



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

**ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS  
ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DRA. MARÍA ROSA HERNÁNDEZ MIRANDA

ASESOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO:  
DR. GABRIEL DE JESÚS ALEJO GALARZA



FACULTAD DE MEDICINA, U.A.S.L.P.  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SAN LUIS POTOSÍ, FEBRERO DE 2009

## Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA	3
1. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	4
2. ANTECEDENTES	10
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5. OBJETIVOS	25
6. MATERIAL Y MÉTODOS	26
7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN UTILIZADO	28
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
9. RESULTADOS	32
10. DISCUSIÓN	39
11. CONCLUSIONES	41
12. BIBLIOGRAFÍA	43
13. ANEXOS	45

## Agradecimientos y dedicatoria

..... a Dios por permitirme cumplir esta meta,

..... a Guillermo, por su comprensión, paciencia y amor;

..... a Andrea y Guillermito porque siempre serán el impulso en mi vida,

..... a mis maestros, especialmente al Dr. Gabriel de Jesús Alejo Galarza y al Dr José María Hernández Mata por sus enseñanzas, su apoyo y su ejemplo;

..... a mis compañeros residentes por su amistad y su apoyo incondicional;

..... a mi familia, por su ayuda y comprensión,

..... a todas las personas que estuvieron presentes a lo largo de mi residencia, por tantas experiencias y enseñanzas;

**Muchas gracias**

# ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ.

## 1. HISTORIA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

### Introducción.

Desde los tiempos más remotos se han atribuido causas sobrenaturales a las enfermedades mentales. Su estudio científico no comenzó hasta muy recientemente y con ello, el alivio de los "locos"

Una piedra en la cabeza, una condena del alma, una posesión diabólica, un encantamiento, un delito, una conducta antisocial, un vicio... todas estas cosas han definido a la locura a lo largo de la historia y sorprendentemente, algunos de estos calificativos han perdurado hasta hace poco. De hecho, se puede asegurar que nos encontramos sólo en los albores de la consideración del deterioro mental como enfermedad. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores, cuya misión era librar a la sociedad del mal.<sup>28</sup>

Precisamente, el origen del estudio de la locura está íntimamente ligado a la religión. Ya el hombre primitivo atribuyó una causa sobrenatural a la enfermedad mental, lo cual no le privó de abordar cierto enfoque terapéutico. Se han encontrado cráneos trepanados de hace más de 10,000 años pertenecientes al neolítico europeo, que demuestran que ya entonces la curiosidad humana identificaba la cabeza como la caja que albergaba los secretos de la conducta trastornada. Este tipo de evidencias se han encontrado en las Islas Canarias, el Norte de África y Rusia. También se han hallado restos de prácticas similares en Perú y Bolivia que demuestran un alto conocimiento médico y una gran osadía al tiempo de afrontar los comportamientos patológicos.

En muchos casos, el cráneo mostraba evidentes huellas de haber sobrevivido a una confrontación física, por lo que los paleontólogos opinaban, que la operación tenía como objetivo liberar al paciente de alguna presión traumática que afectaba a su conducta.

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones las trepanaciones se practicaban con la intención de realizar curaciones sobrenaturales. Según indica Chris Ann Philips, coordinadora de la Asociación Americana de Neurocirugía, "es muy posible que entre los pueblos precolombinos de Perú y Bolivia las trepanaciones se practicaran con la idea de que un espíritu maligno había poseído al paciente, lo que causaba su demencia. Por ello, se abría un agujero en el cráneo para permitir la salida del agente dañino". Lo más sorprendente era que en muchos casos el resultado de la operación era satisfactorio. En gran número de cráneos se han hallado huellas de cicatrización y de curación de la herida infligida, lo que demuestra que el paciente sobrevivió.

La intención de exorcizar al demente no era exclusiva de aquellas culturas. En las antiguas civilizaciones: hebrea, griega, china y egipcia, también existen testimonios de prácticas para combatir los espíritus de ciertas personas cuyo comportamiento no correspondía con el de la mayoría de la población. La única forma de afrontar la locura era expulsando a los demonios del cuerpo.

Tanto desde el punto de vista popular como desde la práctica médica, la concepción de la locura como un fenómeno extranatural se mantuvo hasta Hipócrates (460-377 a.C.). El gran pionero griego de la fisiología señaló por primera vez un posible origen natural de los trastornos mentales basándose en la idea de que toda enfermedad tiene su origen en el desequilibrio entre los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Hipócrates es además, autor de la primera clasificación psicológica de los temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico o flemático) e incluso llegó a diferenciar tres categorías de trastorno mental: manía, melancolía y frenitis, ideas que perduraron casi inalteradas hasta el final de la civilización grecorromana.<sup>29</sup>

La principal aportación hipocrática al conocimiento de la locura consistió en vincular directamente el mal mental a las enfermedades del cuerpo. Sin embargo, en la Grecia clásica ya empezaban a describirse trastornos cuya dimensión era claramente psicológica. Estos problemas relacionados con el comportamiento recibían un tratamiento emocional específico que se centraba en gran medida, en la relación entre el enfermo y la persona que lo atendía.

El teatro desempeñaba un papel fundamental en estas terapias, ya que se le atribuía una función purificadora o catártica en cuanto que servía de representación de las pasiones del público. Los sofistas llegaron más lejos y propusieron el diálogo y la lectura como "medicinas del alma" e incluso desarrollaron un "arte de aliviar la melancolía" relatando los propios sueños a un interlocutor autorizado.

La cultura romana recogió gran parte de los postulados griegos sobre la mente, aunque con algunos matices reseñables. Asclepiades, un pensador nacido en el 124 a.C., se mostró contrario a la teoría humoral de Hipócrates y sugirió por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento patológico. Además, alzó la voz contra el tratamiento inhumano que se les daba a los enfermos mentales y contra su encarcelamiento. Él, fue el primero que distinguió entre alucinaciones, ilusiones y delirios, y propuso una división entre "males mentales" crónicos y agudos.

Pero sin duda, la mayor aportación de la época la realizó Galeno (130-200 d.C.), quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique. Según su opinión, las causas de la locura podían ser orgánicas (lesiones, exceso de alcohol, cambios menstruales...) o mentales (miedos, desengaños, angustias...). Además, sostuvo que la salud anímica depende del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma. Este médico romano realizó el último gran esfuerzo por comprender racionalmente la locura y su tratamiento, antes de que en el mundo occidental, se

diera paso a una larga etapa de oscurantismo e ignorancia que se prolongaría durante toda la Edad Media.

El legado de griegos y romanos fue continuado, sin embargo, por otras culturas. En Alejandría se desarrolló la medicina con gran eficacia y se atendieron con especial dedicación los problemas psiquiátricos. A los enfermos mentales se les cuidaba en sanatorios donde el ejercicio, las fiestas, la relajación, la hidroterapia, los paseos y la música formaban parte fundamental del tratamiento.

Eran, pues, relativamente afortunados los que caían enfermos fuera de Europa, ya que en el Viejo Continente los afectados de trastornos psíquicos corrieron mucha peor suerte. Durante toda la Edad Media y gran parte del Renacimiento, en algunos lugares incluso hasta el siglo XVIII, la locura fue terriblemente incomprendida.

El tratamiento de los enfermos lo realizaban principalmente los clérigos en los monasterios. En un primer periodo, el cuidado exigía un trato humanitario y respetuoso, aunque el estudio de las causas del mal se abandonó en manos de la superstición y las creencias en la posesión demoniaca. Pero, con el transcurso del tiempo, la visión caritativa del tratamiento mental se fue endureciendo hasta convertirse en habituales los exorcismos, las torturas y los encierros en calabozos.

En este negro panorama, no dejaron de aparecer ciertas excepciones. Así, San Agustín aceptó que la razón podía modificar los trastornos del ánimo mejor que la fuerza, y Santo Tomás de Aquino reconoció que el alma no podía enfermar y, por lo tanto, la locura debía ser un mal relacionado con el cuerpo, susceptible de tratamiento.

Ya en el Renacimiento, el español José Luis Vives (1492-1540) negó rotundamente el origen sobrenatural del mal psíquico, y sus contemporáneos Frenel y Paracelso establecieron estrechas relaciones entre el cuerpo y la mente, sin embargo, no tuvieron fuerza suficiente para evitar que al "loco" se le siguiera tratando como a un endemoniado y a la "loca" como a una bruja.

