

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÈDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL**

**TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRIA**

**ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN PERSONAL MEDICO DE
ATENCION PRIMARIA EN LA DELEGACION TLALPAN**

AUTOR. DRA. MONICA PALOMA SANTILLAN REYES

TUTOR TEORICO: DR. OSCAR SANCHEZ

TUTRO METODOLOGICO: DR. MIGUEL VILLAICENCIO.

**DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÈDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.**

ENERO DEL 2003.



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.

INDICE

MARCO REFERENCIAL	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	9
VARIABLES DE ESTUDIO	11
DISEÑO DE ESTUDIO	11
PROCEDMIENTO	13
ANALISIS ESTADISTICO	14
RESULTADOS	14
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	20

MARCO REFERENCIAL.

Estados Unidos ha sido el país que se ha destacado por sus estudios acerca de la actitud de la población general acerca de la enfermedad mental, pero los estudios no se han limitado a este país también en América Latina, principalmente en Argentina y recientemente en México se ha llevado a cabo una serie de estudios, otros países como Sudáfrica, India y algunos países Europeos también han realizado Investigaciones.

Es necesario definir la enfermedad mental como un estereotipo de conducta que fija al sujeto a formas de pensamiento, emoción o acción repetitivos e improductivos, limitando el desarrollo de sus potencialidades humanas y produciendo sufrimiento psíquico. Dicho comportamiento es rechazado por la sociedad, la familia y a veces hasta por el personal de salud. Así la percepción de los individuos que están en contacto directo con el enfermo mental, pueden manifestarse por su actitud. (1,2).

En la segunda mitad del siglo xx, se incrementó el interés de cómo se percibe la enfermedad mental y la actitud hacia ella, esto surgió en parte a que se empezó a considerar este tipo de enfermedades como un problema de salud pública, y también porque las enfermedades de origen psicológico, empezaron a ser más evidentes ya que afectan a un mayor número de individuos. (3)

Por otra parte era necesario lograr apertura y disponibilidad de la sociedad, ya que esto, es fundamental para las técnicas terapéuticas modernas, proponiendo la rehabilitación del paciente dentro de su comunidad y dejar a los hospitales para las urgencias y situaciones críticas.(1,3)

La metodología, tipo de instrumento y técnicas empleadas han variado de acuerdo a la ideología que se tenga de Enfermedad Mental. Así mismo ha sido importante conocer la manera cómo percibe la comunidad la enfermedad mental, pero también resulta de interés como la percibe el médico y paramédico que atiende a dicha comunidad, ya que este tipo de enfermedades están matizadas de mitos y falsas creencias, además de que hasta muy recientemente se ha comenzado a divulgar información acerca de éstas. (1, 3, 4)

Originalmente la Psiquiatría, inició este tipo de estudios en los médicos y pacientes, después en ambos grupos. Posteriormente profesionistas de las ciencias sociales, como sociología, psicología social, antropología y psiquiatría social tuvieron interés en conocer la manera como la percibía la comunidad en general. (3)

Hemos estado hablando de "actitud", pero ¿A qué se refiere este término? Existen varias definiciones, pero en suma, es la tendencia o predisposición

aprendida, mas o menos generalizada, de tono afectivo, a responder un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas, en este caso hacia la enfermedad mental. (5)

Para este estudio definimos teóricamente la actitud Hacia la enfermedad mental como una predisposición subyacente del individuo que lo conduce a evaluar favorablemente o desfavorablemente el trastorno psiquiátrico. (6)

Esta actitud puede ser modificada por factores diversos como el grado escolar de los individuos, su profesión, el hecho de que tengan o no contacto con un enfermo mental, el grado de información acerca de la enfermedad mental.(7)

La importancia de medir las actitudes, radica en el hecho de que estas ejercen influencia en organización de la experiencia, permitiendo la formación de una idea de la realidad, la cual es orientadora de una acción, de tal forma que posibilita la predicción del comportamiento.

Existen diversas investigaciones que señalan que 15 al 18 % de la población general tiene problemas de salud mental (2,8,) y que alrededor del 30 al 60 % de los pacientes que asisten a la consulta médica padecen trastornos mentales, independientemente de su padecimiento médico. (8,9)

Esto, significa la tolerancia para la aceptación social del enfermo mental. En nuestro país, en términos absolutos y relativos, la salud mental de la población ha sido desatendida, ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes han sido usados para hacer frente a otros graves problemas de salud como son las enfermedades infecciosas y la desnutrición , sin embargo , ni la escasez de recursos ni la magnitud de otras necesidades justifican este abandono, ya que los desórdenes mentales representan grandes sufrimientos para las personas afectadas y una grave pérdida económica y social para el país.(10,11)

ANTECEDENTES.

