

265 = 90 = Muy buena actitud hacia la enfermedad mental.

236 = 80 = Buena actitud hacia la enfermedad mental.

206 = 70 = Regular actitud hacia la enfermedad mental.

177 = 60 o menos = Mala actitud hacia la enfermedad mental.

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

Definición: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años, meses y días.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico y se expresara en años cumplidos.

Escala de medición: cuantitativa continua.

Indicador:

Años de vida.

GÉNERO

Definición: Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta las características fenotípicas, anatómicas y cromosómicas.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico y se expresara como género masculino o femenino

Escala de medición: cualitativa nominal.

Indicador:

1.- Masculino. 2.- Femenino.

NIVEL DE MAXIMO DE ESCOLARIDAD

Definición: Grado o nivel en profesión médica al momento del estudio.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Indicador:

Especialidad, Subespecialidad, Maestría ó Doctorado

SERVICIO HOSPITALARIO

Definición: área de especialización dentro de la Institución Médica donde desarrolla sus labores cotidianas.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Indicador:

Nombre del Servicio.

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Definición: El tiempo durante el cual se prestaron o se continúan prestando los servicios.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

Escala de medición: Cuantitativa continúa.

Indicador:

Años laborados.

TURNO LABORAL EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Definición: El tiempo durante el cual se labora.

Operacionalización: Se obtendrá mediante la aplicación de cuestionario al personal médico.

Escala de medición: cualitativa nominal

Indicador:

Matutino

Vespertino

Nocturno

Horario variable

PROCEDIMIENTO

Este protocolo se presentó al Comité de Ética e Investigación de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, correspondiente a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, siguiendo los lineamientos estipulados.

Se solicitó al área de recursos humanos la lista total de médicos adscritos, médicos de base, eventuales y de confianza del Hospital de Pediatría.

Se realizó una invitación por cada servicio desde las dirigencias, para el llenado del cuestionario de estudio.

Se aplicó la Escala “Actitud hacia la Enfermedad Mental”, al personal médico de base, eventual y de confianza, de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, el cual cuenta con los servicios de pediatría, cirugía pediátrica, medicina interna pediátrica, urgencias pediátricas, nefrología pediátrica, neurología pediátrica,

neurocirugía pediátrica, gastroenterología pediátrica, unidad de terapia intensiva pediátrica, unidad de quemados. Los cuestionarios se administraron de manera personal a los participantes por parte del propio investigador en un tiempo, tomando en cuenta que no se realizó ninguna maniobra para la sensibilización o la educación de la población.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para las variables ordinales, utilizando medias y desviación estándar.

La escolaridad se clasificó en 4 categorías según el nivel máximo de estudios: especialidad, sub especialidad, maestría y doctorado. La comparación de la actitud dependiente del género y la escolaridad se llevó a cabo mediante estadística no paramétrica.

En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas categóricas. Para el análisis inferencial se utilizó χ^2 para evaluar la diferencia de la actitud hacia la enfermedad mental. Se consideró significancia estadística una $p < 0.05$. Los datos recabados fueron capturados en el paquete estadístico: Statistical Package for Social Sciences para MAC (SPSS versión 21.0). Chicago II.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación, cumple con los principios de ética de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud, conforme a los Artículos 13, 14, 20, 21 y 22, del Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Está clasificado como estudio I de riesgo que no incluye riesgo extra por ser un estudio descriptivo. Se realizó aplicación directa del instrumento de medición que por su carácter anónimo no necesita firmar consentimiento bajo información. El estudio se apega a los principios generales de investigación establecidos en la reunión de Helsinki Finlandia. El protocolo fue aceptado por el Comité Local de Investigación en salud.

Esta investigación de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación es considerado como una investigación sin riesgo:

“I. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Esta escala se aplico de manera anónima por lo que el único identificador era el folio mismo de la encuesta. Al no incluir un diagnóstico la necesidad de identificación de posibles casos no existía. La participación en

este protocolo fue totalmente voluntaria y anónima por lo que no presentaba ninguna repercusión laboral para los médicos la negativa de participación.

El protocolo fue aceptado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1302 con número de registro R-2015-1302-30, con fecha del 3 de julio del 2015.