Habrían de pasar algunos siglos más de encierros y torturas antes de que el conocimiento de la enfermedad recibiera el siguiente gran impulso de la mano del francés Philippe Pinel (1745-1826). Este médico francés se dedicó al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, perteneció al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y el análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. En el campo institucional, propugnaba la humanización del trato que se daba entonces a las personas, eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes. Sustituyó el término "loco" por el de "alienado", pero su mayor aportación fue la de conferir rango científico al tratamiento de la psique enferma. Elaboró una completa clasificación de los trastornos mentales -que podían tener la categoría de melancolía, manía, demencia o idiocia-, y sentó las bases de un tratamiento moral de la mente que debía seguir los mismos protocolos que los tratamientos físicos para el cuerpo; además sugirió la creación de cuerpos médicos especializados e instituciones exclusivas para el cuidado y curación de los enfermos psíquicos, que son el precedente de los hospitales psiquiátricos de hoy. Por todo ello a Pinel se le considera uno de los padres de la psiquiatría moderna.

A partir de esto, el estudio científico de la locura no alcanza su culminación hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Figuras como Emil Kraepelin (1856-1926), acometió una cartografía sistemática de la psicopatología que aún se utiliza; Sigmund Freud (1856-1939), creador de la teoría psicoanalítica, iluminador del inconsciente y de una nueva forma de psicoterapia dinámica que llega hasta nuestros días y Karl Jaspers (1883-1969), fundador de la psicopatología moderna, dan forma al actual acercamiento de la enfermedad mental desde el punto de vista de las ciencias positivas y de la razón.

Pero por desgracia, la comprensión de la locura todavía está lejos de ser completa. El tratamiento de los trastornos mentales sigue siendo un problema mundial con demasiados huecos por resolver.

Durante los últimos cincuenta años, las condiciones de vida y de salud de gran parte de los ciudadanos del mundo han mejorado espectacularmente, pero este notable progreso del bienestar físico ha ido acompañado de un progresivo deterioro de la salud mental. El proceso se inició en los años cincuenta en el mundo desarrollado y ahora cobra fuerza en los países en vías de desarrollo. Según un informe de Arthur Kleinman y Alex Cohen, del departamento de medicina social de la Facultad de Harvard, los cambios sociales propios de la urbanización y el desarrollo económico favorecen al crecimiento de las tasas de violencia, el abuso de alcohol y otras drogas y, en definitiva, la quiebra de la estabilidad emocional del individuo. A pesar del creciente conocimiento de las causas biológicas de los trastornos mentales, la psiquiatría no debe olvidar las peculiaridades ambientales que afectan a millones de personas. Sólo así se habrá garantizado la erradicación de prácticas alienantes y vejatorias contra el enfermo que todavía se pueden contemplar en la mayor parte de los países del Tercer Mundo.

Es importante recordar cómo la psiquiatría se ha ido abriendo en el campo de la ciencia y que lo que es una realidad es que definir la enfermedad psiquiátrica lleva consigo conocer a fondo el entorno social y cultural de cada época. <sup>26</sup>

## 2. ANTECEDENTES

Los primeros estudios sobre las actitudes hacia el trastorno mental y hacia quien lo padece fueron publicados en los años 50 en investigaciones aisladas en los Estados Unidos. Desde entonces el número de investigaciones ha aumentado con el auge de la psiquiatría y la psicología comunitaria, la cual destaca las actitudes de la comunidad, como parte esencial para obtener éxito en los programas o tratamientos que se planeen para la población.<sup>1</sup>

Los estudios europeos, norteamericanos, asiáticos, africanos y australianos muestran influencias del entorno sociocultural en las actitudes y creencias de la población acerca del trastorno mental y de la búsqueda de ayuda profesional. En el caso de las poblaciones africanas y asiáticas se mantiene la creencia acerca de que el trastorno mental es una posesión diabólica y la medicina tradicional tiene preponderancia para su tratamiento. Para el caso de las poblaciones latinoamericanas y del Caribe estudiadas, estas parecen conservar creencias y prácticas del modelo médico occidental el cual coexiste con creencias acerca de la importancia de las redes sociales de apoyo, de la familia en el cuidado de la salud mental y los recursos religiosos y espirituales en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales.

Los estudios sobre el estigma en los trastornos mentales y las intervenciones desarrolladas para aumentar la información que lo disminuya han ido en aumento.

En general, los estudios sobre el tema vienen mostrando que las personas tienen información limitada acerca de los trastornos mentales y esto se plantea como una barrera importante que incide en el cambio de actitud del ciudadano común y corriente frente a la misma.

Por otro lado, los estudios evidencian diferencias entre las actitudes de la población general, los estudiantes universitarios y los profesionales de la salud

El tema de las actitudes hacia el trastorno mental y de la búsqueda de ayuda profesional cobra cada vez más vigencia.

Las actitudes son usualmente definidas como: "la disposición o tendencia a responder positiva o negativamente acerca de cierta idea, objeto, persona o situación". Ello abarca o está estrechamente relacionado con nuestras opiniones y creencias y están basadas en nuestras propias experiencias. Según Triandis, (1971) actitud "es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales". Esta predisposición puede ser positiva o negativa por tanto tenemos que existen actitudes positivas (apropiadas) y actitudes negativas (inapropiadas).

Johnson y Johnson (1986) definen las actitudes apropiadas como "aquellas que promueven la capacidad para llevar a cabo transacciones con el entorno que desemboquen en el mantenimiento de uno mismo, el crecimiento y la mejora". Estas actitudes promueven conductas y sentimientos de satisfacción, goce y alegría. Por el contrario, las actitudes inapropiadas son "aquellas que dan lugar a una vida problemática, debido a la disminución de habilidades para el mantenimiento de uno mismo, para el desarrollo de formas de vida constructivas y saludables y para el crecimiento como persona". Este tipo de actitudes promueven comportamientos autodestructivos y conductas y sentimientos de depresión, ira, ansiedad y culpa.

En general las definiciones de actitudes involucran tres componentes relacionados entre sí: la idea como componente cognitivo se refiere a pensamientos, creencias, opiniones o percepciones acerca de un objeto actitudinal. Es decir refleja cómo éste es mentalmente conceptualizado (Antonak y Liveh, 1988). Esto tiene directa relación con las categorizaciones que se hacen según los atributos o características de un objeto o persona independiente de las variaciones individuales que existen. Las personas con enfermedad mental usualmente han sido categorizadas por un atributo común cual es su incapacidad para valerse por sí mismas. El componente cognitivo de las actitudes suele ser medido utilizando instrumentos tales como las listas de adjetivos y el diferencial semántico. El segundo componente se relaciona con la emoción, es el componente afectivo, todas las ideas traen asociado este componente que puede ser positivo o negativo

dependiendo de las vivencias y experiencias previas de cada persona. Como señalan Triandis, Adamopoulos y Brienberg, (1986) el ser humano no puede pensar en muchas cosas "sin sentir una emoción"

La emoción y el afecto pueden ser expresados con grados variables de fuerza. Se asocian a expresiones verbales y/o respuestas de tipo fisiológico. Finalmente toda emoción o idea puede relacionarse con una forma de actuar, este sería el componente conductual. Las creencias respecto de un objeto actitudinal van asociadas a conductas que pueden ocurrir respecto de ese objeto, las opciones son limitadas: uno puede "ir hacia", "alejarse" o "ir en contra" de un objeto actitudinal.<sup>32</sup>

Uno de los motivos que avala el estudio e investigaciones de actitudes hacia las personas con enfermedad mental es la implicancia que ellas tienen sobre sí mismas. De acuerdo a como lo afirma Altman (1981), "las actitudes que los otros muestran hacia las personas con enfermedades mentales tienen gran importancia pues les afectan a distintos niveles . en sus relaciones con sus iguales y con los otros significativos, en la formación de su autoestima, en su interacción con profesionales de la salud, educación y trabajo social, asesores y empresarios que son importantes proveedores de información, servicios y estabilidad y con relación a las personas en general, cuyas reacciones ante su presencia en lugares públicos son parte de las experiencias de la vida diaria".

Las actitudes negativas de la sociedad hacia estas personas suponen un serio obstáculo para el pleno desempeño de los roles y para el logro de sus objetivos en la vida (Safilios-Rothschild, 1976; Hollinger y Jones, 1970).<sup>33</sup>

En la medida en que las actitudes de las personas hacia el trastorno mental están influidas por mitos, estereotipos, creencias del sentido común -puesto que solo algunos miembros de la comunidad se hallan expuestos a este por experiencias con quienes lo padecen- resulta necesario explorarlas, ya que pueden constituirse en barreras que dificulten el acceso a los programas de salud mental en la población.