Se han utilizado diversos instrumentos para estudiar las actitudes Hacia la Enfermedad Mental, los primeros instrumentos que se utilizaron fueron los cuestionarios tipo lickert, entre los cuales resalta el elaborado por Cohen y Struening (1962) que se denomina OMI (opinión de la Enfermedad Mental) y el CMHI (ideología de la custodia de enfermos mentales), elaborado por Baker y Schulberg (1967). (2,4)

Algunos de estos instrumentos han sido reestructuraciones de los CMHI y OMI originales, Taylor elaboró el AMI, el cuál primero fue utilizado en Canadá (2,3,4,6) y posteriormente en México por Nátera y colaboradores., Wig, en 1980 desarrolló un tipo de viñeta y un cuestionario alrededor de los mismos.(3,4)

Dentro de la escala de Actitudes Hacia la Enfermedad Mental (AMI), contiene 4 escalas que miden autoritarismo, benevolencia, restrictividad e ideología de la comunidad, las cuales se definen a continuación:

Autoritarismo. Es la visión que se tiene del enfermo mental, el cual pertenece a una clase inferior y requiere de un manejo coercitivo.

Benevolencia. Es la visión paternalista y amable hacia los enfermos mentales, cuyos orígenes se derivan de la religión y el humanismo, más que de la ciencia.

Restrictividad social. su creencia central radica en que el enfermo mental es una amenaza social, particularmente hacia la familia y por lo tanto debe ser restringido su funcionamiento, tanto durante como después de la hospitalización .

Ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental. Es la que mide el grado de adherencia de un individuo a la ideología que prevalece en la comunidad sobre la enfermedad mental, incluye la idea de que son los enfermos mentales quiénes buscan activamente ayuda psiquiátrica, la orientación de los recursos comunitarios al trabajo con pacientes y los esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental.(4,5,8,12)

Se ha observado una variabilidad importante en los resultados: mientras que algunos estudios informan que hay tendencias al rechazo, otros utilizando la misma técnica, encontraron actitudes de aceptación, lo cual se explica porque cada comunidad maneja valores y creencias particulares, sin embargo se han encontrado coincidencias en los resultados de los diferentes estudios, como son las

variables educación, jerarquía ocupacional y edad, influyendo positivamente en las actitudes. (4)

También se han empleado entrevistas semiestructuradas, el diferencial semántico, el inventario de Personalidad de California y el cuestionario sobre salud y necesidades de atención. (4, 11,13)

Los estudios de tipo transcultural indican que la cultura determina las diferencias en la concepción de la enfermedad y del enfermo mental de un grupo étnico a otro. (4)

Por otro lado, hay similitud en la mayor parte de los resultados en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en el que se sospeche que hay elementos de agresión de impredecibilidad en la conducta del enfermo. El hecho de etiquetarlo ha sido positivo para algunas poblaciones, pues una vez que se diagnóstica aun paciente, la comunidad (familiar o social) sabe a qué atenerse pero para otros grupos la etiqueta contribuye a estigmatizar al paciente, y por consiguiente al rechazo. (1,14)

Es importante señalar que la mayor parte de la información obtenida en los estudios efectuados hasta la fecha es de un nivel descriptivo y los análisis estadísticos son sencillos, algunos investigadores como Taylor Stefani y Lawton, se han preocupado por hacer mejores diseños metodológicos para conocer con mas precisión la actitud hacia los enfermos, y poder predecir su comportamiento. (14)

En las revisiones, se han encontrado datos importantes sobre percepción y actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental, de investigadores como Rabkin, Stefani, Davison, Scheff, Ruggiero y Gove. Aunque sus conclusiones no coinciden del todo, hay denominadores comunes, como la correlación entre el sistema de creencias (estilo de vida, experiencias, etc.) de un grupo específico y las actitudes que se manifiestan, al igual que la relación entre las variables sociodemográficas, como tener mayor escolaridad, ser más jóvenes, tener mejor jerarquía ocupacional, con las actitudes favorables hacia el enfermo. (1,4). También influye la utilización del modelo psicosocial en la conceptualización de la enfermedad mental, y por consiguiente el desarrollo de actitudes.

Por otra parte, se han realizado estudios en la población de trabajadores de la Salud mental, partiendo de la idea de que estos deben estar mejor informados sobre aspectos como la etiología y resultados de los trastornos mentales, encontrando divergencias de opinión aún entre aquellos altamente preparados. (7,15)

También se sabe que los pacientes son sensibles a la opinión que tienen otras personas acerca de ellos, y esto es más importante en lo que respecta a las opiniones de los trabajadores en salud mental, ya que estos con frecuencia determinan el destino del enfermo. Prueba de eso es la relación entre las actitudes que prevalecen en este tipo de personal y el tiempo de

hospitalización, encontrando que a mayor tiempo de estancia intrahospitalaria mayor autoritarismo y restrictividad del personal. (16)

El mayor éxito para establecer una conexión de comportamiento, fue el factor de control coercitivo, coincidiendo estos resultados con los de Cohen y Struening, con respecto a la ineficiencia relativa de los hospitales cuando existe un clima de actitud autoritaria y restrictiva, y la dificultad que encuentran para reintegrar a los pacientes a la comunidad.