RECURSOS

INFRAESTRUCTURA

Se contó con las instalaciones del Hospital de Pediatría así como con una vasta plantilla de médicos de base, confianza y eventuales, lo que posibilitó la realización de este estudio; además con la participación de recursos humanos como un médico asesor: quien fue el encargado de las revisiones periódicas y correcciones durante el tiempo estipulado para la realización del protocolo de estudio.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

El departamento de Salud Mental, Psiquiatría y Psicología del Hospital de Pediatría tiene más de 20 años de experiencia en la valoración de salud mental en los pacientes hospitalizados, además desde hace 6 años se ha convertido en un referente en la psiquiatría infantil y del adolescente a nivel nacional convirtiéndose en una de las cuatro sedes a en el país que ofrecen una especialización en dicha área para médicos especialistas en Psiquiatría.

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

El Hospital contó con un auditorio que cumple con las condiciones para la aplicación del instrumento de medición de Actitud hacia la enfermedad mental seleccionado para este protocolo de investigación, en los diferentes turnos. La captura y análisis de los datos, se realizó en el área de la residencia de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. El investigador costeo bolígrafos, lapicero, hojas blancas, fotocopias, así como la utilización de equipo de cómputo portátil.

Cuadro 1: Recursos físicos y materiales utilizados durante la evaluación de la actitud hacia la enfermedad mental en el Hospital de Pediatría

Gasto de Inversión	Especificación	Costo
Equipo de computo	MacBook Pro	\$25,000.00
Accesorios, materiales y útiles diversos	Bolígrafos (2)	\$ 20.00
	Lapicero (1)	\$ 15.00
	Paquete de hojas blancas (1)	\$ 120.00
	Tóner de impresora SAMSUNG(1)	\$ 1200.00
	Fotocopias (200)	\$ 60.00
Difusión de los resultados de investigación	Empastado	\$1,200.00
TOTAL		\$7,814.00

CRONOGRAMA

Cuadro 2: Cronograma de actividades protocolo Actitud Hacia la Enfermedad Mental en el Hospital de Pediatría

Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Finalización de protocolo detallado	*****				
Presentación del protocolo a revisores Y comité de investigación IMSS			*****		
Solicitud de apoyo a autoridades correspondientes para la aplicación del instrumento de manera colectiva			*****		
Aplicación del instrumento de evaluación de forma colectiva en los tres turnos					*****
Recopilación de la información					*****
Vaciado y procesamiento de los datos					*****
Análisis de los resultados					*****
Presentación de resultados					*****
Protocolo de tesis Finalizado			*****		

RESULTADOS

Se proporcionaron 130 cuestionarios autoaplicables de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental, teniendo un índice de recuperación del 70.7% (92) con los que se llevó acabo el análisis de datos (Cuadro 3).

Cuadro 3: Índice de respuesta del instrumento de medición de la Actitud Hacia la Enfermedad Mental en el Hospital de Pediatría

	Muestra Aplicadas/Recuperadas/Analizadas
Total de encuestas	130/92/92
índice de respuesta	70.7%

En el índice de distribución por servicios se observo que Pediatría médica, Urgencias y Paidopsiquiatría fueron los servicios de mayor participación con 8, 6 y 4 instrumentos completos (8.69, 6.52 y 4.34 % respectivamente) (Cuadro 4).

Cuadro 4: Características de la muestra de médicos por servicio en los que se aplicó la escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental

Servicio	Muestra n (%)	Servicio	Muestra n (%)
Cardiología	3 (3.26)	Fomento a la salud	1 (1.08)
Paidopsiquiatría	4 (4.34)	Neumología	1 (1.08)
Urgencias	6 (6.52)	UCIN	1 (1.08)
Dirección Médica	1 (1.08)	Cirugía pediátrica	3 (3.26)
Dirección Quirúrgica	1 (1.08)	Pediatría médica	8 (8.69)
Radiología	2 (2.17)	Enseñanza	1 (1.08)
Endocrinología	1 (1.08)	Investigación	1 (1.08)
Cirugía maxilofacial	1 (1.08)	Hematología	1 (1.08)
Traumatología y ortopedia	3 (3.26)	Urología	1 (1.08)
Medicina Física y de Rehabilitación	1 (1.08)	Nefrología	1 (1.08)
Neurología	2 (2.17)	Inmunología	1 (1.08)
Neurocirugía	1 (1.08)	Oftalmología	2 (2.17)
Cirugía Plástica	1 (1.08)	Cardiocirugía	1 (1.08)
Quemados	1 (1.08)	No especificados	41 (44)