Finalmente, la exploración y comprensión acerca de su estructura, contenidos y características en los distintos grupos poblacionales podría permitir delinear nuevas comprensiones sobre el fenómeno y de cómo diseñar estrategias comunitarias de salud mental en estos distintos grupos que finalmente resultarán con mayor impacto en las poblaciones.

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).<sup>2,4</sup>

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

Dentro de la escala de Actitudes hacia la Enfermedad Mental (AMI) ésta contiene 4 ítems que miden autoritarismo, benevolencia, restrictividad e ideología de la comunidad, los cuales se definen a continuación:

**Autoritarismo.** Es la visión que se tiene del enfermo mental donde se refiere que éste 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 quienes buscan activamente ayuda psiquiátrica, la orientación de los recursos

comunitarios al trabajo con pacientes y los esfuerzos preventivos, vía intervención ambiental.<sup>4,5,8,12</sup>

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 que a mayor educación, jerarquía ocupacional y menor edad influyen positivamente en las actitudes.<sup>4</sup>

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

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.<sup>4</sup>

Por otro lado, hay similitud en la mayor parte de los resultados en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente con enfermedad mental depende del grado en el que se sospeche que hay elementos de agresión de imprevisibilidad en la conducta del enfermo. El hecho de etiquetarlo ha sido positivo para algunas poblaciones, pues una vez que se diagnostica a un 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.<sup>1,14</sup>

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

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 éstas con frecuencia determinan el destino del enfermo. Prueba de esto 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. <sup>16</sup>

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 eficiencia 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. <sup>17</sup>

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 en formación, dentistas y 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 ésta fue intermedia entre los 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.<sup>15,16,17,18</sup>

Otros resultados sobre actitud hacia la enfermedad mental son los arrojados por un estudio 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 y también 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 información sobre la enfermedad mental a la que consideran como cualquier otra; se mostró una mayor aceptación hacia el paciente mental, señalando 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 específicas a los enfermos mentales, por ejemplo, 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 le 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 intervalo de seis semanas antes y después de relacionarse con este tipo de pacientes. Observaron mayor aceptación de los factores biológicos o psicodinámicos y 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.<sup>4</sup>

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 las actitudes del maestro hacia el sistema de creencias comunes de los que los estudiantes van aprendiendo durante la indocctrinación, 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.<sup>7</sup>

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 más simpatía y paternalismo hacia éste quizá basados más en principios religiosos. Existieron diferencias en los familiares de los pacientes que ingresaban por primera vez porque tendían a ser más autoritarios, mientras que a más cronicidad, tendían a ser benevolentes.<sup>5</sup>

Mohsen Shokoohi-Yekta y Paul M. Reish en 1991 midieron con el OMI las actitudes hacia la enfermedad mental en 83 hombres graduados de cultura americana y china

Los factores fueron autoritarismo, benevolencia, ideología de la higiene mental, restrictividad social y etiología interpersonal. Estadísticamente hubo diferencias significativas en los dos grupos en los factores primero, segundo, cuarto y quinto, de forma que el grupo de americanos puntuaron más bajo en autoritarismo, en restrictividad social y etiología interpersonal y más alto en benevolencia que los chinos.

trabajo las actitudes son de rechazo marcado, que se extiende hacia los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos y se desconoce lo que es la enfermedad mental.<sup>30, 31</sup>

Con el mismo cuestionario Dolores Aparicio hizo su tesis en 1994 sobre este mismo tema encontrándose factores similares al trabajo antes mencionado: religiosidad, peligrosidad, prejuicio, rechazo, apoyo familiar y estereotipo.<sup>22</sup>

También se han publicado trabajos de actitudes en estudiantes de la Universidad del País Vasco con el cuestionario de Cohen y Struening sin modificar.<sup>31</sup>

### 3. JUSTIFICACION

Llama la atención que nuestros enfermos y nuestra especialidad hayan estado tan discriminados y estigmatizados a lo largo del tiempo a diferencia de la mayoría de los enfermos correspondientes a otras especialidades médicas, hasta el punto de que incluso hoy día hay clínicas muy modernas y famosas como la Montepíncipe de la Comunidad de Madrid no admite ingresos ni consultas externas de enfermos psiquiátricos y hasta hace muy pocos lustros ocurría algo parecido incluso en los hospitales de la sanidad pública.

Este estado de cosas, cuyo origen si nos remontamos en la historia es probable que se halle en los puntos de vista de René Descartes quien con su teoría dualista exponía una *res extensa* para lo corporal y una *res cogitans* para lo espiritual o mental, esto dió lugar a la disociación entre los dos tipos de enfermos hasta nuestros días: «la enfermedad mental es algo especial, diferente, quizá ni siquiera es una enfermedad», ese rechazo inevitablemente abarca también a la minusvalía de la especialidad médica que la trata: la psiquiatría.

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 debido 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.<sup>3</sup>

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.<sup>1,3</sup>

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 como 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. <sup>1,3,4</sup>

La importancia de medir las actitudes, radica en el hecho de que éstas ejercen influencia en la 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 <sup>2,8</sup>, y que alrededor del 30 al 60% de los pacientes que asisten a la consulta médica padecen trastornos mentales, independientemente de su padecimiento médico. <sup>8,9</sup>

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 trastornos mentales representan grandes sufrimientos para las personas afectadas y una grave pérdida económica y social para el país. <sup>10,11</sup>

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 <sup>3</sup>

Las personas con enfermedad mental y sus familias se enfrentan aún hoy, en nuestros días del siglo XXI, a un pesado estigma, a situaciones de discriminación por prejuicios que poco o nada tienen que ver con la realidad.

Uno de los aspectos que también contribuye al estigma es el propio tratamiento; en el caso de los tratamientos farmacológicos, los efectos secundarios identifican o asemejan a la persona tratada con otras situaciones que no le son propias, y así, personas jóvenes, pueden tener la apariencia, conductas o reacciones de personas mayores o, por el contrario, de niños.

Esta consecuencia de los tratamientos es realmente de especial trascendencia tanto para el propio enfermo como para la familia; ambos deben adaptar su funcionalidad y relaciones a las nuevas circunstancias, siendo ello de gran complejidad y por tanto generador de reacciones de conductas de rechazo, tanto en el nivel interno de la familia como en el exterior

También hay que tener en consideración que el mero hecho de iniciar un tratamiento psiquiátrico, de manera particular cuando se trata de un antipsicótico esto es motivo de excesiva alarma y predisposición para quienes en ese momento intervienen, generada por el prejuicio de situaciones ciencia ficción y por el desconocimiento de las verdades y reales situaciones presentes.

La confidencialidad y el respeto a la intimidad tienen en el caso de las enfermedades mentales una dimensión excepcional ya que una inoportuna reacción puede tener una repercusión importante en el proceso de adherencia a los tratamientos que se hayan recomendado o que se estén llevando a cabo en ese momento.<sup>27</sup>

Por otra parte, el abordaje de las patologías mentales a través de los "manicomios", "casas de locos" y "hospitales psiquiátricos" ha sido en sí mismo estigmatizante y discriminatorio, situación que continúa pesando en las nuevas estructuras y establecimientos diseñados para la atención a la salud mental; de ahí que siga siendo frecuente encontrarse con oposiciones y resistencias de movimientos vecinales, por ejemplo, ante la puesta en marcha de centros de día, centros de rehabilitación, residencias, etc. ya que aquéllos consideran peligro y posible causa de devaluación de la zona residencial. En la actualidad han sido innumerables las acciones realizadas en este sentido, a fin, primero, de hacer valer el derecho de establecimiento y atención que se pretendía, pero sobre todo para hacer llegar a los implicados la real y oportuna información y formación sobre la realidad de estas personas y ofrecer los apoyos necesarios para la integración social. En la mayoría de los casos se han producido en poco tiempo unas relaciones adecuadas, que han convertido a estas experiencias en significativas y

conviene extrapolarlas y difundirlas a fin de contribuir a la erradicación del estigma.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta con relación al tratamiento es la inadecuada e incompleta definición y diseño de la atención a la salud mental. Es un aspecto generado por múltiples factores pero tiene su base fundamental en el déficit y la presión asistencial. Así, existe una proliferación de diferentes tipos de programas, centros, servicios, intervenciones, etc. que no sólo son diferentes en cuanto a su denominación sino también en cuanto a su contenido, estructura, competencia, dependencia administrativa y financiera, etc. Es como si en salud mental existiera un "todo vale", lo que sin duda devalúa la propia disciplina, la praxis profesional y la condición de la persona y paciente de los sujetos que requieren de las intervenciones. Tanto es así que las condiciones de algunas de las estructuras han sido del todo insuficientes e inadecuadas, produciendo situaciones graves de violación a los derechos de las personas, lo que ha situado a las personas con enfermedad mental en un lugar, sin duda, más de víctimas que de agresores. Esta condición de víctima que en ocasiones tiene la persona con enfermedad mental se acentúa y agrava cuando no se le ofrecen las condiciones necesarias para que reciba el necesario y continuado tratamiento integral.