Ambos estudios indican que la actitud de restrictividad hace una diferencia en el comportamiento del personal y parece influir en la eficacia de la rehabilitación de los pacientes. (17)

El estudio de las actitudes del personal de salud mental hacia la enfermedad mental y hacia los pacientes psiquiátricos fue promovido por la publicación de la Escala de ideología subyacente a la custodia autoritaria (CMI) y de la escala de opinión sobre enfermedad mental (OMI) de Cohen y Struening. Estos últimos estudiaron las opiniones acerca de la enfermedad mental, en el personal de dos importantes hospitales Psiquiátricos a través de la CMI, incluyendo en su estudio a psiquiatras, residentes, psicólogos, personal de entrenamiento, dentistas, capellanes obteniendo los siguientes resultados:

a) Autoritarismo: alto en el personal de cocina, bajo en psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales.

b) benevolencia: rechazado por psicólogos, alta puntuación en enfermeros y capellanes. Los psiquiatras ocuparon una calificación importante, ya que esta fue intermedia entre los dos grupos.

c) restrictividad social: los médicos obtuvieron altas puntuaciones, los psicólogos puntuaciones menores.

d) ideología de la comunidad: alta en psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, no en personal de cocina.

En diferentes estudios se encontró que los resultados favorables, siempre consistían en marcado descenso de los factores: autoritarismo y restrictividad social, así como elevación de los factores de benevolencia e ideología de la comunidad. (15, 16, 17,18)

Otros resultados sobre actitud hacia la enfermedad mental son el realizado en 1976, aplicando 3 cuestionarios a 327 estudiantes. El primero sobre actitudes (no AMI, no OMI), otro sobre deseabilidad social y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados fueron: los estudiantes voluntarios que interactuaron con los pacientes mentales obtuvieron una alta significancia en la conducta altruista, sobre todo en actitudes humanitarias. Los voluntarios manifestaron opiniones más favorables hacia la enfermedad mental.

En 1979, durante un estudio en el que se aplicó la escala AMI a 1090 sujetos con y sin acceso a los servicios de salud Mental, se obtuvo una buena información sobre la enfermedad mental a la que se considera como cualquier otra, se mostró una mayor aceptación hacia el expaciente mental, señalado los autores la importancia que tiene la actitud ante la Enfermedad Mental para predecir las reacciones del público hacia los establecimientos comunitarios de salud mental.

En 1980 en Estados Unidos, se utilizó un cuestionario de 190 reactivos extraídos del MMPI y 33 de trastornos Mentales, se concluyó que los sujetos con más educación atribuyen más características a los enfermos mentales. La clase social alta les atribuye disfunciones cognoscitivas a los enfermos psiquiátricos, la clase media les atribuye irresponsabilidad social y falta de moralidad, la clase baja les atribuye a la enfermedad una inadecuación social.

En 1986, Roskin y Carson, estudiaron a 85 estudiantes de medicina a quienes aplicaron un AMI con un intervalos de seis semana antes y después de relacionarse con este tipo de pacientes y observaron mayor aceptación de los factores biológicos o psicodinámicos, observando también mayor acercamiento a los pacientes, sin embargo es importante señalar que estos cambios pueden ser atribuidos a un efecto de indoctrinación por parte de los profesionales que acompañan a los sujetos durante el tiempo de convivencia con los enfermos, ya que adquirirían un mensaje implícito o explícito de adoptar una actitud más humanitaria hacia el paciente.(4)

Otras investigaciones en estudiantes de psicología sugieren que los cambios de actitudes hacia la enfermedad mental no se relacionan con el contenido del curso sino con factores como la actitudes del maestro hacia el sistema de creencias comunes de los que los estudiantes van aprendiendo durante la indoctrinación, Comentándose que más que el contacto con los pacientes como condición para el cambio, se requiere de la motivación de los que han sido expuestos. (7)

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en 1987, se aplicó el AMI a los familiares de pacientes que eran hospitalizados por primera vez, el grupo control fueron los familiares de pacientes que eran hospitalizados en forma subsecuente, encontrando que los dos grupos comparten el considerar inferior al paciente.

Por lo que requiere de un control coercitivo; en ambos grupos subyace la misma ideología hacia la enfermedad mental, pero conforme se hace crónica, se expresa mas simpatía y paternalismo hacia este, quizá basados en principios religiosos mas que en otros. Las diferencias son que los familiares de los pacientes que ingresaban por primera vez tendían a ser más autoritarios, mientras que a más cronicidad, tendían a ser más benevolentes. (5)

En otro estudio realizado en el mismo año y Hospital, a residentes de psiquiatría de primer y tercer año, no se encontraron diferencias en las actitudes de los dos grupos hacia la Enfermedad Mental. (18)

En 1990, se realizaron dos estudios mas, en este Hospital, uno fue el Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad Mental a una muestra del personal de enfermería de los cuatro turnos de trabajo, sin ninguna diferencia entre los 4 turnos. (16)

Otro estudios se realizó aplicando el mismo cuestionario a personal de seguridad de este Hospital y personal de seguridad del Instituto Nacional de Cancerología, sin haber diferencia entre estos. (17)

Por otra parte la prontitud o el retraso en la atención de los trastornos mentales pueden estar condicionados por diversos factores, entre los que destacan: la educación de la población para poder identificar la existencia de problemas; las actitudes hacia los trastornos mentales; la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, tanto física como económicamente; la detección de los trastornos por parte de los médicos generales y el patrón sintomatológico de los pacientes.