La muestra final estuvo compuesta por 50 participantes del género masculino (54.3%) 38 del género femenino (41.3%) y 4 personas no especificaron su género en la encuesta (4.3%). Estuvo compuesta por 32 participantes especialistas, 44 sub especialistas, 10 maestros y 3 doctores (34.8, 47.8, 10.9, 3.3 respectivamente) y 3 personas no especificaron su grado máximo de estudio (3.3%). La edad mínima fue de 30 años y una máxima de 59 años. La distribución por turno quedó de la siguiente manera, matutino con 48

participantes (52.2%), vespertino 11 (12%), nocturno 6 (6.5%), variable 16 (17.4%) y no especificado 11 (12%). (Cuadro 3).

Cuadro 5: Características de la muestra de médicos en los que se aplicó la escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental por género, escolaridad, turno y años laborados.

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Género	Masculino	Femenino	No especificado		
	50 (54.3)	38 (41.3)	4 (4.3)		
Escolaridad	Especialidad	Sub especialidad	Maestría	Doctorado	No especificado
	32 (34.8)	44 (47.8)	10 (10.9)	3 (3.3)	3 (3.3)
Turno	Matutino	Vespertino	Nocturno	Variable	No especificado
	48 (52.2)	11 (12)	6 (6.5)	16 (17.4)	11 (12)
Edad	Mínima	Máxima	Media	DE	
	30	59	46.48	7.93	
Años laborados	3	27	16.43	6.67	

La distribución por género y especialidad médica así como género y turno se especifican en el cuadro 6.

Cuadro 6: Características de la muestra de médicos en los que se aplicó la escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental relación por género-escolaridad, y género-turno.

Género		% (n)
No especificado	Subespecialidad	25.0 (1)
	No especificado	75.0 (3)
Masculino	Especialidad	28 (14)
	Subespecialidad	62 (31)
	Maestría	4 (2)
	Doctorado	6 (3)
	Total	50
Femenino	Especialidad	47.4 (18)
	Subespecialidad	31.6 (12)
	Maestría	21.1 (8)
	Total	38
No especificado	Vespertino	25 (1)
	No especificado	75.0 (3)
Masculino	Matutino	48 (24)
	Vespertino	14 (7)
	Nocturno	6 (3)
	Variable	16 (8)
	No especificado	16 (8)
	Total	50
Femenino	Matutino	63.2 (24)
	Vespertino	7.9 (3)
	Nocturno	7.9 (3)
	Variable	21.1 (8)
	No especificado	0
	Total	38

Se reporta la suma aritmética de los 59 reactivos que forman parte de la escala de actitud hacia la enfermedad mental y se da una calificación de 0 a 100 según los parámetros del instrumentos en donde cualquier valor por debajo de 60 presenta un significado relacionado con una mala actitud hacia la enfermedad mental; la población total de este estudio presento una calificación total del instrumento de 51 ubicándose en un parámetro de mala actitud ante la enfermedad mental.

Cuadro 7: Calificación de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental del Grupo Médico del Hospital de Pediatría

Actitud hacia la enfermedad mental del grupo médico	51 *
	* Escala de 0 a 100, en donde 100 es igual a una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud

Se realizó un análisis factorial de las dimensiones que mide el instrumento los cuales son: Factor 1 Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal; Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica; Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario; Factor 4 Estigma social vs estima social y Factor 5 Culpabilidad del enfermo mental en donde se observó que la población general estudiada obtuvo calificación total de 60.6, 45.6, 36.1, 67.5 y 34.6 respectivamente para cada factor, con un valor promedio de 48.8 para el análisis factorial lo que nos deja ver que se tiene una muy mala actitud hacia la enfermedad mental y remarcar que en tres factores se obtuvieron calificaciones reprobatorias como lo son los

factores que hablan de la desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica, custodia autoritaria vs tratamiento humanitario y sobre la culpabilidad del enfermo mental hacia el proceso de enfermar (Cuadro 6).