La continuidad del tratamiento exige, los suficientes niveles de motivación e información relevantes para la salud; la autopercepción de la vulnerabilidad, la posibilidad de enfermar y la valoración de enfermedad como una amenaza grave; el conocimiento y el convencimiento de la eficacia de las intervenciones prescritas y la accesibilidad a las mismas desde su sencillez, suficiencia, disponibilidad y posibilidad.

Existe una esperanza que en un futuro no muy lejano la suma de acciones, con la dotación adecuada y suficiente de recursos para la atención integral de la salud mental, logre tan esperada y demandada equiparación de la enfermedad mental con el resto de las enfermedades.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### PREGUNTAS DE INVESTIGA

- 1.- ¿Cuáles son las actitudes y creencias de los estudiantes de reciente ingreso a primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí hacia la enfermedad mental?
- 2.- ¿Existen diferencias o asociación entre actitudes y creencias determinadas por el sexo de los estudiantes?
- 3.- ¿Existen diferencias o asociación entre estas actitudes y creencias determinadas por la edad de los estudiantes?
- 4.- ¿Existen diferencias o asociación entre las actitudes y creencias determinadas por el conocimiento previo de la enfermedad mental que tenían los estudiantes?
- 5.- ¿Cuál es la correlación entre los distintos factores que evalúa el cuestionario entre los estudiantes?
- 6.- ¿Son similares los resultados de este estudio con lo descrito en la literatura?

## 5. OBJETIVOS

### GENERAL

Describir las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental en los estudiantes de recién ingreso a primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí utilizando el cuestionario OMI modificado (Opiniones sobre la enfermedad mental de Cohen y Struening).

1. Describir las actitudes hacia la enfermedad mental que presentan los estudiantes de primer año, por sexo.
2. Describir las actitudes hacia la enfermedad mental que presentan los estudiantes de primer año, por edad.
3. Describir las actitudes hacia la enfermedad mental que presentan los estudiantes de primer año, por experiencia con la enfermedad.
4. Describir las actitudes hacia la enfermedad mental que presentan los estudiantes de primer año, por creencia religiosa.
5. Describir la correlación de cada uno de los factores de la Escala de Opiniones hacia el enfermo mental.
6. Describir si la correlación entre los factores se asemeja a lo descrito en la literatura.

## 5. MATERIAL Y METODOS

### **Tipo de estudio:**

- Descriptivo, transversal, de procedimiento, prolectivo.

### **Muestra:**

- El estudio se realizó con los estudiantes de recién ingreso (año 2008) a primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

### **Obtención de la muestra:**

- Se solicitó autorización a profesores universitarios para convocar a los 132 estudiantes de primer año. A la reunión solamente acudieron 113 alumnos en el aula de anatomía de la facultad de la UASLP; se aplicó de manera voluntaria el cuestionario OMI modificado (Escala de Opiniones hacia la enfermedad mental, de Cohen y Struening) al cual respondieron de manera anónima con una duración aproximada de aplicación de treinta minutos.

### **Código de ética**

Esta investigación por naturaleza no pone en riesgo la vida y la función de los pacientes, además se apeg a las normas de investigación en humanos de la Ley General de Salud y a la investigación en humanos de las recomendaciones emanadas en la reunión de expertos en Helsinki y en sus enmiendas posteriores

## Definiciones

Para fines de este estudio 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.<sup>1,2</sup>

Hemos estado hablando de "actitud", pero ¿a qué se refiere este término? Existen varias definiciones, pero en suma, es la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada, de tono afectivo, a responder de 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.<sup>5</sup>

Para este estudio se define teóricamente la actitud hacia la enfermedad mental como una predisposición subyacente del individuo que lo conduce a evaluar favorablemente o desfavorablemente al trastorno psiquiátrico.<sup>6</sup>

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, etc.<sup>7</sup>

## 7. INSTRUMENTO DE EVALUACION UTILIZADO

### **Cuestionario OMI Modificado**

Para medir las actitudes hacia la enfermedad mental se utilizó el cuestionario de Cohen y Struening aunque con una ligera adaptación a las nuevas circunstancias, por ejemplo, la forma de algunas preguntas que aludían a las estancias en los antiguos psiquiátricos, por alusiones a los servicios psiquiátricos de los hospitales generales.

El cuestionario consta de 63 ítems valorados siempre en la misma dirección del 1 al 6 y que cubren las cinco siguientes dimensiones: negativismo, etiología social/interpersonal autoritarismo, restrictividad y prejuicio.

Durante los últimos años se ha investigado con este cuestionario para evaluar la actitud hacia la enfermedad mental del público en general, de los médicos y de los estudiantes y la influencia de cursos de psiquiatría en las actitudes de los estudiantes hacia la enfermedad mental.

El análisis de fiabilidad da un alfa de Cronbach de 0.8236.

### **Análisis factorial de la Escala de Opiniones frente al Enfermo Mental OMI (OEM)**

Previamente al análisis factorial se hizo la prueba de medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que da un valor de 0.817, el cual resulta claramente satisfactorio al mostrar elevada correlación entre las variables de estudio para realizar el análisis factorial. Igualmente la prueba de esfericidad de Barlett al rechazar la hipótesis nula ( $p < 0,001$ ) asume que la matriz de correlaciones es distinta de la matriz identidad y por tanto que existe correlación entre las variables.<sup>34</sup>

### **Negativismo.**

Explica el 14% de la varianza. Podría llamarse también factor anti-paciente, pues todos sus ítems, como se puede ver en el cuestionario anexo, se refieren a la supuesta peligrosidad de estos pacientes, la necesidad de encerrarlos, de tomar distancia de ellos, etc. Sin duda el sentido de este factor se relaciona con el de los factores autoritarismo, restrictividad y prejuicio.<sup>34</sup>

### **Etiología social/interpersonal.**

Este factor explica el 7.2% de la varianza, es un factor que se refiere a la tolerancia, comprensión y justificación de los enfermos mentales en la medida en que tiene un origen el cual los enfermos no pudieron hacer mucho por evitarlo.

No sólo son las relaciones interpersonales, sobre todo con la gente más cercana (familia, etc.), las determinantes del trastorno, sino que estos ítems también aluden a un origen en función de la dimensión social, llevando al enfermo del entorno más cercano e íntimo al social. Se puede ver en los ítems correspondientes del cuestionario anexo.<sup>34</sup>

**Autoritarismo.** Este factor se limita al 4.8% de la varianza total y es un factor muy presente en todas las investigaciones realizadas a partir de la escala de Cohen y Struening y que evidentemente hace referencia al concepto de «personalidad autoritaria» de Theodor Adorno, quien fundándose en Lasswell, Fromm, Maslow y Sartre, este pensador escribió "La personalidad autoritaria", donde se afirma que la personalidad autoritaria es creada por padres que usan métodos rígidos y severos de disciplina, que hacen depender su amor y aprobación de la obediencia total, que destacan más los deberes que los afectos, y que ahondan las diferencias de status entre las personas. Tal actitud genera hostilidad en el hijo, que no puede manifestarla por temor a sus padres. Además, su sometimiento al padre lo hizo sentir más dependiente y menos capaz de desafiarlos. Tal necesidad de reprimir la hostilidad lleva al sujeto a identificarse con el padre y desplaza su hostilidad hacia otros grupos, generalmente inferiores. El miedo a sus impulsos y la necesidad de reprimirlos engendra una personalidad rígida y estereotipada, con dificultades para autoobservarse y con cánones morales rígidos. Estos caracteres

de la personalidad autoritaria reflejan posiblemente defensas contra la expresión de la hostilidad reprimida hacia la autoridad.<sup>33, 34</sup>

### **Restrictividad.**

Es un factor que explica exclusivamente el 3.1% de la varianza total. Lo hemos definido como «restrictividad», en la medida en que refleja la creencia de que los pacientes tienen una incapacidad para desarrollar distintas actividades, ya sea en el ámbito laboral o en las relaciones sociales, limitándoles el derecho a vivir donde prefieran o poniendo voz a sus hipotéticos pensamientos al afirmar que socialmente no son hábiles o que prefieren no convivir en comunidad.<sup>34</sup>

### **Prejuicio.**

Su peso es tan sólo del 3% y se refiere a quienes se enfrentan a la enfermedad mental con una importante carga de prejuicios, mismos que hacen que no deseen tenerles por vecinos, sea por miedo o porque simplemente provocan incomodidad. No se cree en ellos para labores cualificadas. Se habla de ellos como «personas diferentes, ajenas a las personas normales».<sup>34</sup>

### 3. ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central como media, desviación estándar y rangos para variables dimensionales y se utilizaron frecuencias para las variables ordinales y nominales.