En lo que se refiere a los obstáculos reportados en la primera búsqueda de ayuda, destaca el aspecto financiero, y nivel educativo, factor que no puede ignorarse y que influye en la identificación y búsqueda de ayuda. De la misma forma, la distancia y el tiempo empleado pueden en parte repercutir en el retraso entre la primera búsqueda de ayuda y su arribo al servicio de salud mental. (7,11)

Lartigue, indica que muchos de los trastornos mentales se podrían evitar si la población contara con información elemental, periódica y accesible que le permitiera detectar estos problemas desde su inicio y acudir oportunamente a recibir atención.

A su vez Parra refiere que la forma en la cual los miembros de un grupo conciben la enfermedad mental, puede determinar la manera en que el individuo experimenta este tipo de problemas, los reconoce y decide buscar ayuda para resolverlos, ya que el uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud dependen de ello. (11)

De esta forma, son diversos los motivos que incluyen el hecho de sentirse mas cómodos con el médico de asistencia primaria, el temor de verse estigmatizados como mentalmente enfermos y las largas listas de espera de los servicios de psiquiatría, los médicos de asistencia primaria desempeñan un papel decisivo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales.

No obstante con frecuencia se comprueba que los médicos de asistencia primaria no siempre garantizan un diagnóstico, una información y un tratamiento adecuado de las enfermedades mentales. Este hecho resulta

especialmente crítico en zonas rurales y aisladas en las que el psiquiatra más próximo puede encontrarse a varias horas de viaje. Para estos casos se ha propuesto que la Formación Continua, de los médicos generales puede mejorar la calidad de asistencia en salud mental en mayor medida que la contratación de más psiquiatras. (7)

Existen dos maneras de seleccionar el contenido de un programa, contenidos u objetivos basados en las carencias y contenidos basados en los datos epidemiológicos. El personal docente elabora entonces unos programas destinados a subsanar las supuestas carencias. (7,19)

De acuerdo a lo anterior, en un estudio, un curso basado en casos clínicos celebrados con una periodicidad semanal durante 6 semanas no modificó en absoluto las actitudes de los 24 médicos participantes. Del mismo modo, de todos los médicos que recibieron formación en psiquiatría a través de la asistencia a varios seminarios consecutivos de 12 semanas de duración, sólo aquellos que participaron durante 3 años o más mostraron cambios de actitud y una perspectiva más amplia en su labor terapéutica con los pacientes psiquiátricos. (7)

La evaluación también constituye un aspecto fundamental, no sólo por reforzar el aprendizaje sino también por servir de fuente de datos para evaluar el grado de efectividad de un programa, y este puede ser medido por el cambio de las actitudes determinadas mediante cuestionarios o entrevistas para este trabajo se pretende utilizar el AMI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante mi cuarto año de residencia rote por el servicio de Psiquiatría Comunitaria el cuenta con un programa de capacitación a médicos de primer nivel, el cual se imparte durante 5 días y en un tiempo aproximado de 3 hrs. por día, este curso consistía en proporcionar información acerca de la Enfermedad mental y algunos trastornos psiquiátricos.

Observando que existe gran frecuencia de pacientes que padecen este tipo de trastornos y que es precisamente el personal médico de primer nivel quien tiene el contacto inicial con ellos, y que de acuerdo a los observado así como a estudios realizados en otros países, este personal no se encuentra siempre familiarizado con este tipo de trastornos, además de que es sabido que la actitud es un determinante en la atención a estos, nos planteamos lo siguiente:

¿La actitud hacia la enfermedad mental, en el personal medico de primer nivel de atención puede ser modificada a través de proporcionar información acerca de ésta?

JUSTIFICACION.

Como se ha podido documentar, las necesidades en Salud Mental, ciertamente son altas, en México aproximadamente del 30 al 60% de los adultos que asisten a la consulta médica presentan algún tipo de enfermedad mental, independiente de su problema médico; sin embargo, diversos estudios reportan que estos trastornos no son identificados; y dado que por diversos motivos, como la escasez y mala distribución de los especialistas en esta área, el primer contacto para un paciente con enfermedad Mental, es generalmente un médico del primer nivel de atención, pero estos no siempre están preparados para diagnosticar y dar tratamiento muchas veces debido a que tienen una serie de prejuicios y mitos acerca de este tipo de enfermedades.