Cuadro 8: Resultados del análisis factorial de la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental del Grupo Médico del Hospital de Pediatría

Factor	ME	Escala 0-100
Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal	3.03	60.6
Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica	2.28	45.6
Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario	1.80	36.1
Estigma social vs estima social	3.37	67.5
Culpabilidad del enfermo mental	1.73	34.6
Actitud total	2.44	48.8
ME: Media	* Escala de 0 a 100, en donde 100 es igual a una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud	

También se hizo un análisis de la versión reducida de la escala de actitud hacia la enfermedad mental que consta de 35 reactivos, tomando la puntuación total y la obtenida en los cinco factores de los que consta el instrumento. Se eliminaron los reactivos 47, 33, 4 y 24 por presentar un alfa de Cronbach muy baja, lo que disminuía la consistencia del factor al que pertenecía (1, 2, 3 y 4 respectivamente), por lo que los promedios reportados y

la calificación total, son resultado de los 31 reactivos restantes, distribuyéndose de la siguiente manera: el Factor 1 Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal quedo integrado por los reactivos 18, 27, 36, 37, 38, 41, 43, 46, 48, 54 y 55; el Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica por los reactivos 12, 23, 31, 39, 40, 50, 52 y 59; el Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario por 3, 5, 14 y 53; el Factor 4 Estigma social vs estima social por 13, 29, 30, 45 y 49; el Factor 5 Culpabilidad del enfermo mental por 19, 20, 34. (Stefani, 1983). Al excluir a los reactivos antes mencionados, la consistencia de los factores fue de 0.70 para el factor 1, 0.64 para el 2, 0.52, 0.48 y 0.62 sucesivamente. Se mostró una alfa de Cronbach 0.82, para los 31 ítems restantes, lo que denota al instrumento como altamente consistente para la calificación total.

No se encontraron diferencias estadísticas al analizar por género, escolaridad máxima, o turno laborado, sin embargo el común denominador es la calificación reprobatoria tanto para hombres y mujeres, para cualquier nivel de escolaridad así como para cualquier turno laborado de los tres factores antes descritos (Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica; Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario y Factor 5 Culpabilidad del enfermo mental). (Cuadro 7-8-9).

Cuadro 9: Resultados del análisis factorial de la la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental por género del Grupo Médico del Hospital de Pediatría

Factor	Masculino		Femenino		Valor (p)
	ME	Escala 0-100	ME	Escala 0-100	
Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal	3.03	60.6	3.07	61.4	0.46
Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica	2.32	46.4	2.22	44.4	0.36
Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario	1.86	37.3	1.69	33.8	0.62
Estigma social vs estima social	3.37	67.4	3.46	69.2	0.32
Culpabilidad del enfermo mental	1.76	35.3	1.56	31.2	0.40
Actitud total	2.46	49.2	2.40	48.0	0.43
ME: Media	* Escala de 0 a 100, en donde 100 es igual a una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud				

Cuadro 10: Resultados del análisis factorial de la la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental por escolaridad del Grupo Médico del Hospital de Pediatría

Factor	Especialidad		Sub especialidad		Maestría		Doctorado		Valor (p)
	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	
Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal	2.83	56.6	2.71	54.2	2.68	53.6	2.89	57.8	0.36
Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica	2.13	42.6	2.45	49.0	2.13	42.6	1.82	36.4	0.31
Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario	1.67	33.4	1.85	37.0	1.75	35.0	1.49	29.8	0.34
Estigma social vs estima social	3.32	66.4	3.36	67.2	3.54	70.8	3.59	71.8	0.37
Culpabilidad del enfermo mental	1.49	29.8	1.74	34.8	1.73	34.6	1.22	24.4	0.58
Actitud total	2.28	45.6	2.42	48.4	2.36	47.2	2.20	44.0	0.39
ME: Media	* Escala de 0 a 100, en donde 100 es igual a una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud								

Cuadro 11: Resultados del análisis factorial de la la Escala de Actitud Hacia la Enfermedad Mental por turno laborado del Grupo Médico del Hospital de Pediatría