Se realizó la prueba t-student para grupos independientes y correlación de Pearson para análisis de asociación entre los factores.

Se obtuvieron los datos a través del paquete estadístico SPSS Versión 16.

## 9. RESULTADOS

Se obtuvieron los datos de 113 alumnos de reciente ingreso a primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. La media de edad fue de 18.5 años (DE 0.8). El 48.7% de la muestra fue del sexo masculino y el 51.3% del sexo femenino.

El rango de edad resultante del grupo fue de los 17 a los 20 años. El 100% de los estudiantes son solteros. En lo que respecta a la religión, el 84.1% son católicos, el 8.8% refirió no pertenecer a ninguna religión, el 1.8% contestó no creyente y el 5.3% tiene otra religión. En cuanto a su experiencia con la enfermedad mental, el 38.9% reportó que había sido por lo que ha leído, el 10.6% porque tienen un familiar enfermo, el 9.7% han acudido ellos mismos a consulta, el 0.9% por el trato con pacientes y el 39.8% respondieron tener ninguna experiencia.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES POR SEXO

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	55	48,7
Mujer	58	51,3
Total	113	100,0

FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN DE LA EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS ESTUDIANTES

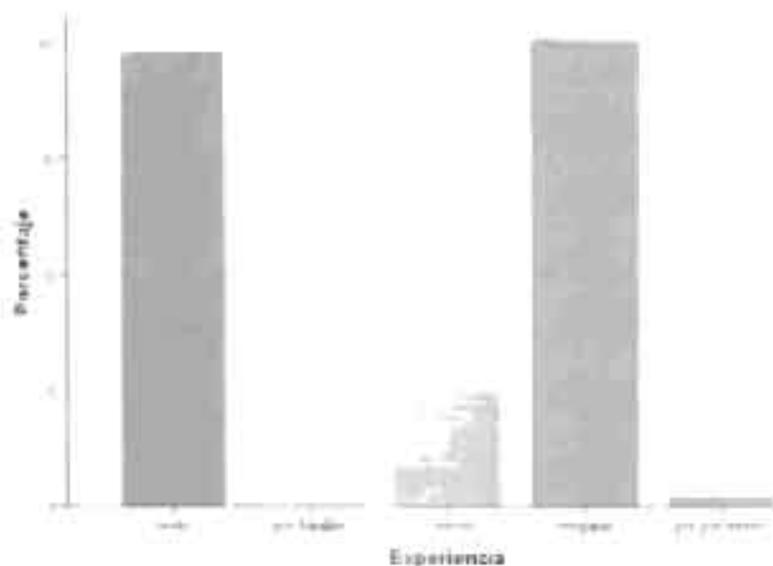


FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA RELIGIÓN EN LOS ESTUDIANTES

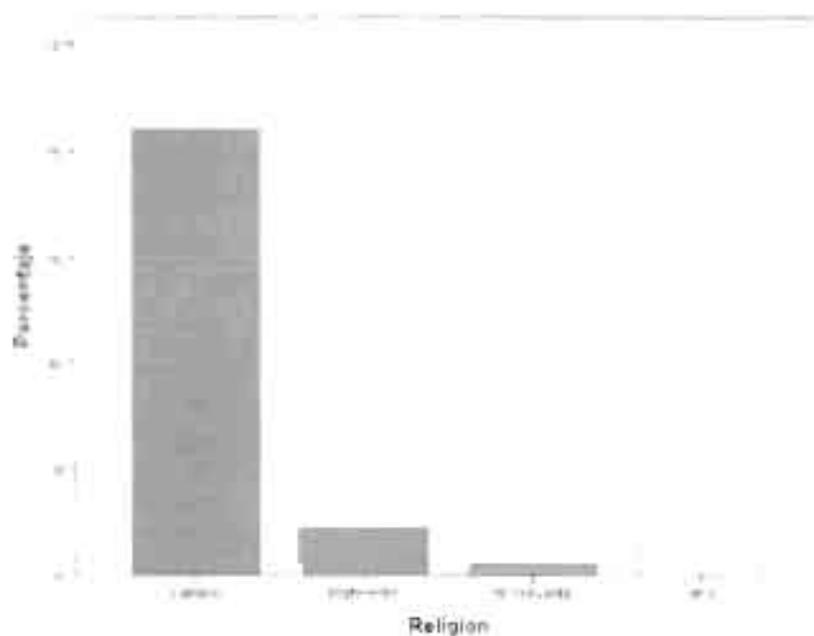
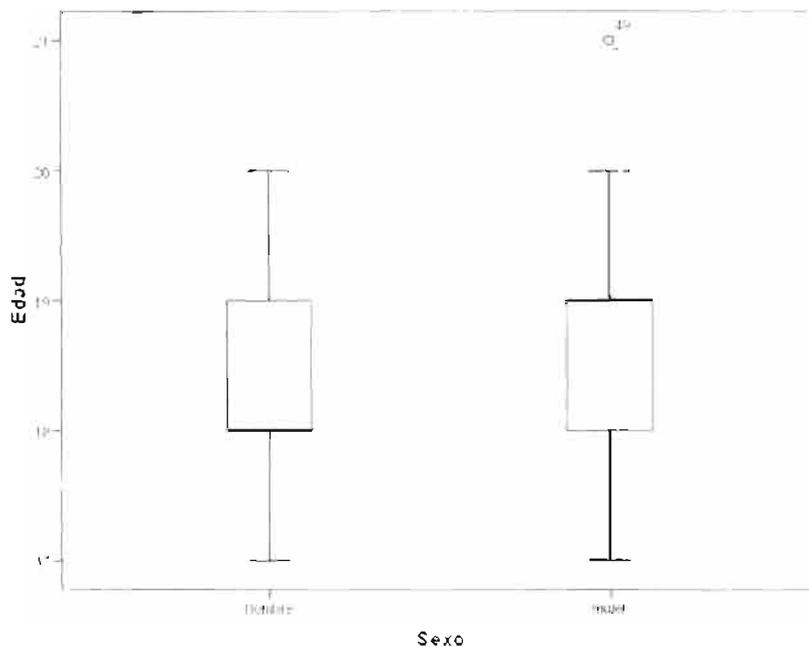


FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD POR SEXO



Al analizar las variables sexo, religión y experiencia con la enfermedad mental con relación a los diferentes factores del cuestionario, se encontró que el sexo masculino tendía a puntuar más alto en los factores de autoritarismo y en restrictividad y las mujeres tendían a puntuar más alto en negativismo ( tabla 2); esto sugiere que las mujeres tienen más actitudes antipaciente e ideas de supuesta peligrosidad de los pacientes y los hombres, actitudes que reflejan la creencia de que los pacientes tienen una incapacidad para desarrollar distintas actividades ya sea en el ámbito laboral o de relaciones sociales. Estos resultados coinciden con lo esperado de acuerdo a factores culturales; sin embargo al realizar el análisis estadístico con la prueba de t-student ninguna de estas diferencias fue significativa.

FIGURA 4. PUNTAJE DE AUTORITARISMO CON RELACIÓN AL SEXO

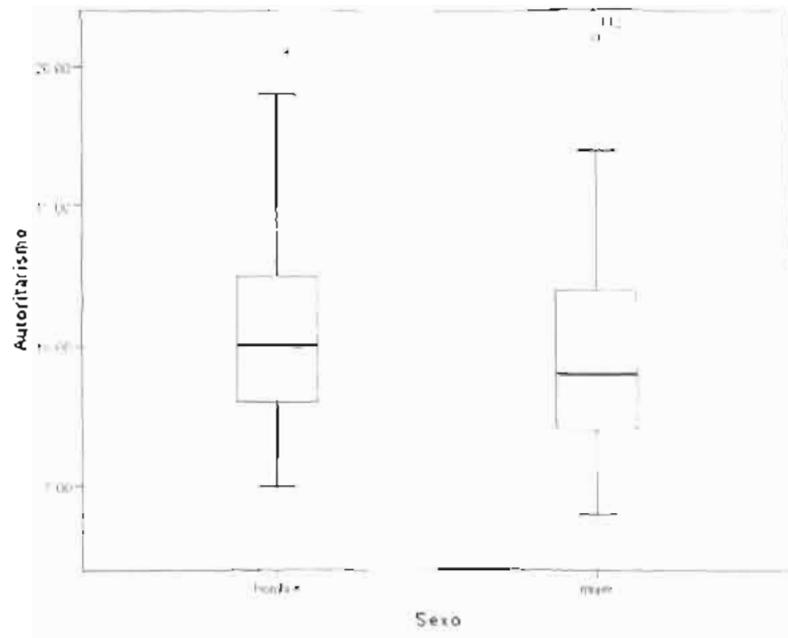


FIGURA 5. PUNTAJE DE RESTRICTIVIDAD CON RELACIÓN AL SEXO

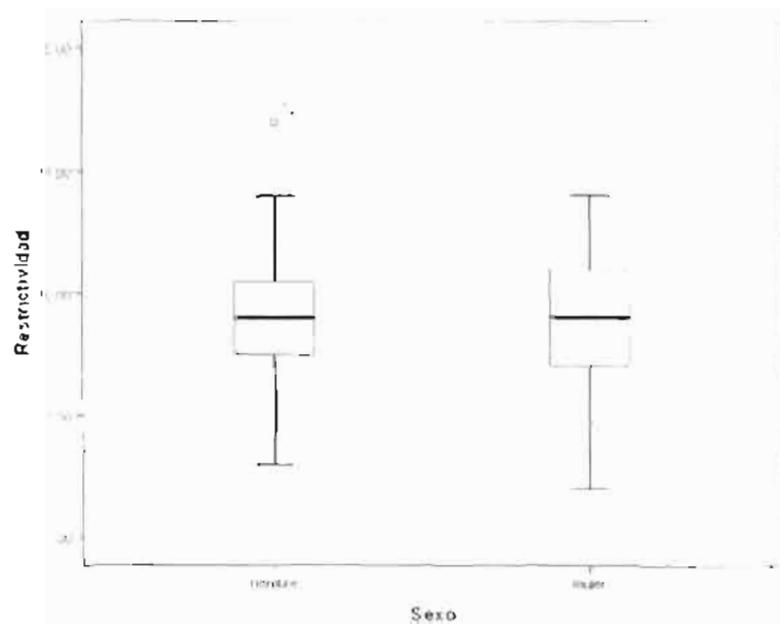


FIGURA 6. PUNTAJE DE NEGATIVISMO CON RELACIÓN AL SEXO

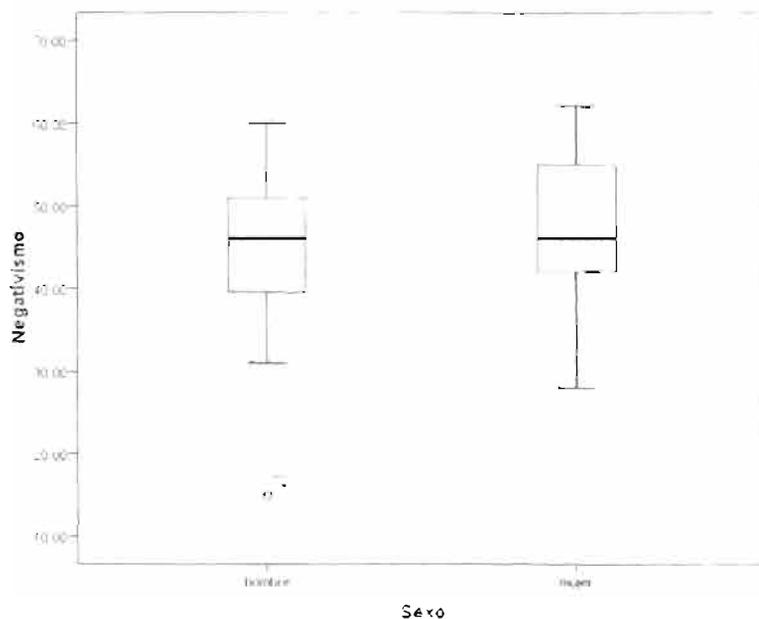


TABLA 2 ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS ESTUDIANTES CON RELACIÓN A SEXO, EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD MENTAL Y RELIGIÓN

	Sexo		Experiencia		Religión	
	Hombre (n=55)	Mujer (n=68)	No (n=45)	Si (n=68)	Católico (n=95)	Otra religión (n=18)
<b>Etiología social</b>	7.5 ± 2	7.7 ± 2	7.6 ± 2.1	7.5 ± 2.5	7.7 ± 2.3	6.8 ± 2.2
<b>Autoritarismo</b>	10.5 ± 3	9.6 ± 3	10.6 ± 3.6	9.6 ± 3.5	10.1 ± 3.5	9.3 ± 3.2
<b>Restrictividad</b>	9.1 ± 2	8.8 ± 3	9.1 ± 3.1	8.8 ± 2.7	8.9 ± 2.7	8.9 ± 3.8
<b>Prejuicio</b>	6.1 ± 2	6.3 ± 2	6.4 ± 2.3	6.1 ± 2.3	6.2 ± 2.3	6.4 ± 2.5
<b>Negativismo</b>	45.2 ± 5	46.6 ± 7	44.9 ± 9.2	46.6 ± 6.7	46.3 ± 7.3	43.8 ± 10.2

En esta tabla se describe como los estudiantes que no tenían experiencia con la enfermedad mental, puntuaron más altos en autoritarismo. Sin embargo, nuevamente al aplicar la prueba t-student, no se encontró significancia estadística

Los estudiantes católicos tendían a puntuar más alto en negativismo es decir que tenían más actitudes y creencias que se refieren a la supuesta peligrosidad y de tomar distancia de ellos. Con estos datos se realizó la prueba t-student donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente se realizó una correlación entre los factores encontrándose una asociación positiva entre autoritarismo y restrictividad con una  $r$  de 0.24 y una  $p$  de 0.009 y entre negativismo y prejuicio con una  $r$  de 0.25 y una  $p$  de 0.006. También se encontraron diferencias significativas en la correlación prejuicio y autoritarismo, sin embargo se considera que la magnitud de la asociación es pobre.

TABLA 3. CORRELACIONES

		ETIOLOGÍA SOCIAL	AUTORITARISMO	RESTRICTIVIDAD	PREJUICIO	NEGATIVISMO
ETIOLOGÍA SOCIAL	Correlation	1,000	-,165	,168	-,008	,179
	Significance (2-tailed)		,082	,076	,934	,059
	Df	0	110	110	110	110
AUTORITARISMO		-,165	1,000	,245	,196	-,119
		,082	.	,009	,038	,213
		110	0	110	110	110
RESTRICTIVIDAD		,168	,245	1,000	-,091	-,153
		,076	,009		,341	,107
		110	110	0	110	110
PREJUICIO		-,008	,196	-,091	1,000	,258
		,934	,038	,341		,006
		110	110	110	0	110
NEGATIVISMO		,179	-,119	-,153	,258	1,000
		,059	,213	,107	,006	
		110	110	110	110	0

## 10. DISCUSIÓN

Es importante señalar que la mayor parte de la información obtenida de este estudio como en la generalidad de los ya referidos, es descriptivo y de un análisis estadístico relativamente sencillo por lo que será necesario hacer mejores diseños metodológicos, con el objeto de conocer con más precisión la actitud hacia los enfermos y poder predecir su comportamiento.

Debemos tomar en cuenta que las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental se originan y se transmiten en la cultura a través de la socialización, por lo que también es interesante y puntual explorar como la familia, la escuela y los medios de comunicación mantienen estas creencias, opiniones y actitudes.

En este estudio se encontraron resultados similares a los que se han descrito en artículos de revisión de otros investigadores donde concluyen que existen denominadores comunes, como la asociación entre el sistema de creencias (estilo de vida, experiencias, etc.) de un grupo específico y las actitudes que se manifiestan, por ejemplo, la relación de una actitud más favorable hacia el enfermo con tener mayor escolaridad, ser más jóvenes y tener mejor jerarquía ocupacional.

En nuestros resultados las puntuaciones altas en etiología social/interpersonal y bajas en negativismo, sugieren una actitud favorable hacia la enfermedad mental que podría explicarse porque se trata de individuos jóvenes y estudiantes del área de la salud.

Los hallazgos del análisis de correlación son congruentes con lo esperado, ya que una percepción de negativismo se asocia a mayor prejuicio y una conducta autoritaria a mayor restrictividad.

Una limitación de este estudio es que la muestra no es representativa de la población general porque es una muestra homogénea en edad, estado civil, creencia religiosa y nivel educativo. Es probable que no se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los factores y estas variables, debido a que el cuestionario es poco específico y concordamos con otros autores que el instrumento de evaluación ofrece limitaciones en la

construcción, pues fue diseñado y ha sido modificado por los diversos investigadores a partir de su visión particular del problema.

Otra limitación del estudio fue que no existió un grupo comparativo, lo que hubiera enriquecido de manera significativa los resultados al obtener las respuestas de los estudiantes que se encuentran por ejemplo, realizando el internado rotatorio, para observar los cambios antes y después de haber cursado las materias de psicología y psiquiatría, además de alguna experiencia obtenida durante el pregrado con pacientes que padecen trastornos mentales.

No evaluamos otras variables que se consideran importantes como los rasgos de personalidad ya que esto influye en los significados y atribuciones que se les otorgan a las enfermedades mentales.

Es importante destacar que a partir de la aplicación del instrumento se observó un aumento en el número de consultas en el departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina y también un mayor acercamiento de los estudiantes con el deseo de conocer acerca de la enfermedad mental.

Sería interesante llevar a cabo este tipo de estudios en la clínica psiquiátrica "Dr Everardo Neumann Peña", debido a que se ha descrito 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, motivo de especial importancia en nuestro ambiente de trabajo.

## 11 CONCLUSIONES

Las tendencias de las actitudes hacia el trastorno mental son favorables en los estudiantes de primer año de medicina de recién ingreso.

De igual manera como es descrito en la literatura, existieron problemas metodológicos, lo cual sugiere la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios definiendo tipos de muestreo probabilísticos y tamaños muestrales más representativos, igualmente que consideren un rango amplio de variables sociodemográficas.

Resulta interesante el cuestionarse si la actitud favorable mostrada por los estudiantes en su primer año de la carrera se modificará con el tiempo dependiendo de sus experiencias con pacientes en su preparación en hospitales, el modelado social con sus profesores y el estudio de otras materias.

Se necesita perfeccionar los instrumentos de medición en la validez de constructos con el fin de ser más específicos al evaluar las creencias y actitudes de la población. La carencia de instrumentos unificados nos dice que es ineludible dar un giro en futuros estudios sobre el tema debido a que las actitudes y creencias hacia la enfermedad mental dependen de un amplio abanico de determinantes.

La formación continua permanente, interactiva y centrada en el contexto puede mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes del personal médico, contribuyendo a un cambio positivo de actitud, ya que 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.

En general considero que es momento decisivo y será un gran reto de la psiquiatría deshacerse de ideas obsoletas basadas en la realidad del mundo industrializado y comprender que el trastorno mental ofrece caras muy distintas en las diferentes culturas del planeta.

Este estudio destaca la necesidad de realizar estudios sistemáticos y estructurados de la percepción, concepciones, opiniones y actitudes con respecto a la salud y enfermedad mental, no solamente en población estudiantil ya que esto es fundamental para el diseño e implementación de programas para la promoción de la salud mental y para la prevención y atención de las enfermedades mentales.

Considerando todos estos hallazgos y que a nivel mundial surgen nuevos paradigmas que se alejan del modelo médico es importante estudiar las actitudes hacia las personas con enfermedad mental que tienen los futuros profesionales del área de la salud. La posibilidad de ser un aporte cierto al de nuestro país pasa por la formación de profesionales competentes, reflexivos, tolerantes y con una visión holística de cada ser humano.

## 12 BIBLIOGRAFIA

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*, v 9 n 2, pp 3-7, 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*, v 9 n 2, pp 70-77, junio 1987.
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*, v8 n2, pp 27-30, 1985.
7. HODGES BRIAN: Mejora de los conocimientos las habilidades y las actitudes de los médicos de asistencia primaria 1959-2000: una revisión *AmJPsiquiatry* (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*, v8 n3, pp 61-67.
9. CARAVEO JORGE: La relevancia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* v5 n3, pp 22-31 1982.
10. DE LA FUENTE R: Acerca de la salud mental en México. *Salud Mental* v5 n3, pp 22-31 1982
11. LOPEZ JIMENEZ JL: Percepción de la Enfermedad mental en pacientes de consulta de medicina general: *Salud Mental*, v18 n2, pp 25-30, junio 1995.
12. TAYLOR MJ: Attitudes toward mentally ill a reactions to mental health facilities, *Soc Sy Med*, 13, pp 281-290, 1979.
13. GARCIA S: El significado psicológico y social de la salud y enfermedad mentales. *Salud Mental*, v17 n2, pp 32-44, 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. MONTESINOS 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.
20. YLLÁ L. Estudio psicosocial y estadístico de la actitud frente al enfermo mental de la población general de Vizcaya y de la típica de Bermeo. Tesis doctoral sita en la Biblioteca de la UPV 1979.

21. RODRIGUES CR. Comparison of the attitudes of Brazilian and Spanish medical students towards mental disease. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992;20:30-41. Ruiz Ruiz M. *La imagen de la locura*. CEPYP 1975
22. APARICIO DOLORES. Una investigación sobre actitudes básicas hacia la enfermedad mental (validez y fiabilidad del CAB). Tesis doctoral leída en la Universidad de Málaga. Biblioteca de la Universidad, 1994.
23. YLLÁ L, SANZ C, GONZÁLEZ-PINTO A, GUIMÓN J, GARCÍA N. Actitudes frente a la enfermedad mental y psicopatología mostrada por estudiantes de medicina de la Universidad del País Vasco. *Psiquis* 1988; IX:4.
24. YLLÁ SEGURA L, GONZÁLEZ-PINTO ARRILLAGA A, GUIMÓN UGARTECHEA J, CASTILLO E, GARCÍA N, GONZÁLEZ M, ET AL. Cambios de actitud frente al paciente mental y variaciones de personalidad medidas a través del SCL-90 en estudiantes de medicina. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat Cienc Afin* 1988;16:35666.
25. ALVAREZ LY, PERNÍA LC. Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *MedUNAB* 2007, 10:50-56
26. GONZALEZ DURO E. *Historia de la locura en España*. Tomo 1. Madrid: Temas de hoy; 1994
27. CAÑAS F. ROCA M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. pp 256-257.
28. LAIN P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat; 1982.
29. SENDRAIL M. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe 1983.
30. CASCO M, NATERA G, HERREJON M.E. La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental*: v10 n2 jun p41-53.
31. GALLI E. HEINZE G ET AL. Encuesta latinoamericana sobre la actitud de los profesionales de la salud hacia la prescripción de los psicofármacos Estudio comparativo con la realidad peruana. *Rev Med Hered* 2000; 11:79-88
32. GARCIA S. The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud Mental* Vol: 21 (5): 7-19, octubre 1998.
33. DEUTSCH M. KRAUSS R. *Teorías en Psicología Social*, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1976.
34. YLLÁ L, GONZÁLEZ-PINTO A, BALLESTEROS J, GUILLÉN V. Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(5):323-335.

## 13 ANEXOS

- Cuestionario OMI (OEM) Opiniones sobre la enfermedad mental (Cohen y Struening modificado)

**CUESTIONARIO OMI (OEM):**  
Opiniones sobre la enfermedad mental (Cohen y Struening, modificado)

Edad \_\_\_\_\_ años

Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

Estudios Realizados: \_\_\_\_\_

(ninguno, estudios primarios, cultura general, formación profesional, bachillerato, carrera media o peritaje, estudios universitarios especificando si son de ciencias, letras o ingeniería).

Profesión: \_\_\_\_\_

(especificando si no terminó su carrera, no obstante, su profesión, jubilado, ama de casa, obrero, oficinista, empleado de comercio, técnico o administrativo medio, técnico o administrativo superior, estudiante de ciencias, letras o ingeniería, profesión liberal, director, gerente o alto funcionario, industrial). Especifique por favor su carrera: médico, profesor universitario, sacerdote, etc.

Creencias religiosas: \_\_\_\_\_

(indiferente, católico, católico practicante, otras creencias, no creyente)

¿Qué experiencia tiene usted de la enfermedad mental? \_\_\_\_\_

(ninguna, a través de lo que he leído, por medio de una persona (especifique, por favor, si es conocido, amigo o familiar, padres o hermanos, hijos, tíos, etc.) que alguna vez tuvo que ir a consulta psiquiátrica; yo mismo he acudido a consulta psiquiátrica).

Las siguientes manifestaciones son opiniones sobre cómo son los pacientes mentales

Por enfermedad mental entendemos los tipos de trastornos que traen a los pacientes a los hospitales psiquiátricos o a los servicios de psiquiatría de cualquier hospital general

Existen numerosas diferencias de opinión sobre este tema. En otras palabras, muchas personas están de acuerdo con cada una de las siguientes manifestaciones, mientras que otras muchas están en desacuerdo. Quisiéramos saber lo que usted piensa acerca de estas manifestaciones. Cada una de ellas va seguida de seis elecciones

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_

De acuerdo \_\_\_\_\_

No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

Marque con una X el espacio previsto en cada elección que más se aproxime a su forma de pensar sobre cada manifestación. No hay respuestas acertadas o equivocadas. Estamos interesados solamente en su opinión.

Es muy importante que usted responda a todas las preguntas.

1. La depresión normalmente se produce cuando la gente trabaja demasiado.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

2. La enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

3. La mayoría de los pacientes ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales son con peligrosos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

4. Aunque los pacientes dados de alta en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales, pueden parecer curados, no se les debería permitir contraer matrimonio.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

5. La enfermedad mental es una forma de reacción ante las demandas y presiones de la sociedad.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

6. Un número importante de personas sufren mentalmente debido a la forma de vida que siguen.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_

No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones. La gente normal piensa las cosas.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

8. Personas que han visto pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales no son más peligrosas que el ciudadano medio.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación es mejor no pensar en ello o mantenerse ocupado en cosas más agradables.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma mental para evitar los difíciles problemas de la vida diaria.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

11. Hay algo en los enfermos mentales que hace difícil distinguirlo de las personas normales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

12. Aunque los pacientes en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales se comporten de manera extravagante, está mal entre de ellos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

13. La mayoría de los enfermos mentales está desahogado trabajar.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

14. No se debería permitir que los niños pequeños de enfermos mentales les visiten cuando estos están ingresados en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales psiquiátricos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

15. La gente aficionada a su trabajo raramente se convierte en enfermo mental.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

16. La gente no se convertiría en enfermo mental si huyera de los malos pensamientos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

17. Los pacientes mentales están tan preocupados con sus propios problemas que no prestan atención a lo que otros sienten acerca de ellos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_

- No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

18. Más dinero de los impuestos debería emplearse en el cuidado y tratamiento de gente con graves enfermedades mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

19. Los enfermos tardíos sólo tiene una crisis mental, mientras que el paciente mental es completamente diferente a otros pacientes.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

20. Los pacientes mentales provienen de hogares donde sus padres tomaron poco interés en sus hijos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

21. La gente con enfermedad mental nunca debería ser tratada en el mismo hospital que la gente con enfermedades físicas.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

22. Cualquiera que trate lo momento de mejorarse a un mismo momento en respecto de los demás.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

23. Los nuestros hospitales tienen suficientes doctores, enfermeras y auxiliares preparados.

muchos de los pacientes mentales mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

24. Una mujer cometería una locura casándose con un hombre que haya padecido una enfermedad mental grave aunque pareciera totalmente recuperado.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran criados por padres normales probablemente no acabarían siendo enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

26. Gente que ha sido paciente los servicios de psiquiatría de los hospitales generales o de los hospitales mentales nunca volverá a ser la persona de antes.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

27. Muchos pacientes mentales son capaces de realizar algunas labores sencillas, aunque en algunos aspectos están muy perturbados mentalmente.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

28. La mayoría de las personas que tienen una perturbación mental grave preferirían vivir en una comunidad en vez de hacerlo en una clínica mental.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

29. No se debería autorizar el voto a los enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

30. La enfermedad mental de mucha gente es causada por la separación o divorcio de sus padres cuando eran niños.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

31. La mejor manera de manejar a los pacientes en un servicios de psiquiatría de un hospital general o en un hospital mental es tenerlos encerrados.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

32. Llegar a ser paciente en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general es convertirse en un fracasado en la vida.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

33. Se debería permitir más intimidad a los pacientes de los hospitales mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

34. Si un paciente de un hospital mental atacara a alguien debería ser castigado para que no lo volviese a hacer.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

35. Si unos padres mentalmente enfermos crían a los hijos de padres normales probablemente se convertirían en enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

36. Todos los hospitales mentales deberían estar rodeados por una gran cerca y guardianes y los servicios de psiquiatría de los hospitales generales deberían contar con una gran seguridad.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como este fuera confiando en un hospital mental o en un servicio de psiquiatría de un hospital general padeciendo una enfermedad mental grave.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

38. Más que cualquier otra cosa los enfermos mentales necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

39. La enfermedad mental es generalmente causada por alguna perturbación del sistema nervioso.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

40. Se mire como se mire los pacientes con graves enfermedades mentales no son ya realmente humanos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

41. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en un servicio de psiquiatría o en un hospital mental podrían ser de confianza como cuidadores de bebés.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

42. A la mayoría de los pacientes de un hospital mental no les importa su aspecto exterior.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

43. Los profesores universitarios son más propensos a convertirse en enfermos mentales que los hombres de negocios.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

44. Mucha gente no ha sido paciente en un hospital psiquiátrico, pero puede estar más enferma mentalmente que muchos pacientes hospitalizados.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

45. Aunque muchos pacientes mentales permanecerían bien, es peligroso olvidar por un momento que están mentalmente enfermos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

46. Algunas veces la enfermedad mental es castigada por males obrados.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

47. Nuestros hospitales mentales deberían estar organizados de manera que hagan que el paciente sienta lo más posible como si viviera en casa.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

48. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o de voluntad.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

49. El peor es que se puede hacer en los pacientes en un hospital mental un tipo que están confortablemente y bien alimentados.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

50. Muchos pacientes mentales permanecerían en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas permanecieran abiertas.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_

De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

51. Todos los pacientes ingresados en los servicios psiquiátricos de los hospitales generales y de los hospitales mentales deberían ser privados de tener hijos mediante una intervención en un día.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

52. Los residentes de una comunidad deberían tener derecho a irse a la instalación de un hogar para niños enfermos mentales en su propia comunidad.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

53. La moralidad de una sociedad se mide bien por la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos mentales.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un paciente mental.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_

En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

56. Las personas que no desean convertirse enfermos mentales en sus comunidades tienen miedo de ellos.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

57. Las personas que han estado en servicios de psiquiatría de los hospitales generales o en los hospitales mentales tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan al igual que cualquier otro ciudadano.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente para que se ajusten a la vida comunitaria.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

59. No debería darse el alta a los pacientes de los servicios psiquiátricos de los hospitales generales o en los hospitales mentales hasta que actúen como la gente normal.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

60. Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

61. ¿Cree usted que es bueno y deseable que en las últimas décadas se hayan ido abriendo unidades de psiquiatría en los hospitales generales?

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

62. ¿Cree usted que la psiquiatría ha avanzado en los últimos años lo suficiente para que sea una especialidad de la medicina como otra cualquiera?

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_

63. A pesar de todos los adelantos que haya, las enfermas mentales siguen siendo un problema público.

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_\_  
De acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente de acuerdo \_\_\_\_\_  
No tengo seguridad, pero probablemente en desacuerdo \_\_\_\_\_  
En desacuerdo \_\_\_\_\_  
Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_\_