Por otra parte, se ha apreciado que la actitud es un factor determinante para guiar las acciones de los individuos, por lo que una actitud positiva en los profesionistas, lleva a una aceptación del paciente, y consecuentemente, genera un seguimiento en el tratamiento bastante adecuado para su rehabilitación, al mismo tiempo una

actitud positiva en los profesionistas conlleva a una educación positiva del público y apoya a las actividades de los servicios de salud.

Así la percepción de los individuos que están en contacto directo con la Enfermedad mental, puede manifestarse por su actitud, la cual es regulada por el rol que juegue la atención.

Entonces se ha apreciado que cuando el personal tiene mayor información acerca de la enfermedad mental o ha estado en contacto directo con un enfermo o el mismo ha sido usuario de los servicios de Salud mental, su actitud es significativamente mejor que en aquellos que nunca han estado en contacto, por lo que es necesario desarrollar cursos de formación e información en el campo de la salud mental entre el personal del primer nivel.

Por lo anterior es importante evidenciar si la información acerca de la Enfermedad Mental, modifica la actitud del personal medico hacia ésta.

OBJETIVOS.

1. Determinar si existe modificación de la actitud hacia la Enfermedad mental,
Si se proporciona información acerca de esta.
2. Evaluar la actitud del personal medico de primer nivel de atención acerca de
La Enfermedad Mental.

HIPOTESIS.

HO: si se proporciona información acerca de la Enfermedad Mental al personal medico del primer nivel de atención, la Actitud hacia esta se modifica.

HA: si se proporciona información acerca de la Enfermedad Mental, al personal medico del primer nivel de atención la Actitud hacia esta no es modificada.

VARIABLES DE ESTUDIO.

INDEPENDIENTES: Se evaluara características como sexo, edad, nivel escolar.

DEPENDIENTES: se evaluara características de la actitud, como autoritarismo, benevolencia, restrictividad social e ideología comunitaria.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

MUESTRA A ESTUDIAR. Se trata de un estudio cuyo propósito es comparativo, de tipo experimental no aleatorio, y su seguimiento longitudinal, con colección de datos proyectivo.

MATERIAL Y METODO.

UNIVERSO DE ESTUDIO. Se obtuvo la muestra del personal médico que labora en centros de salud de la SSA, en específico de tres centros: Cultura Maya, Pedregal de las águilas, Dr. David Fragoso, los cuales pertenecen al primer nivel de atención de la Delegación Tlalpan.

MATERIAL. Se aplicó el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad Mental (AMI) el cual consta de 40 preguntas que corresponden a 4 escalas: autoritarismo, benevolencia, restrictividad social e ideología de la comunidad hacia la enfermedad mental. Cada escala esta constituida por 10 oraciones, 5 de ellas expresan sentimientos positivos y 5 expresan sentimientos negativos hacia la categoría que se esta midiendo. El formato de las respuestas es de tipo LICKERT (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo), existen 10 reactivos por cada escala, su puntuación es de 1 a 5. Los resultados de cada escala están en un rango de 10 a 40. Los resultados de la escala se promedian de 1 a 5, cuando están mas cerca del 5 la persona posee actitud evaluada en el más alto grado. El valor mínimo es de 10, el valor máximo es de 50.

El valor negativo es de 10 y significa una actitud negativa hacia lo que mide la escala, el valor 50 significa una actitud positiva hacia lo que mide la escala y el valor 30 significa una actitud neutral.

Cada escala corresponde a series de 4 preguntas, así la pregunta 1 mide autoritarismo, 2.benevolencia, 3.restrictividad social, 4.ideología comunitaria, 5.autoritarismo y así hasta llegar a la pregunta 40.

Para la calificación final se completan la escala autoritarismo con restrictividad social y la de benevolencia con ideología comunitaria, el rango negativo o desfavorable va de 20 a 49, el rango neutral va de 50 a 70 y el positivo o favorable va de 71 a 100.

Este cuestionario tiene validez y confiabilidad a partir de una investigación piloto realizada en Toronto por Deer y Taylor en 1979, aplicando el test de

Combrach manejando reactivo contra total de reactivos, obteniéndose en las 4 escalas altos niveles de significancia la mayoría con el nivel 0.001.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

INCLUSION:

1. Ser personal médico del 1 nivel de atención de la delegación Tlalpan.
2. Asistir al curso sobre Salud y Enfermedad Mental impartido por el servicio de psiquiatría comunitaria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
3. Acceder a contestar el cuestionario AMI.

EXCLUSION.

1. No ser personal médico del primer nivel de atención de la delegación Tlalpan.
2. No haber asitido curso.
3. No acceder a contestar el cuestionario.

ELIMINACION.

1. No haber concluido el curso.

PROCEDIMIENTO

El cuestionario se aplicó a 60 sujetos quienes forman parte del personal medico de 3 centros de Salud de primer nivel de la delegación Tlalpan, los cuales pertenecen a la Secretaría de Salud, denominados Cultura Maya, Pedregal de las Águilas y Dr. David Fragoso.