Cuadro 9: Resultados por análisis de factores por turno laborado									
Factor	Matutino		Vespertino		Nocturno		Variable		Valor (p)
	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	ME	Esc. 0-100	
Semejanzas percibidas entre el enfermo mental y la gente normal	3.10	62.0	2.88	57.6	3.33	66.6	2.83	56.6	0.29
Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica	2.17	43.4	2.41	48.2	1.97	39.4	2.31	46.2	0.31
Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario	1.73	34.6	1.90	38.0	1.70	34.0	1.73	34.6	0.28
Estigma social vs estima social	3.52	70.4	3.32	66.4	3.51	70.2	3.23	64.6	0.50
Culpabilidad del enfermo mental	1.61	32.2	1.57	31.4	1.49	29.8	1.58	31.6	0.68
Actitud total	2.42	48.4	2.41	48.2	2.40	48.0	2.33	46.6	0.41
ME: Media	* Escala de 0 a 100, en donde 100 es igual a una excelente actitud hacia la enfermedad mental y 60 o menos una mala actitud								

DISCUSIÓN

No existen estudios que evalúen la Actitud Hacia la Enfermedad Mental en México, poco se ha escrito al respecto, se han tomado y estudiado a fondo el proceso de estigmatización y autoestigma para su análisis, sin embargo no así el de actitud. Cabe destacar que un estudio de actitudes desde la perspectiva de Thurstone representa no solo opiniones, sino simbolizaciones y que a su vez se ven traducidas en conductas. Comparado con lo encontrado en otros países, por ejemplo, desde 1982, Lawson y Kahn de manera propositiva estudiaron la actitud hacia la enfermedad mental en pacientes México-Americanos comparándolos con países Europeos demostraron la influencia de las asociaciones y los contextos sociales que se le dan a la enfermedad mental. (14, 33 y 34).

Es peligroso y al mismo tiempo alarmante lo encontrado por este estudio ya que la Actitud Hacia la Enfermedad Mental total para un grupo caracterizado por una escolaridad mínima de especialidad médica fue de 51 de un total de 100, colocándolo en una mala actitud hacia la enfermedad mental; lo anterior esta en contra de lo reportado previamente por otros autores, los que mencionan entre mayor escolaridad, se reflejara en una mejor actitud hacia la enfermedad mental.

Durante el análisis de factores para la población total, se mostró que tres factores mostraban calificaciones reprobatorias siendo el orden de menor a mayor, el Factor 5 correspondiente a la Culpabilidad del enfermo mental, seguido del Factor 3 Custodia autoritaria vs tratamiento humanitario y por último el Factor 2 Desesperanza respecto de la curación de la patología psiquiátrica, esto es realmente alarmante ya que al tratarse de una población de médicos se hipotetizaba una buena actitud y no solo no fue cumplida esta hipótesis sino que la calificación obtenida en estos tres factores nos habla de la trascendencia de los valores y los conceptos culturales hacia la salud mental.

El análisis de factores en la comparación de género, escolaridad y turno laborado no arrojó valores estadísticamente significativos por lo que desde esta óptica no existen diferencias entre los grupos y todos ellos mantuvieron la tendencia antes descrita, calificaciones reprobatorias en los factores 2, 3 y 5.

El factor que durante todo el estudio estuvo obteniendo los mayores puntajes fue el cuarto correspondiente al Estigma social vs estima social sin embargo nunca sobrepasó el nivel de regular actitud hacia la enfermedad mental, tomando la variable que sea, desde el grupo total, género, escolaridad o turno.

Las variables a evaluar en este estudio no fueron significativas sobre la actitud hacia la enfermedad mental por lo que la diferencia de género,

escolaridad, turno, no explican por si solos la relación que existe de la mala actitud hacia la enfermedad mental de este grupo.

CONCLUSIONES

Existe una mala actitud hacia la enfermedad mental por parte del personal médico en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente medida por el instrumento utilizado.

El género, la escolaridad y el turno, no fueron estadísticamente significativas por lo que no explican la mala actitud mostrada por lo que otros factores deben evaluarse tales como la comorbilidad con psicopatología, el burnout, el nivel de conocimiento de la enfermedad mental y el estigma social presente en los médicos.

Existe una necesidad imperiosa de la implementación de acciones que pudieran modificar la actitud hacia la enfermedad mental de manera positiva como la estructuración y ejecución de programas de educación en salud mental como el PRECEDE que podría ser una alternativa viable y facilitar la modificación de manera positiva hacia la enfermedad mental (19 y 43).

Este trabajo da la pauta para la realización de mejoras en el nivel educativo y en la formación de los profesionales de la salud, ya que como la OMS lo menciona en su reporte del 2003, 2007 dedicados a la salud mental, el impacto sobre las actitudes del personal y la escolarización, modifican el tiempo

de diagnóstico, permiten un tratamiento oportuno, con un mejor pronóstico y una mayor posibilidad de rehabilitación y reinserción laboral (10).

Es importante dar a conocer los resultados a las autoridades correspondientes para la promoción y generación de programas nacionales destinados a la educación en salud mental, lo cual tendrá un impacto sumamente importante en los gastos generados por la patología mental, derivados no solo de la propia enfermedad que por demás presenta un curso tortuoso, sino también de la pérdida de la funcionalidad que provoca e incluso tendría especial relevancia en la imagen y la definición cultural del enfermo mental, lo que modificaría la estructura de pensamiento de la sociedad, el autoestigma, el estigma, así como las actitudes propias del personal de salud.

Todo lo anterior, tiene como base los más fundamentales derechos del hombre, la equidad, el respeto, la salud y una vida digna a este propósito cabe en este momento traer a la memoria la frase que tan celebre el Fraile de la Calavera, Fray Antonio Alcalde pronunciara a favor de los enfermos y desvalidos cuando en el siglo XVIII creó en la Nueva Galicia, el Hospital Civil que ahora lleva su nombre: *“A la humanidad doliente”*. Es a ellos a los que nos debemos y es por ellos por los que debemos trabajar.

REFERENCIAS

1. Arenas O: Evaluación de la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. En: V Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental; Barcelona España, Mayo 21-22; 2009.
2. Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire j. Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. Tijdschr Psychiatr 2011; 53(12): 885-94.
3. Rigol A, Ugalde M. Concepto de enfermedad mental a lo largo de la Historia. En: Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Segunda edición. Editorial Masson; 2006; 1-8.
4. Angermeyer M, Holzinger A, Carta M, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. Br J Psychiatry 2011 Nov; 199(5): 367-372.
5. García A, De las Cuevas C, Gonzalez J, Henry M. Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica. An Psiquiatría Madrid 1990; 6(4): 167-170.
6. Thurstone L. The measurements of attitudes: a psychological method and some experiments with a Scale for measuring attitude towards the church. Press 1937; 1(1): 6-7.
7. Stefani D. Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. Acta psiquiát. psicol. Amér. lat 1977; 23(1): 202-207.
8. WHO: World Health Report 2001 Mental health: New understanding, new hope Geneva: 2001.
9. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Aten Primaria 2004; 33(9): 491-495.
10. WHO: Integrating mental health services into primary health care. Geneva: World Health Organization; 2007.
11. Benjet C, Medina-Mora M, Borges G, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S: Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the

Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50:386–395.

12. Anderson E. The changing attitude of society to mental illness. *Med Leg J* 1952; 20(3): 109-21.
13. Struening E, Cohen J: Factorial invariance and other psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. *Perceptual and Psychological Measurement* 1963; 23(1): 289-298.
14. Lawson H, Kahn M, Heiman E. Psychopathology, treatment outcome and attitude toward mental illness in Mexican American and European patients. *Int J Soc Psychiatry* 1982; 28(1): 20-26.
15. Kelly B, Raphael B, Byrne G. The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: students' attitudes to psychiatry and the evaluation of clinical competency. *Med Teach* 1991; 13(1): 77-87.
16. Beccle H: Changes in attitude towards mental illness. *Med Leg J* 1964; 32(1): 151-63.
17. Kumakura N, Ito H, ET AL: Attitude change towards mental illness during nursing education--a cross-cultural study of student nurses in Korea, Republic of China and Japan. *Asia Pac J Public Health* 1992-1993; 6(3): 120-125.
18. Kuhnigk O, Hofmann M, Böthern a, Haufs C, Bullinger M, ET AL. Influence of educational programs on attitudes of medical students towards psychiatry: Effects of psychiatric experience, gender, and personality dimensions. *Med Teach* 2009; 31(7): 303-310.
19. Moshki M, Atarodi B, Moslem A, et al. Applying an Educational-participatory Program based on the PRECEDE Model for Promoting Self-esteem and Mental Health of Students in Iran. *Int J Prev Med* 2012; 3(4): 241-248.
20. Ostman M, Kjellin L: Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002; 181(6): 494-498.
21. Ertugrul A, Ulug B: Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1), 73-77.

22. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, et al: Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia: A community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(5): 410-416.
23. Tay S, Pariyasami S, Ravindran K, Ali M, Rowsudden M. Nurses' attitudes toward people with mental illness in a psychiatric hospital in Singapore. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42(10): 40-47.
24. Mansouri N, Gharaee B, Shariast S, Bolhari J, Yousefi R, et al. The change in attitude and knowledge of health care personnel and general population following trainings provided during integration of mental health in Primary Health Care in Iran: a systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2009; 3(1): 3-15.
25. Sen R. A study on attitude of college teachers and students of Guwahati towards the mentally ill. *International Journal of Humanities and Social Science Invention* 2013; 2(1): 13-15.
26. Population Reference Bureau: 2007 World population data sheet. Washington, DC: World Population Bureau; 2007.
27. López M, Fernández L, Laviana M, et al. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2010; 30 (106), 219-248.
28. Ignacio L, De Arango M, Baltazar J, D'Arrigo M, Climent C, et al: Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: a follow-up study. *Int J of Epidemiol* 1989; 18(3): 669-673.
29. Muga F, Jenkins R: Training, attitudes and practice of district health workers in Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(6): 477-482.
30. Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, et al: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
31. Caraveo-Anduaga J: Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007; 30(1):48-55.

32. Stefani D. Estudio factorial de una escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Interdisciplinaria* 1983; 4(1): 87-107.
33. AhmeaD M, Rahhal A, Baker J. The attitudes of mental health professionals towards patients with mental illness in an inpatient setting in Palestine. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19(5): 356-362.
34. Albuixech R: El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa. *Nure Investigación* 2004; 10(1): 1-9.
35. Angermeyer M, Matschinger H: The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31(6): 321-326.
36. De las Cuevas C, Rivero A, Perestelo L, Pérez J, Serrano P. Attitudes toward concordance in psychiatry: a comparative, cross-sectional study of psychiatric patients and mental health professionals. *BMC Psychiatry* 2012; 12:53.
37. Found A, Duarte C. Attitudes to mental illness: the effects of labels and symptoms. *East Asian Arch Psychiatry* 2011; 21(3): 91-98.
38. García S: Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Publica Mex* 2002; 44(4): 289-296.
39. Johnson K, Fry C: The attitudes and practices of community managed mental health service staff in addressing physical health: Findings from a targeted online survey. *Advances in Mental Health* 2013; 11(2):163-171.
40. Kishore J, Gupta A, Jiloha R, Bantman P. Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian J Psychiatry* 2011; 53(4): 324-329.
41. Pescosolido B, Medina T, Martin J, Long J. The “backbone” of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health* 2013; 103(5): 853-860.
42. Poreddi V, Ramachandra, Reddemma K, Math S. People with mental illness and human rights: A developing countries perspective. *Indian J Psychiatry* 2013; 55(2): 117:124.

43. Salinero M, Carrillo de Santa E, Arrieta F, et al. Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health* 2011; 11:267.

ANEXO 1

Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____ Base: _____ Confianza: _____

Nos interesa conocer su opinión sobre algunos temas de salud mental. Esta encuesta es ANÓNIMA, confidencial y voluntaria. Le invitamos a responder anotando si usted está:

-2 Totalmente en desacuerdo	-1 En desacuerdo	0 Indiferente	+1 De acuerdo	+2 Totalmente de acuerdo
------------------------------------	-------------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------