La aplicación del cuestionario se realizaba durante el primer contacto con dicho personal, es decir antes de proporcionar información alguna acerca de La Enfermedad Mental, el tiempo aproximado en que era resuelto era de 20 min., informando que no se trataba de un examen de conocimientos y que era importante no se hicieran comentarios entre ellos mientras era resuelto. Se agregó una hoja frontal donde se recogían datos demográficos como edad, sexo nivel escolar.

Posteriormente se iniciaba el curso acerca de La Enfermedad Mental, el cual era impartido por residentes de psiquiatría, del Servicio de psiquiatría comunitaria, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Dicho curso tenía una duración de una semana (5 días hábiles), distribuido en 3 horas diarias, los temas impartidos eran Salud y Enfermedad Mental, trastorno de hiperactividad y déficit de Atención, trastornos de eliminación, Depresión, trastornos de Ansiedad, Esquizofrenia y Demencias. Se finalizaba el curso.

Un mes después se aplicó nuevamente el mismo cuestionario al personal que asistió y finalizó el curso, nuevamente se informaba no se trataba de cuestionario de conocimientos y no se permitía comunicación entre ellos durante la realización de cuestionario, el tiempo promedio en que solucionaba era aproximadamente el mismo es decir 20 minutos.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizó una base de datos en el programa excel para windows, para el análisis de datos se uso el programa spss para windows versión 10.

Así se analizaron las dos subescalas establecidas y se realizó una prueba T pareada para evaluar los cambios de las subescalas antes y después de la intervención además de una prueba de X2 para proporciones.

RESULTADOS

Las características demográficas se presentan en los siguientes cuadros, tomando en cuenta la aplicación del cuestionario a una muestra poblacional de 60 sujetos.

DISTRIBUCION POR SEXO. Se encontró que la mayoría de la población asistente fueron mujeres en un 70% y el resto Hombres.

Tabla 1. DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	18	30
FEMENINO	42	70

FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCION POR EDAD. Se realizaron 4 rangos según la edad, el sujeto de menor edad tenía 18 años y el mayor 60 años, en el rango de 40 a 49 años encontramos al mayor número de población el cual representa al 33.33%. El promedio de edad fue de 40.60.

TABLA 2. DISTRIBUCION POR EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	%
18 A 28	10	18.33
29 A 39	20	33.33
40 A 49	19	31.66
49 Y MAS	11	18.33

FUENTE DIRECTA

NIVEL ESCOLAR. Se considero dentro de esta distribución solo dos categorías, estudios técnicos y licenciatura, ya que solo fue aplicado a enfermeras y médicos, en la categoría de Licenciatura, encontramos a 3 enfermeras con este nivel escolar. El 62 % de la población sus estudios eran de nivel técnico y el resto licenciatura.

TABLA 3. DISTRIBUCION NIVEL ESCOLAR

N. ESCOLAR	FRECUENCIA	%
LICENCIATURA	23	38
TECNICO	37	62

FUENTE DIRECTA

A continuación presentamos la comparación que se hizo entre las respuestas que dieron el personal médico (médicos y enfermeras), acerca de la actitud hacia la Enfermedad Mental.

Se clasificaron las respuestas en dos categorías, a partir de las cuatro escalas originales, es decir autoritarismo es complementario de restrictividad social y benevolencia complementaria de ideología de la comunidad.

Tomando en cuenta que los rangos de neutral van de 50 a 70 y los de favorable de 71 a 100 el cambio de 4 unidades, podría considerarse como de poca magnitud. Así se analizaron las dos categorías establecidas, comparando la aplicación inicial con la aplicación un mes después de la intervención. Para evaluar las diferencias entre las dos muestras se utilizó la prueba de X² (chi cuadrada) así como la prueba de T pareada, encontrándose los siguientes resultados.

Los resultados muestran que en la escala suplementaria de benevolencia e ideología de la comunidad, se encontró el 8.3 % de la población en un rango neutral y el restante, 91.7 % en una tendencia favorable, en la aplicación posterior a la intervención se encontró que el total de la población es decir el 100% se ubicó en una tendencia favorable, siendo el cambio estadísticamente significativo ($X^2 = 41.66$, $gl. = 1$) por tanto $p < 0.0001$.

TABLA 4. BENEVOLENCIA + IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD

PREVIO				POSTERIOR		
ESCALA	FREC.	%	% ACUMULADO	FREC.	%	% ACUMULADO
NEUTRAL	5	8.3	8.3	0	0	0
FAVORABLE	55	91.7	100	60	100	100
TOTAL	60	100		60	100	

FUENTE DIRECTA

En la escala de autoritarismo y restrictividad social, la valoración inicial reporto una media de 47.27 y una desviación estándar de 9.12, posterior a la intervención se registro una media de 47.05 y desviación estándar de 8.10, resultando un cambio de .22 y desviación estándar de 4.91, con una $t = 0.342$, siendo no estadísticamente significativo ya que $p = 0.734$ ($gl = 59$).

TABLA 5. AUTORITARISMO Y RESTRICTIVIDAD SOCIAL

AUTORITARISMO + RESTR. SOCIAL	MEDIA	DES. STD.
PREVIO	47.27	9.12
POSTERIOR	47.05	8.10
DELTA	.22	4.91

FUENTE DIRECTA

Por su parte, en la escala de benevolencia e ideología de la comunidad, en la valoración inicial se reporto una media de 82.38 y desviación estándar de 7.91 después de la intervención hubo una media de 86.63 y desviación estándar de 6.69, obteniéndose un cambio de -4.25, desviación estándar de 3.24, $t=-10.16$ y una p de 0.001 (gl 59), lo cual es estadísticamente significativo.

TABLA 6 BENEVOLENCIA E IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD

BENEVOLENCIA + IDEOLOGÍA COMUNITARIA	MEDIA	DES. STD.
PREVIO	82.38	7.91
POSTERIOR	86.63	6.69
DELTA	-4.25	3.24

FUENTE DIRECTA

DISCUSION.

Este es un estudio que compara el cambio en la actitud de personal médico hacia la enfermedad mental, posterior a un curso donde se da información acerca de ésta y algunos de los trastornos psiquiátricos mas frecuentes.

En total se incluyeron a 60 sujetos los cuales concluyeron dicho curso, analizando los datos encontramos que estos apoyan a la hipótesis establecida acerca de que la información modifica la actitud.

Al evaluar los rangos de actitudes en que se encontraba la población, obtuvimos mayor predisposición a las actitudes favorables y neutrales, y posterior a nuestra intervención el total de la población tenía una actitud favorable. Estos datos son consistentes con nivel educativo, ya que a mayor nivel mayor actitud favorable. (4)

Sin embargo el cambio obtenido no es apoyado por los estudios previos realizados en el país y otros internacionales, en los que se somete a la muestra a una exposición o contacto directo con el paciente, como los encontrados por Suárez y Meléndez hechos con personal de enfermería y de seguridad entre grupos que tenían contacto con enfermos mentales y grupos que no ya que no hubo cambio significativo. (16,17)

Existen otros estudios en los que se proporciono además una información acerca de la enfermedad mental, como el realizado por Roskin y Carson en estudiantes de medicina en los que además de contacto se proporcionaba información hubo un cambio en las actitudes que podemos considerar favorables, esto es apoyado por diversos estudios que dicen que la educación continua en médicos de primer nivel tiene influencia en el cambio de actitud favorable, pero que esta debe ser por lo menos durante 3 años ya que si no solo se puede considerar como indoctrinación o influenciada por la actitud de educador.(4,7)

La subescala que presento un cambio significativo fue la de benevolencia e ideología de la comunidad, sin embargo no hubo modificación estadísticamente significativa en la subescala autoritarismo y restrictividad social, lo cual puede sr explicado por otros estudios en los que encontró en el personal de enfermería una actitud mas benevolente y debido a que en este estudio el mayor porcentaje era personal de enfermería.

Otra posible causa por lo que no hubo modificación en autoritarismo y restrictividad social, puede ser que quienes impartimos el curso somos residentes de psiquiatría y que en estudios como de Lozano, los residentes tiene un alto grado de restrictividad y que esto haya influido en la respuesta del personal médico de primer nivel. (15)

CONCLUSIONES.

Los servicios de salud en general y específicamente los servicios de Salud mental, juegan un papel importante no sólo en brindar atención, identificar y dar tratamiento, sino que además deben contemplar el proporcionar información y educación a la población, pero también al personal médico de primer nivel.

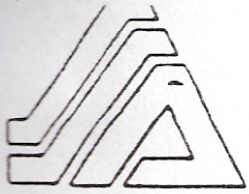
La formación continua permanente, interactiva y centrada en el contexto puede mejorar los conocimientos, las habilidades y actitudes del personal médico del primer nivel de atención. Contribuyendo aun cambio positivo de actitud lo cual puede apreciarse claramente cómo cuando el personal tiene mayor información, o ha estado en contacto con un enfermo mental o el mismo ha sido usuario de este servicio, su actitud es significativamente mejor que aquellos que nunca han estado en contacto, esto a su vez generaría una mejoría en la atención de estos problemas.

Por otro lado se destaca la necesidad de realizar estudios sistemáticos y estructurados de la percepción, concepciones, opiniones y actitudes con respecto a la salud y enfermedad mental, siendo fundamental para el diseño e implementación de programas para la promoción a la salud mental y para la prevención y atención de las enfermedades mentales.

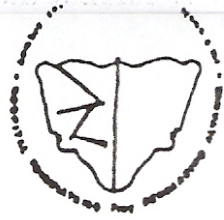
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RICO HUMBERTO, ET AL: Actitud del médico de primer nivel de atención hacia la Salud Mental. *Psiquis*, v 8 n 4, pp 85-92, 1999.
2. BRODY EUGENE: Psychiatry in relation to mental health: a global perspective. *Salud Mental*, v9 n2, pp3-7, junio 1986.
3. CASCO MARGARITA, ET AL: Percepción de un grupo de profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la Enfermedad Mental: comparación entre ambas poblaciones. *Salud Mental*, v9 n2, pp 70-77, junio 1980.
4. CASCO MARGARITA, ET AL: La actitud hacia la Enfermedad Mental, una revisión bibliográfica. *Salud Mental*, v10 n2, pp 41-51, junio 1987.
5. AVALOS TEODORO: Actitud hacia la Enfermedad Mental en estudiantes de medicina de dos Facultades de la Ciudad de México. Tesis Salud Mental, Febrero 1992.
6. STEFANI DORINA: Autoritarismo y actitud hacia la Enfermedad Mental. *Salud Mental*, v 8 n 2, pp 27-30, 1985.
7. HODGES BRIAN: Mejora de los conocimientos las habilidades y las actitud de de los médicos de asistencia primaria 1959-2000:una revisión. *AmJ Psychiatri* (ed. Mex) v5, pp 22-29, 2002.
8. RICO HUMBERTO, ET AL: Demanda de atención en un centro comunitario de Salud Mental de la Ciudad de México. *Psiquis*, v 8 n 3, pp 61-67.
9. CARAVEO JORGE: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, v 9, suplemento, pp 8-13, abril 1996.
10. DE LA FUENTE R: Acerca de la salud mental en México. *Salud Mental* V5 n3, pp22-31 1982.
11. LOPEZ JIMENEZ JL: Percepción de la Enfermedad Mental en pacientes de consulta de medicina general, *Salud mental*, v 18 n 2, pp25-30, junio 1995.
12. TAYLOR MJ: Attitudes toward mentally ill a reactions to mental health facilities. *Soc Sy Med*, 13, pp281-290, 1979.
13. GARCIA S: El significado psicológico y social de la salud y enfermedad mentales. *Salud mental*, v17 n 2, pp32-44, 1994.
14. LEON C A: Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali Colombia. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, v17 n6, pp 385-395, 1971.
15. LOZANO A: Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría y otros grupos laborales. Tesis Salud Mental 1991.
16. SUAREZ J: actitudes hacia la enfermedad Mental en personal de enfermería del H psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis Salud mental 1991.
17. MELENDEZ M: Actitud hacia la enfermedad mental en personal de seguridad de un hospital psiquiátrico y un hospital no psiquiátrico. Tesis Salud mental 1990.
18. MONTESISNOS E: Actitudes hacia la enfermedad mental en residentes de psiquiatría de 1 y 3 grado. Tesis, Salud mental, 1987.
19. SERIGO ADOLFO: Organización de la asistencia psiquiátrica en relación con el desarrollo socioeconómico del país. *The psychiatrist and the community*. Symposium 19.

ANEXOS



Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez "



EXPEDIENTE _____

SERVICIO _____

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (HOJA DE CALIFICACIÓN)

REACTIVO:

CALIFIQUE GRÁFICAS

5 A 1

1 A 5

5 A 1

1 A 5

5 A 1

1 A 5

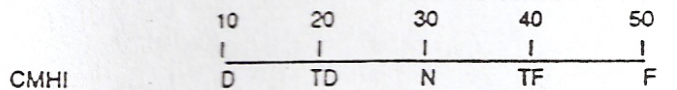
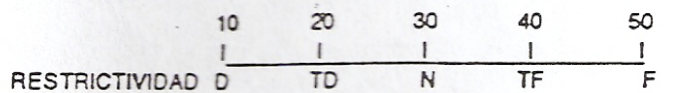
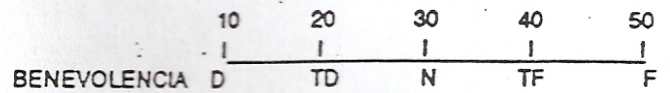
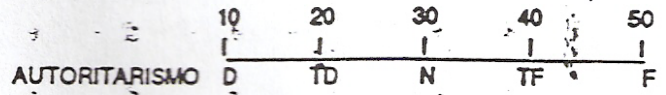
5 A 1

1 A 5

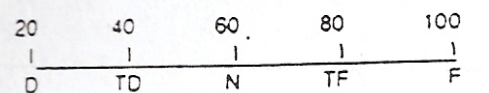
5 A 1

1 A 5

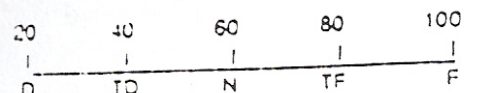
TOTALES



AUTORITARISMO + RESTRICTIVIDAD SOCIAL



BENEVOLENCIA + CMHI



BENEVOLENCIA RESTRICTIVIDAD SOCIAL CMHI