1. Podría ser amigo de un enfermo mental como de cualquier otra persona.
2. Los enfermos mentales son seres egoístas.
3. En un hospital psiquiátrico, si un paciente hace algo incorrecto es obligación del médico hacerlo castigar.
4. Los hospitales psiquiátricos no deben ser vigilados por policías.
5. El enfermo mental es un ser violento.
6. Dado el tipo de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, es inútil realizar mejoras en las condiciones de las salas.
7. Un expaciente mental puede ser tan o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido una enfermedad mental.
8. Los enfermos mentales atacan de forma imprevista.
9. Los enfermos mentales son seres agresivos.
10. Es difícil reconocer a alguien que padeció una enfermedad mental grave.
11. El trato severo ni ayuda ni perjudica al enfermo mental.
12. No compartiría mi habitación con alguien que haya estado mentalmente enfermo.
13. Los enfermos mentales son seres que inspiran a la gente ganas de ayudarlos.
14. Haber sido un enfermo mental es haber fracasado en la vida.
15. La expresión de los ojos de los enfermos mentales es fría y distante.
16. Aunque las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes, son capaces de resolver problemas cotidianos.
17. Los pacientes mentales son fácilmente distinguibles por sus modales diferentes.
18. Los enfermos mentales poseen los mismos criterios morales que la mayoría de la gente normal.
19. Una persona es mentalmente enferma a causa de su baja moral.
20. El enfermo mental es el único culpable de padecer una enfermedad psiquiátrica.
21. Todos los enfermos mentales tienen fuerza de voluntad para curarse.
22. En ningún caso el enfermo mental es culpable de su enfermedad.
23. Por más enamorado/a que estuviera no me casaría con alguien que haya padecido alguna enfermedad mental grave.

24. De ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos.
25. Los hospitales psiquiátricos deben de estar en un lugar aislado para que no perturben la vida cotidiana de los ciudadanos.
26. En un hospital psiquiátrico, los pacientes que causan el más mínimo escándalo deben ser aislados.
27. Los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas especializadas útiles para la sociedad, aunque estén mentalmente muy enfermos.
28. En un hospital psiquiátrico, si un enfermero hace chistes y bromea con los pacientes, éstos le perderán el respeto.
29. Es vergonzoso para la familia tener un miembro que sea un enfermo mental.
30. En un hospital psiquiátrico, el paciente requiere un trato benévolo y comprensivo.
31. En un hospital psiquiátrico, el personal debe ser más severo con los pacientes.
32. A cualquier persona que haya estado en un hospital psiquiátrico no se le debe permitir votar.
33. A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con un ex – enfermo mental que convivir con él.
34. Las personas que permanecen mentalmente enfermas, es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse.
35. La disciplina que se aplica a los pacientes en los hospitales psiquiátricos debe ser muy severa.
36. Los enfermos mentales son capaces de una amistad real.
37. Los enfermos mentales no tienen expresiones en su cara que los haga diferentes de cualquier persona normal.
38. La mayoría de los pacientes mentales tiene deseos de trabajar.
39. Aunque los pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico parezcan curados, no se les debe permitir casarse.
40. Los especialistas tratan de curar a los enfermos mentales, pero en la mayoría de los casos no lo consiguen.
41. Me gustaría ayudar al personal de los hospitales psiquiátricos a cuidar a los enfermos mentales.
42. Aunque algunos enfermos mentales parecen estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.
43. Todos los enfermos mentales inspiran miedo.
44. En la mayoría de los casos los pacientes psiquiátricos que fracasen en su recuperación, deben culparse a sí mismos.
45. Cuando un enfermo mental es dado de alta en un hospital psiquiátrico, se puede esperar de él que asuma algunas de sus responsabilidades como ciudadano.
46. No hay inconveniente en que una mujer que haya estado mentalmente enferma se emplee como niñera.

47. En ningún caso se puede pronosticar la curación de las personas que están mentalmente enfermas.
48. A los ex – pacientes mentales se les debe permitir trabajar en cualquier tipo de empleo.
49. Un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona.
50. Un enfermo mental nunca se volverá sano.
51. Es posible que un enfermo mental se cure totalmente.
52. Es muy difícil que un enfermo mental se vuelva útil a la sociedad.
53. Los enfermos mentales, en su mayoría, deben culparse así mismos y no a otras personas por los problemas que tienen.
54. No hay inconveniente en que a un ex – enfermo mental se le permita tener empleos que requieren responsabilidad.
55. La mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no son peligrosos.
56. Los enfermos mentales no logran curarse a pesar de poner todo su empeño en ello.
57. Los enfermos mentales hablan con palabras que no pueden ser comprendidas por la gente normal.
58. A pesar de que una persona haya padecido una enfermedad mental grave, se le debe permitir votar.
59. Las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes.