



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON
TRASTORNO MENTAL.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Clínica Mental.

Natalia del Carmen Mudarra Duarte.

Tutora: Susana Urbani.

Caracas, junio 2014.

Dra. Susana Urbani

Tutora

Dr. Gonzalo Himiob

Director del Postgrado de Psiquiatría y Clínica Mental

Lcda. Ana Hernández

Coordinadora de la Especialización de Clínica Mental

Lcdo. Andrés Ramírez

Asesor estadístico y metodológico

DEDICATORIA.

Con todo mi amor,
para aquellos quienes en su momento
supieron darme el apoyo para lograr éste,
el que hasta la fecha ha sido mi más grande sueño:
a Dios, a mi familia,
a mi compañero de siempre,
A tí, mi estimado y siempre recordado Dr. Sanz.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Métodos.....	31
Resultados.....	39
Discusión.....	47
Agradecimientos.....	63
Referencias.....	64
Anexos.....	67

*ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON
TRASTORNO MENTAL.*

Natalia Mudarra, C.I. 12.544.541. Sexo: Femenino, E-mail: nat670@hotmail.com. Telf: 0412-3376498. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Clínica Mental.

Tutora: **Susana Urbani**, C.I. 11.314.364. Sexo: Femenino, E-mail: susanaurbani@gmail.com. Telf.: 0416-6068995. Dirección: Hospital Universitario de Caracas.

Médico Psiquiatra.

RESUMEN.

Se exploraron las actitudes de 154 médicos residentes no psiquiatras del Hospital Universitario de Caracas (HUC), hacia el paciente con trastorno mental. Para ello, se usó el Cuestionario de Actitudes hacia la Enfermedad Mental de Cohen y Struening (1979) adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimón (1982), administrado a una muestra estratificada, para la cual se tomaron como categorías los departamentos médicos del hospital; se estudió el comportamiento psicométrico del instrumento, para posteriormente establecer las relaciones con el sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio de la profesión, contacto previo con un paciente psiquiátrico, año de curso en la residencia, padecimiento de algún trastorno psiquiátrico y haber acudido a un especialista del área. Se encontró que prejuicios, etiología, negativismo y estigmatización y positivismo y buen trato hacia los pacientes psiquiátricos, fueron las dimensiones de la variable actitud que correlacionaron con el resto de las variables, encontrándose en general una actitud positiva hacia este tipo de pacientes. Se puede decir que las actitudes de los residentes hacia los pacientes con trastornos mentales, estuvieron relacionadas con variables personales y profesionales de los residentes, las cuales deben ser consideradas para favorecer predisposiciones positivas no sólo hacia los pacientes psiquiátricos, sino hacia la especialidad y hacia el servicio de interconsulta.

PALABRAS CLAVES: actitudes, paciente, trastorno mental.

ABSTRACT.

*MEDICAL RESIDENTS ATTITUDES TOWARD THE PATIENT WITH
MENTAL DISORDER.*

This study explored the attitudes of 154 non-psychiatric medical residents of Hospital Universitario de Caracas (HUC), towards patients with mental disorder. For this, we used the Questionnaire of Attitudes Toward Mental Illness and Struening Cohen (1979) adapted to the spanish population by Yllá, Ozamiz and Guimón (1982), administered to a stratified sample, for which categories were taken according to the medical departments of the hospital. The psychometric properties of the instrument were studied, later establishing relationships with sex, age, specialty, time of practice, previous contact with a psychiatric patient, year of residency, history of psychiatric disorder and history of being seen by a specialist. It was found that bias, etiology, negativism and stigma and positivism and good treatment of psychiatric patient, were the dimensions of the attitude variable, correlated with the other variables, finding a general positive attitude towards these patients. One can say that the

attitudes of residents towards the patient with mental disorders were related to resident's personal and professional variables, which should be considered to encourage not only positive predispositions towards psychiatric patients, but to the medical specialty and to the interconsultation care.

KEY WORDS: attitudes, patient, mental disorder.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad los trastornos mentales están cada vez menos encubiertos, así se observan que los familiares de los pacientes o los mismos pacientes aquejados por alguna patología de este tipo, consultan a un especialista con mayor frecuencia. Sin embargo, lo que suele pasar es que los pacientes aún no diagnosticados con trastornos psiquiátricos, son referidos por algún especialista de otra área, siendo éstos figuras claves en el diagnóstico e inicio de tratamiento de la patología mental ⁽¹⁾

Son muchos los factores que influyen en la valoración que médicos no psiquiatras realizan de la enfermedad mental, factores biopsicosocioculturales, entre los que se encuentran sexo, edad, prejuicios, creencias, etc. Es así, que el éxito de las estrategias de intervención para mejorar la salud global del paciente, depende en gran medida, de dichas variables ⁽¹⁾, una de las cuales será el objetivo central de este estudio: las actitudes.

Planteamiento y delimitación del problema.

Por lo expuesto previamente, se comprende la importancia de la aproximación que médicos no psiquiatras muestren hacia los pacientes con trastornos mentales, ya que en la medida que tengan valoraciones, específicamente actitudes positivas, podrán solicitar con mayor prontitud y asertividad la evaluación por un especialista del área, bien sea psiquiatra o psicólogo clínico, devengando en una rápida atención que promueva la mejoría del paciente.

La temática de la presente investigación se encuentra inmersa dentro del campo de la Psicología de la Salud, término que acuñó el psicólogo Joseph Matarazzo en 1980, para referirse al conjunto de contribuciones de la psicología que enfatiza la promoción y mantenimiento de la salud, así como la identificación de los relatos etiológicos y diagnósticos de la enfermedad y el análisis y mejora del sistema sanitario ⁽¹⁾. En este sentido, en la presente investigación se pretenden encontrar hallazgos que permitan la mejora de la aproximación del médico no psiquiatra a los enfermos mentales, para así derivar en una mejor y más completa atención sanitaria.

Así mismo, en su aspecto más pragmático, este estudio podría ubicarse dentro de lo que se conoce como Psiquiatría de Enlace, la cual es la subespecialidad de la psiquiatría encargada del servicio clínico, la enseñanza e investigación en contextos de servicios de salud no psiquiátricos; ésta especialidad conlleva a una conducta específica conocida como

Interconsulta Psiquiátrica, la cual se define como la respuesta del psiquiatra a una demanda de ayuda por parte del médico tratante de otra especialidad, quien la solicita por presumir la presencia de algún cuadro o diagnóstico psiquiátrico en su paciente, bien porque variables emocionales estén interfiriendo en el curso, evolución y pronóstico de la enfermedad física, o bien para sí mismo, como una asesoría cuando presente alguna dificultad en la relación con el mismo. La aproximación que tiene el tratante para con el paciente, está influenciada por sus propios aspectos biopsicosocioculturales, siendo en este caso importantes las experiencias previas con otros pacientes con trastornos psiquiátricos, haber padecido o padecer algún trastorno de este tipo, estigmas culturales hacia estos pacientes, entre otros. ⁽¹⁾

Es en este sentido que cobra importancia estudiar las actitudes de los especialistas que día a día trabajan con pacientes susceptibles de presentar algún cuadro o diagnóstico psiquiátrico, ya que una predisposición positiva constituirá un factor esencial para el desarrollo eficaz de la actividad de la interconsulta psiquiátrica, se facilitaría la detección precoz y tratamiento adecuado de la patología mental presente, con su consecuente redundancia en la salud global de paciente.

Fue por ello se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son las actitudes de los médicos residentes del HUC, hacia el paciente con trastorno mental durante julio de 2012?

Justificación e importancia.

Es bien sabido que la estigmatización del paciente psiquiátrico constituye, aún hoy en día, una fuerte barrera para la integración de estas personas en nuestra sociedad; por tanto es necesario identificar qué tipo de predisposiciones existen y las variables con las que se asocian, con el fin de poder plantear estrategias para reducir su impacto.

Así, los resultados de ésta investigación servirían para animar la planificación y puesta en práctica de programas de sensibilización e información respecto a los trastornos mentales, ya que se esperaba que al mejorar la actitudes de los tratantes hacia este tipo de pacientes, habrá también una repercusión positiva en la atención y tratamiento de este amplio grupo de personas, ya que frecuentemente se presentan cuadros propios de patologías psiquiátricas, comórbidos a otras patologías médicas. ⁽¹⁾

Durante la pasantía en Psiquiatría de Enlace, como parte de mi formación en el curso

de Especialización en Clínica Mental, observé las dificultades de algunos residentes en el manejo del paciente quien además de padecer alguna enfermedad médica, padecía también algún cuadro o diagnóstico psiquiátrico. Me inquietó como la actitud del médico tratante hacia el paciente con presunción de trastorno psiquiátrico, determinaba la intención de explorar aspectos tangenciales al motivo de consulta, intervenía en la relación médico- paciente, así como en la intención de solicitar la interconsulta a nuestro servicio, y más allá de esto, en aceptar o no las sugerencias que como especialista brindaba. Así, me pregunté acerca de cuáles serían aquellas variables latentes que podrían dar cuenta de aquello que sucedía en la día de estudio y que pasaba desapercibido para el tratante, ya que la predisposición de aquel hacia los pacientes psiquiátricos fijaba en gran medida pauta importante en la mejoría y/o recuperación del paciente.

Antecedentes.

Según la bibliografía consultada, es España uno de los países pioneros en estudiar las actitudes hacia el paciente psiquiátrico y en general hacia la psiquiatría, encontrándose resultados diversos según el contexto donde se realizara la experiencia.

En una investigación realizada por Arrillaga et al.⁽²⁾ acerca de las actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental; se buscaba medir la confiabilidad de un cuestionario de actitudes y conocimientos hacia la salud mental y el equipo de salud mental, además de conocer dichas actitudes y su asociación con variables demográficas y laborales.

Para ello se aplicó un cuestionario autoadministrado que incluía un apartado para los datos sociodemográficos y laborales. Además se presentaba una encuesta tipo Likert conformada por 46 ítems que indagaban acerca de actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría, los centros de salud mental, la autopercepción de conocimientos y la predisposición a asistir a cursos en ésta materia. Este instrumento se administró al personal sanitario, médicos y enfermeras (n = 141) de centros de atención primaria cuyos centros de salud mental referentes se hallaban en un área cercana a la localidad.⁽²⁾

El análisis de las escalas de actitudes y conocimientos consistió, en primer lugar, en un análisis factorial de correlaciones para extraer los factores principales. Para obtener estimadores de los factores comunes se utilizó el método de ejes principales y rotación

oblicua. Posteriormente, se realizó un análisis de confiabilidad, calculándose el coeficiente alfa de Cronbach como estimador de la consistencia interna. Para valorar las actitudes y conocimientos percibidos, las escalas se describieron mediante la media y su intervalo de confianza. Los ítems independientes se agruparon en 3 categorías: en desacuerdo, indiferente y de acuerdo, y se describieron mediante proporciones. La asociación de las escalas con la edad (en 3 grupos), sexo, profesión, años de experiencia (< 5, > 15), tipo de contrato y modelo de atención se midieron mediante la prueba de la t de Student o el análisis de varianza. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de la Chi cuadrado. ⁽²⁾

El porcentaje de respuesta fue del 70%, un total de 99 personas respondieron el instrumento. En el análisis factorial de la encuesta de actitudes y conocimientos, se obtuvieron cinco factores, con un nivel de confianza de 95%: a) asistencia a cursos, media de 30,8 (rango: 8-40) referido a la predisposición hacia la asistencia a cursos en materia de salud mental; b) conocimientos, media de 17,5 (rango: 7-35) relacionado con la autopercepción de conocimientos en salud mental y la capacidad de abordaje de estas enfermedades; c) tratamiento mayor, media de 12,2 (rango: 6-30) referido a la dificultad en el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales propias del segundo nivel asistencial; d) tratamiento menor, media de 14,4 (rango: 5-25) referido a la dificultad del tratamiento de las enfermedades mentales frecuentes en las consultas de atención primaria y, por último e) atención por el centro de salud mental, con una media de 11,5 (rango: 4-20) que hacía referencia a la opinión sobre la calidad de la atención recibida en el centro de salud mental. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) de las escalas fue de 0,95, 0,92, 0,85, 0,83 y 0,65, respectivamente. ⁽²⁾

Se encontró que más del 80% de los encuestados tenía actitudes favorables hacia los pacientes psiquiátricos, es decir, que tanto médicos como enfermeras tenían actitudes positivas hacia estos pacientes; sin embargo, en cuanto a la actitud hacia la psiquiatría y los centros de salud mental para el colectivo de enfermería, se observaron resultados dispares. A pesar de que el 85% estuvo de acuerdo en la existencia de un centro de salud mental en la zona, la relación con estos profesionales y la atención que prestaban a los pacientes se consideraba no satisfactoria. El personal sanitario de atención primaria percibe una falta de conocimientos en psiquiatría y una insuficiente relación con el centro de salud mental, así como una buena predisposición a mejorar ambos aspectos. ⁽²⁾

En un estudio realizado por García-Estrada et al. ⁽³⁾ en el Hospital Universitario de Canarias, se estudiaron las actitudes de los médicos no psiquiatras de las distintas especialidades a cargo de pacientes hospitalizados, ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica de dicho centro. Para ello se administró un cuestionario cerrado autoadministrado de 21 ítems, que incluía preguntas referentes a las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos, conocimientos generales de psiquiatría, utilización de psicofármacos y del servicio de interconsultas psiquiátricas, así como una evaluación de dicho servicio. El instrumento se aplicó al 50 % de los médicos del hospital (102 médicos), con un total de 51 cuestionarios entregados, y sólo 36 cumplimentados.

Se encontró que la muestra estudiada tenía una actitud general positiva hacia la psiquiatría y el paciente psiquiátrico, aunque la mayoría de los encuestados consideraron insuficientes los conocimientos psiquiátricos recibidos durante su carrera (75%). También se encontró una alta frecuencia de utilización de psicofármacos, en su mayoría ansiolíticos (100% de los encuestados reportaban que los usaban) y aunque el 100% de los encuestados consideró la comunicación interpersonal con el paciente como parte de su función, más de la mitad de los mismos confesaban no tener tiempo suficiente para ello. Otro dato importante fue el alto nivel de aceptación y utilización del servicio de interconsulta psiquiátrica del hospital que se reflejó en el juicio acerca de su eficacia (en cuanto a rapidez y accesibilidad, el 55.9% de los encuestados consideró que daban un buen servicio). Los autores atribuyeron los resultados obtenidos, a contar con un servicio de interconsulta desde hace varios años (ocho años específicamente), el contacto diario de un psiquiatra con los médicos no psiquiatras podría haber sido un factor decisivo en la modificación de actitudes negativas y en la sensibilización ante los fenómenos de tipo psicológico que exhibían los pacientes ingresados ⁽³⁾

Por su parte, Núñez et al. ⁽⁴⁾ llevaron a cabo un estudio acerca de las actitudes hacia los enfermos mentales en un hospital general, el Hospital Universitario “Virgen del Valle” de Sevilla, en el que funcionaba una unidad de agudos de pacientes psiquiátricos; usaron como instrumento el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Cohen y Struening (1979), modificado por Yllá, Ozamiz y Guimón (1982). Se partía de la hipótesis de que en un hospital general donde funcionara una unidad psiquiátrica desde hacía siete años, las actitudes positivas hacia el paciente con enfermedad mental era lo esperado, actitudes que se suponían

no existían antes de la existencia de la unidad; también se pretendía estudiar si determinadas actitudes de segregación o marginación eran más frecuentes en determinados estamentos sanitarios.

El cuestionario se entregó a 800 trabajadores del hospital: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, administrativos, personal de mantenimiento, vigilantes y otros, obteniéndose respuesta de sólo 243 de ellos, la muestra que completó los cuestionarios representó el 17.36% de los médicos, el 30.40% del personal de enfermería, 21.82% de los auxiliares, 18% de los administrativos, 17.24% del personal de mantenimiento, 13.46% de vigilantes y 6.38% de otros trabajadores. Las respuestas dadas por los encuestados, fueron relacionadas con la profesión aplicando Chi cuadrado. ⁽⁴⁾

Al igual que en el estudios anteriores ^(2, 3), se encontró un predominio de actitudes positivas hacia la enfermedad mental, las cuales se repitieron al considerar el tratamiento y reinscripción de estos pacientes a la sociedad; adicionalmente se halló que las etiologías mayormente aceptadas de la enfermedad mental eran la biológica, la cual desculpabiliza a la familia y al paciente y favorecía una postura paternalista y de cuidado hacia el sujeto que la padecía, y la psicológica, en la cual se percibía al enfermo mental como más responsable, culpabilizando al propio sujeto y a su grupo primario; ambas posturas fueron preferidas sobre el modelo moral. ⁽⁴⁾

Un dato importante que se encontró al estudiar las diferencias por estamentos, fue que, paradójicamente los médicos apoyaron poco la noción de considerar la enfermedad mental como de naturaleza orgánica, también se encontró que el personal de mantenimiento era más partidario en comprender el modelo causal moral de la enfermedad mental, en el cual la frontera entre lo médico, legal y religioso no estaba claramente definida, según los autores este resultado se entiende teniendo como basamento el bajo nivel de estudio de este grupo. El estamento administrativo y de otras profesiones, fueron quienes estaban más en desacuerdo con la integración de la psiquiatría en los hospitales generales, lo cual según los autores se entiende por el poco contacto directo con los enfermos mentales. Por último, encontraron que los vigilantes fueron quienes con más frecuencia se sentían incómodos e intranquilos ante la presencia de pacientes psiquiátricos, ya que eran estas personas a quienes mayormente se les encargaba de la contención física de los pacientes en casos de agitación psicomotriz. ⁽⁴⁾

Por su parte, Núñez et al. ⁽⁵⁾ llevaron a cabo un estudio de actitudes hacia la

enfermedad mental en un hospital psiquiátrico penitenciario a través del cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Cohen y Struening (1979), adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimón (1982). La hipótesis principal del estudio era que podría ser diferente la actitud del personal sanitario de un hospital psiquiátrico penitenciario a la encontrada previamente en un hospital general, partiendo del estudio previo realizado por Núñez et al.⁽⁴⁾, y en segundo lugar querían identificar si el paciente con enfermedad mental, además agresor o delincuente, generaba actitudes diferentes entre los trabajadores de dicho lugar.

El instrumento se distribuyó a 250 personas que laboraban en el hospital psiquiátrico penitenciario: médicos, terapeutas, auxiliares, vigilantes, personal de limpieza, funcionarios administrativos, entre otros, sin embargo sólo se obtuvo respuesta de 58 de ellos. Las respuestas se analizaron mediante un análisis de varianza y además fueron relacionados con la profesión mediante la prueba de Chi-cuadrado.⁽⁵⁾

En el hospital psiquiátrico penitenciario se encontró una actitud general positiva hacia el enfermo mental, en cuanto al tratamiento que se debe dar a los pacientes encontraron que la mayoría de los encuestados estaban de acuerdo en que debía otorgarse más atención y recursos a esta población. En cuanto a ítems que reflejan actitudes negativas hacia los enfermos mentales, se encontró que hay una tendencia a considerar peligrosos a estos pacientes, que son totalmente diferentes a otros, que no deberían ser tratados en hospitales generales, entre otros ítems. Con respecto a la causa de la enfermedad mental, se encontró un predominio del modelo causal biológico (88% considera como etiología una perturbación del sistema nervioso)⁽⁵⁾

Se encontró que en ambos casos, en el hospital general y en el hospital psiquiátrico penitenciario, las actitudes hacia el paciente con enfermedad mental eran en general positivas, pero algunos porcentajes en las respuestas diferían; así, en el hospital psiquiátrico penitenciario el personal estaba en menor medida de acuerdo en que la enfermedad mental era una enfermedad como cualquier otra, y que se deba dedicar más dinero de los impuestos en el cuidado y tratamiento de estos pacientes. Por otro lado, se encontró que había actitudes negativas que en caso del hospital general, no se manifestaron. Dichas actitudes se observaron por el puntaje encontrado en los siguientes ítems: no se pensaba que la mayoría de los pacientes desearan trabajar, tampoco se estuvo de acuerdo en que los pacientes mentales

fueran tratados en un hospital general, ni que una ex paciente de un hospital mental sea de suficiente confianza como niñera. Con respecto a la peligrosidad de los pacientes, en el hospital psiquiátrico penitenciario se encontró que había mayor tendencia a considerar que la mayoría de los pacientes de los hospitales mentales eran peligrosos, que no se les debía dar el alta hasta que actuaran como gente normal y en un porcentaje mayor al encontrado en el hospital general, se encontró que era peligroso olvidarse que un paciente estaba mentalmente enfermo aunque pareciera estar bien. Este cambio de actitud fue entendido en el sentido que en el caso del hospital psiquiátrico penitenciario la peligrosidad de los enfermos mentales aumentaba debido que se trata al mismo tiempo de delincuentes, muchos de ellos con delitos mayores. ⁽⁵⁾

Un último dato importante fue que en el caso del personal del hospital general, se aludía con mayor frecuencia el origen psicológico de los trastornos mentales (presiones de la sociedad, problemas de la vida diaria, poco interés de los padres por sus hijos), en contraposición a lo encontrado en los encuestados en el hospital penitenciario, quienes en mayor medida consideraban que la enfermedad mental estaba producida por una perturbación del sistema nervioso. También se encontraron que en dos casos, se manifestaba una actitud más positiva en el caso del hospital psiquiátrico penitenciario, que en el hospital general: se pensaba que a los pacientes debían permitírseles más intimidad y no se estaba de acuerdo con la opinión de que la gente que ha sido paciente en un hospital mental, volverá a tener algo parecido a su personalidad premórbida⁽⁵⁾.

En otro estudio, realizado por Yllá et al. ⁽⁶⁾ un grupo de 48 estudiantes de segundo año de la escuela de Medicina de la Universidad del País Vasco, fueron asignados a dos tipos de grupos: grupos experimentales, donde se aplicaban técnicas de psicoterapia de grupo de sensibilización dinámica, y grupos de discusión teórica a partir del estudio de casos de pacientes psiquiátricos; todo ello con el objetivo de analizar cambios en las actitudes hacia los enfermos mentales y hacia la enfermedad psiquiátrica. Para ello se utilizó la adaptación OMI-R del cuestionario de Cohen y Struening (1979), para medir dichas actitudes antes y después de la participación en dichos grupos.

Los estudiantes fueron asignados al azar a cuatro grupos, dos de ellos eran grupos formativos teóricos (de acercamiento a la enfermedad mental) y dos grupos experienciales (de sensibilización al proceso psicodinámico). Estos grupos "psicoanalíticos" experimentaron un

proceso de sensibilización, conducidos por dos profesores expertos en grupoanálisis. Los profesores en estos grupos intentaron desarrollar un acercamiento que favorecería a los enfermos mentales y a la enfermedad mental mediante la presentación de historias clínicas y la discusión grupal de casos individuales.⁽⁶⁾

Como consecuencia de las sesiones de grupo, los estudiantes de medicina aumentaron su puntuación en la dimensión de autoritarismo; los grupos formativos, que estaban dedicados a discutir casos psiquiátricos, experimentaron un aumento más sustancial en este índice, que los estudiantes expuestos a la sensibilización dinámica. El grupo teórico que estudió historias clínicas psiquiátricas y cuyos sujetos presentaron puntuaciones iniciales más dispersas se tornaron más homogéneos al final de la experiencia. Como era de esperar en esta y otras experiencias formativas, aparece una mayor uniformidad de criterios. Los hallazgos de este estudio podrían apoyar la idea de que con métodos pedagógicos clásicos se logra una actitud más uniforme y más autoritaria. Las experiencias de sensibilización grupales podrían preservar este incremento de autoritarismo ya que facilita la reflexión y el conocimiento de sus contenidos psiquiátricos y de las posibles dificultades en los sujetos.⁽⁶⁾

De los estudios expuestos anteriormente ⁽²⁻⁶⁾, resulta relevante para la presente investigación, el hecho que todos se encontraron actitudes positivas hacia la psiquiatría y el paciente psiquiátrico, lo cual probablemente se encuentre en relación con la existencia de un servicio de psiquiatría dentro o cercano al hospital general. El alto nivel de aceptación y utilización del servicio de interconsulta psiquiátrica del hospital, podría venir explicado, tal como señalan los autores, por la familiaridad de los médicos no psiquiatras con los propios de esta profesión, lo cual permitiría hipotetizar que al promover la retroalimentación entre los médicos psiquiatras y los no psiquiatras, con el consecuente acercamiento a los pacientes con patología mental, se podría lograr un mayor entendimiento y un acercamiento menos prejuicioso hacia aquellos, y en general hacia la psiquiatría.

Tal como puede observarse, se han realizados múltiples estudios en diferentes contextos para valorar la relación de variables biopsicosociales de determinadas muestras, hacia los pacientes psiquiátricos; demostrando que es un ámbito controversial y del cual aún hay mucho por aportar, ya que lo que está en juego es la prestación de servicios médicos de calidad a estos pacientes.

Marco teórico

Trastorno mental

Para los filósofos, religiosos e incluso especialistas en salud mental (psicólogos y psiquiatras) existen definiciones diferentes para mente, psiquis, espíritu y alma. Sin embargo, para la medicina, la psiquiatría y la psicología tal y como se practican en general, no profundizan en la diferenciación entre estos términos, siendo “mente” el concepto más ampliamente usado ⁽⁷⁾

La mente es la capacidad para pensar, el proceso de pensar, trae consigo la noción de dinamismo, así, se entienden los procesos mentales como todos aquellos mediante los cuales el ingreso sensorial es elaborado, almacenado y utilizado, como sensación, percepción, recuerdo, solución de problemas y pensamiento entre otros; es decir, el concepto de mente y la consecuente capacidad para pensar, trae consigo la integración y el uso de información para el consumo del propio sujeto, y la noción de criterios para resolver problemas teniendo como norma el grupo ⁽⁸⁾

Por su parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, siendo una concepción más amplia que la mera ausencia de afecciones o enfermedades físicas y/o psicológicas. La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias capacidades, siendo capaz de enfrentar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente, así como de contribuir al bienestar de su comunidad. Esta definición también comprende la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. ⁽⁹⁾

Como se puede imaginar, existen múltiples variables o situaciones que pueden afectar negativamente la salud mental, en algunos casos pudiendo llegar a deteriorarla significativamente. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su 4º edición revisada (DSM-IV TR) ⁽¹⁰⁾, define el trastorno mental como un conjunto de manifestaciones psicológicas y/o conductuales de significancia clínica que se asocia con malestar significativo o discapacidad en los aspectos personales, sociales, laborales, emocionales, físicos o espirituales, aumenta el riesgo de sufrimiento, muerte o incapacidad, y disminuye la libertad personal. Este síndrome o patrón, no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular;

cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Así, el trastorno mental se define según la presencia/ ausencia de los criterios que el DSM-IV TR utiliza para realizar el diagnóstico en los ejes 1 y 2 siguiendo la evaluación multiaxial del referido manual, esto es: Eje 1. Trastorno clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, y, Eje 2. Trastornos de personalidad y Retraso Mental.

Según el sistema de clasificación del DSM-IV TR ⁽¹⁰⁾, el término trastorno mental implica una distinción entre trastornos mentales y físicos, diferenciación que se inicia históricamente desde el dualismo mente-cuerpo. Para este sistema de clasificación, el cual es el más ampliamente usado a nivel mundial, el término enfermedad médica se usa para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) llevada a cabo por la OMS ⁽⁹⁾; sin embargo, los conocimientos actuales sugieren que siempre hay una doble etiología en todos los trastornos.

Para la CIE en su 10ª edición (CIE-10), el término trastorno se usa para evitar el uso de otros conceptos considerados menos adecuados como “enfermedad” o “padecimiento”. El término trastorno se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. ⁽¹¹⁾

Los conceptos de trastorno mental y enfermedad mental se refieren a realidades tangencialmente parecidas, pero en el uso de la práctica clínica psiquiátrica es común usar el término trastorno en lugar de enfermedad, por la falta de unicidad en el reconocimiento de la causa de la disfunción, ya que enfermedad se refiere a signos y síntomas con causa clara de aparición. En la antigüedad era más común el uso de enfermedad porque no se contaban con datos epidemiológicos que avalaran la presencia de desviaciones respecto al grueso de lo presentados en la población. Por su parte, el término trastorno también tiene un significado estadístico, puesto que comprende cambios significativos respecto a la norma, y es el término mayormente aceptado en la actualidad. ⁽¹²⁾

Se conoce que la manera de concebir la patología mental, ha ido cambiando y evolucionando de acuerdo a la visión de hombre y de las fuerzas sobrehumanas que caracterizaban el clima intelectual y sociocultural de determinada época. A continuación se

realizará un breve recorrido por la evolución histórica de la conceptualización de trastorno mental.

Desde Sócrates, se conoce que existen cosas auténticamente humanas. De hecho, fue él quien se fijó para sí, la difícil misión de escrutar a los hombres para alentarlos a conocerse y a ser mejores; apelaba así a la consciencia, lo no corpóreo, a ir más allá de lo visible y al autoconocimiento ⁽¹³⁾

En la cultura clásica griega, Hipócrates jugó un papel preponderante al vincular por primera vez la medicina con la etiología de las patologías mentales a través de la teoría de los humores: la escuela hipocrática sostenía que la enfermedad era el resultado de un desequilibrio de los cuatro humores en el cuerpo, unos fluidos que en las personas sanas se encontraban naturalmente en una proporción semejante. Cuando los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) se desequilibraban, el individuo enfermaba y permanecía enfermo hasta que se recuperaba el equilibrio ⁽¹³⁾

Posteriormente, surgieron las posturas filosóficas monistas, que se basaban en la etiología unicausal (material o espiritual) para dar explicación a la patología mental. Dos grandes exponentes del monismo siguen siendo Platón, quien exaltó el mundo espiritual y de las ideas (postura filosófica del Idealismo), y Aristóteles quien comprendió a la sustancia, forma, materia, como el origen orgánico, físico de la enfermedad mental (postura filosófica del Materialismo). ⁽¹³⁾

En la Edad Media, hubo cierto retroceso cuando se desligaron las disfunciones mentales del conocimiento médico. Durante este período, básicamente dominado por la religión, las enfermedades físicas eran entendidas como pruebas de Dios que sólo podrían superarse por actos de fe, en cambio las enfermedades mentales, eran catalogadas como obras de Satanás; tal como se puede evidenciar, la religión era la explicación, y el cura o sacerdote el medio para obtener la sanación, el médico no tenía cabida en este contexto. ⁽¹⁾

Con el Renacimiento, progresivamente se instauró el rol de las ciencias naturales, y del hombre como principal innovador, ya no Dios ni la religión. Esto, revivió la noción de lo somático como etiología de las enfermedades. ⁽¹⁾

En el siglo XVII, Descartes en contraposición al monismo, incorporó la noción de dualismo mente-cuerpo, al considerar ambos entes como en continua relación pero absolutamente distintos. Para Descartes, en el hombre había una *res cogitans* (sustancia

pensante) y una *res extensa* (cuerpo físico); este dualismo alma-cuerpo, o espíritu-materia, dio origen al soberbio problema de descubrir cómo es que estas sustancias se relacionaban. El filósofo recurrió a dos tipos de explicaciones: la primera más de naturaleza biológica, en la cual consideraba que el alma se unía al cuerpo en la glándula pineal. La segunda teorización, puramente metafísica, planteaba que ambas sustancias se vinculaban a partir de una tercera: la *res divina*.⁽¹³⁾

Posterior a esta concepción, se inició paulatinamente la concepción de las causas físicas en la etiología de las enfermedades mentales, siendo el médico psiquiatra el especialista de la materia. Sin embargo, continuaba cierto velo sobre estas patologías, ya que no calzaban adecuadamente en el pensamiento de la época, siendo los enfermos mentales “presos” en los manicomios, y los psiquiatras los custodios.⁽¹⁾

A partir del siglo XVIII, gracias a Pinel, se empezaron a entender estas instituciones con características carcelarias, como centros de curación. Fue él quien logró acabar con la visión inhumana del paciente mental, empezando un proceso de incorporación de estas personas al resto de la sociedad, y permitiéndoles también a la sociedad tener un acercamiento menos estigmatizante hacia estos pacientes. En el siglo XIX, Kraepelin fue el primero en clasificar, describir los síntomas y el curso de los trastornos mentales. Esta primera aproximación a la sistematización de estas patologías, constituyó el principal punto de referencia para los tratados y manuales diagnósticos cuyos sucesores son los conocidos actualmente.⁽¹⁴⁾

Con Freud y el nacimiento del psicoanálisis, hubo un resurgir de la importancia de los aspectos menos tangibles del hombre, haciendo énfasis en el inconsciente cómo motor de la conducta. Sin embargo, dicho descubrimiento no fue así totalmente en detrimento de los aspectos orgánicos; Freud, con su noción de series complementarias retomó la importancia de los aspectos endógenos y exógenos en la aparición de las patologías mentales.⁽¹⁴⁾

Así, con el descubrimiento del psicoanálisis y el inicio de las guerras mundiales, se ejerció un gran impulso a la incorporación de la psiquiatría y psicología clínica como especialidades a considerarse de gran relevancia para el campo médico, al tener que prestar servicio como coadyuvantes de los estragos emocionales de los conflictos bélicos.⁽¹⁴⁾

Desde entonces, son muchos los desarrollos que se han realizado en el campo de los trastornos mentales, desde estudiar aspectos más biologicistas como los neurotransmisores

implicados en la etiología de los diversos trastornos, factores genéticos, factores predisponentes, hasta el estudio de factores ambientales, vulnerabilidades sociales, hasta llegar al psicoanálisis ⁽¹⁴⁾

Como se puede evidenciar en esta breve reseña histórica de la evolución del término de enfermedad y posteriormente trastorno mental, se entiende que en diferentes momentos históricos, ha habido diferentes aproximaciones a los pacientes con dichas patologías; aproximaciones que tienen que ver con la visión de hombre, religión y ciencia. Sin embargo, la evolución del término no implica necesariamente olvido, encontrándose que eventualmente pueden permanecer visiones previas, lo cual a su vez depende de factores no sólo sociales, sino individuales como las actitudes.

Los psiquiatras deben enfrentarse a ambigüedades conceptuales a las que no se enfrentan otros especialistas de la medicina, dado que en la vida mental no existe una continuidad entre la estructura (cerebro) y la función (mente). Aún en nuestros días, existe gran dificultad por parte de los médicos en aceptar la existencia de problemas mentales; de hecho según Rísquez ⁽¹⁴⁾, para los galenos todavía existe una diferenciación bien marcada entre los enfermos que pertenecen a los manicomios y los que pertenecen a los hospitales generales. Diferenciación que se disolvió hace 30 años aproximadamente para las personas que padecían algún trastorno, quienes empezaron a estar más conscientes que existía un elemento psíquico que estaba alterando su conducta o contribuyendo a la curación o empeoramiento de su condición.

A medida que se continúan haciendo más progresos en la comprensión de las causas de los trastornos mentales, también ha ido incrementándose el interés por el impacto de dichos trastornos a nivel familiar, comunitario y social. La amplia distribución de información aunada a la apertura de la sociedad para entender lo concerniente a personas con trastornos psicológicos, ha conducido a un aumento dramático de la conciencia pública sobre la forma en que dichas trastornos impactan en diversas esferas de la vida: sobre el individuo que la padece, sobre su familia y finalmente en la comunidad y la sociedad. ⁽¹⁵⁾

En este sentido, Yllá et al. ⁽¹⁶⁾ realizaron una investigación acerca de la evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental en Vizcaya, España, lo cual era en cierto modo la continuación de una línea de investigación iniciada 1979. Para ello utilizaron el mismo instrumento empleado en aquel entonces, el cuestionario de Cohen y Struening (1979)

con las modificaciones pertinentes al momento del estudio (año 2007) y la adición de 3 ítems; las respuestas de dicho instrumentos fueron correlacionadas con el sexo, edad, experiencia en enfermedad mental, nivel de estudios y profesión de los encuestados. Aplicando el cuestionario a una muestra aleatoria de toda Vizcaya, cuya distribución fue: 50% hombres y 50% mujeres en cada población y tres grupos de edades (33% cada corte de edad) entre los 18-35 años, los 36-55 años y los mayores de 55 años, con una confiabilidad Alfa de Cronbach de: 0,8236 (confianza: 95%), los autores encontraron que la actitud hacia el enfermo mental era mejor en el 2007, que hace unas décadas, habiendo pasado de haber una actitud estereotipada y de prejuicio a una mayor diversidad de opiniones, seguramente con más conocimiento de causa, por la mejor información que se dispone hoy en día.

Este estudio arrojó que los factores encontrados en el instrumento explicaron el 32,9% del total de la varianza, siendo los factores: 1) actitud negativa frente al enfermo mental, el cual explicó el 14 % de la varianza, los ítems que formaron este factor se referían a la supuesta peligrosidad de los pacientes psiquiátricos, la necesidad de encerrarlos, de tomar distancia de ellos, etc., el sentido de este factor se relaciona con el de los factores 3, 4 y 5 a explicar a continuación; 2) etiología interpersonal/social, dicho factor trataba de la comprensión y justificación de los enfermos mentales en la medida en que, respecto al origen del padecimiento, los enfermos mentales no pudieron hacer mucho por evitarlo. No sólo fueron las relaciones interpersonales las determinantes del trastorno, sino que estos ítems también aludían a un origen en función de la dimensión social (explicó el 7,2% de la varianza), y 3) autoritarismo, dichos ítems fueron consistentes con el concepto de personalidad autoritaria (explicó el 4,8% de la varianza), 4) restrictividad, este factor reflejó la creencia de que los pacientes tienen una incapacidad para desarrollar distintas actividades, ya sea en el ámbito laboral o en las relaciones sociales (explicó el 3,1% de la varianza), y 5) prejuicio (explicó el 3% de la varianza). De este estudio se desprendió la importancia de la información como elemento imprescindible para el cambio de actitudes negativas.⁽¹⁶⁾

En cuanto a las diferencias por sexo, se encontró que mientras en el factor prejuicio no había ninguna diferencia significativa, en los factores actitud negativa y etiología había mínimas diferencias, en cuanto a autoritarismo los hombres tenían niveles significativamente más elevados que las mujeres, y en el factor restrictividad fueron las mujeres las que presentaron niveles más elevados.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la edad, se observó cierta correlación de forma que, a más edad, más negativismo frente al enfermo mental. Los autores realizaron un análisis de varianza para tratar de identificar a los grupos que mostraron posiciones más diferenciadas. Se encontró que existía una graduación en la puntuación del factor negativismo dependiendo de la edad, pero destacando como significativamente diferentes en el factor 1 a los colectivos de mayor edad, en concreto a la cohorte entre 55 y 64 años.⁽¹⁶⁾

Se encontraron diferencias significativas entre algunos de los grupos de entrevistados en función de la cercanía de su experiencia con la enfermedad mental. No obstante, es en el factor autoritarismo en el que la variable “experiencia con la enfermedad mental” se mostró verdaderamente discriminante, pudiéndose observar tres grupos. El primero, formado por aquellos que conocían la enfermedad mental en primera persona, los cuales mostraron los índices de autoritarismo más reducidos. En el otro extremo se situaron los entrevistados más ajenos a la enfermedad mental (ninguna experiencia o tan sólo por lo que han leído) con los niveles de autoritarismo más elevados.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la religión, el análisis de varianza mostró únicamente diferencias significativas entre alguno de los grupos de entrevistados en los factores 3 y 4. No obstante, las pruebas de contraste utilizadas (Duncan y Tuckey B) sólo evidenciaron diferencias significativas para el factor 4 (restrictividad), para lo católicos.⁽¹⁶⁾

Con respecto al nivel de estudio, se evidenció una puntuación relativamente alta para todos los factores en las personas que no tenían ningún estudio o tenían sólo cultura general. Con la etiología interpersonal/social, los que más habían estudiado fueron los que más pensaban que había una causalidad socioambiental o interpersonal de las enfermedades mentales.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la profesión, el análisis de varianza detectó diferencias significativas en los factores negativismo frente al enfermo mental, etiología interpersonal/social y autoritarismo. No obstante, las diferencias encontradas no fueron demasiado importantes, ya que sólo se encontraron con la prueba de contraste de Duncan (menos exigente que otras pruebas para detectar diferencias significativas) por lo que la representatividad de los resultados fue muy reducida.⁽¹⁶⁾

En definitiva, se encontraron similitudes de este estudio con los resultados encontrados en 1979, sin embargo en el estudio más reciente las opiniones estuvieron más dispersas y en

conjunto mejoraron respecto a las expresadas en aquel entonces. Ahora los factores negativos (1, 3, 4, 5) para el enfermo mental explicaron en conjunto sólo el 25,1% de la varianza y en aquel entonces más del 70%. Se comprobó cómo a pesar del paso del tiempo, siguen habiendo actitudes negativas en la población de Vizcaya hacia el enfermo mental; en líneas generales estos factores negativos se correlacionan con el sexo, de forma que los hombres tienen en general una actitud más anti-paciente que las mujeres, con la edad (directamente), con la cercanía vivida con el enfermo mental (relación inversa), con la religiosidad practicante, sobre todo católica (directa) y con el nivel cultural (inversa).⁽¹⁶⁾

La OMS⁽⁹⁾, resalta el hecho que el estigma que aún pesa sobre los trastorno mentales y la discriminación de los enfermos y sus familiares, hacen que las personas no soliciten atención en salud mental, y por ende en muchas ocasiones se realice el diagnóstico en el contexto de la salud primaria; es decir, el paciente solicita atención para el tratamiento de alguna patología médica, y en el descarte de otras patologías, se evidencia el trastorno mental.

Esta información ya había sido señalada por Hales et al.⁽¹⁷⁾, quienes resaltaban que el médico de asistencia primaria se estaba convirtiendo en un profesional cada vez más importante a la hora de suministrar ayuda a los enfermos mentales en los centros de asistencia primaria, ya que estos centros servían como red de salud mental, proporcionando asistencia a más del 50% de los pacientes que padecían trastornos mentales. De hecho, señalaban que, aproximadamente el 25% de los pacientes que acudían a los centros de salud primaria presentaban trastornos mentales. Globalmente, alrededor del 60-70% de los pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos y trastornos relacionados con sustancias eran identificados en los centros de asistencia primaria y solamente una quinta parte eran referidos a especialistas en salud mental. Según estos autores, los médicos de asistencia primaria estimaban que empleaban un 20-50% de su tiempo atendiendo trastornos psiquiátricos.

De aquí, que se considere la importancia de los médicos generales o de otras especialidades diferentes a la psiquiatría, ya que son ellos quienes mayormente realizan, al menos en primera instancia, el diagnóstico de un posible trastorno psiquiátrico, incluso algunos llegan a empezar el tratamiento, derivando posteriormente en referencias a los especialistas del área: Psiquiatras o Psicólogos Clínicos.

Relación médico-paciente

Para Rísquez ⁽¹⁴⁾ esta relación surge desde el primer contacto en que el paciente llega a consulta con una dolencia o sufrimiento, y demanda del médico la adecuada atención profesional. El vínculo se caracteriza por una comunicación compleja en la cual se establece una interrelación emocional entre una persona que demanda ayuda por problemas de salud y otra que se siente en capacidad de darla y está dispuesto a hacerlo. La importancia del elemento interpersonal en la relación, está en que puede tener profundas consecuencias en el curso de la recuperación del consultante.

Ya que el médico, es quien por excelencia acepta acompañar al paciente en el camino de la enfermedad, es necesario que entre ellos la relación tenga profundo involucramiento de ambos, sobretodo de aquel, quien acepta el reto de devolver la salud. Para que la comunicación entre ambos miembros de la dupla sea efectiva, es necesaria que se sigan algunas estrategias comunicacionales que permitan garantizar de alguna manera que ese encuentro tenga repercusiones positivas, sobre todo para el paciente. Tales como resguardo del setting o el espacio de trabajo, disposición de escucha, comprensión, respuestas reflexivas, empatía, etc. Lo importante es que el cumplimiento de estos elementos, se dé en un marco del respeto y confianza, donde la predisposición del tratante hacia el paciente, sea positiva y auténtica. ⁽¹⁸⁾

Fue Freud ⁽¹⁹⁾ el primero en hablar del desplazamiento de sentimientos de una relación anterior a otra actual, lo que hoy se conoce como transferencia. Si bien, dentro del psicoanálisis, este concepto ha ido evolucionando en función del aporte de otros analistas, el mayor consenso al que se ha llegado entiende a la transferencia como la repetición de prototipos infantiles, reeditados y vivenciados con un marcado sentimiento de actualidad, y que se da específicamente en el terreno de la relación analítica. En muy pocos escritos, Freud aludió al concepto complementario de la transferencia, la contratransferencia. En ésta, Freud ve el resultado de la influencia del paciente sobre los sentimientos inconscientes del tratante, es decir, los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca sobre su interlocutor. Así, las primeras experiencias de cuidado para el paciente y tratante, son fundamentales y se materializan y actualizan constantemente, en la relación médico-paciente.

Para Leisse ⁽²⁰⁾, quien plantea una aproximación psicoanalítica a la relación médico-paciente, a pesar del carácter novedoso que tienen las diferentes relaciones que una persona

establece, se repiten modos, de acuerdo con el modelo de los primeros vínculos que conformaron la infancia primitiva y que dejaron huella perenne en la persona. La autora explicita que “el encuentro recoge no sólo lo que ocurre explícitamente, sino que hará presencia muda el inconsciente de cada quien” (p. 41). Así, hay cabida para la materialización de la transferencia y contratransferencia, conceptos psicoanalíticos que expresan desde las diferentes perspectivas (médico y paciente), la aproximación a su interlocutor. En cuanto a la contratransferencia, se sabe que el paciente con su padecimiento y su discurso, moviliza en direcciones diversas al profesional que lo escucha. Así, se entiende que de acuerdo a las experiencias del médico en su primera infancia, éste tendrá una predisposición (actitud) hacia quien solicita su ayuda.

Las actitudes del paciente, su conducta, la naturaleza y manifestaciones de su enfermedad, pueden revivir conflictos en las personas que les brindan atención. Un paciente que no mejora, puede amenazar la integridad narcicística del médico, el contacto con nuevos pacientes y sus familiares puede provocar ansiedad en el tratante, también puede reaccionar adversamente cuando no son amados y admirados por sus pacientes, o incluso llegar a identificarse con los mismos; así, el médico tiene una responsabilidad dual, debe proveer atención médica y psicológica adecuada para sus pacientes, atendiendo a la naturaleza del estrés psicológico producido por la enfermedad y la hospitalización, y por otro lado, atender también a los efectos de estas influencias sobre sí mismo. ⁽²¹⁾

Por otra parte, según Rodríguez ⁽²²⁾, a los problemas mentales se les da poca importancia, por lo que las actitudes hacia los pacientes que la padecen suelen ser de dos formas, una subvalorando al enfermo mental, casi como catalogándolo un enfermo de segundo nivel, o sólo atendiendo a la naturaleza orgánica del padecimiento psíquico, es decir, parcializando la actividad de curación. Por otra parte, según el nivel de tolerancia a la frustración de algunos galenos, si no encuentran la etiología física del sufrimiento, apuestan inmediatamente a una causalidad psíquica, perdiendo así el interés por el caso, ya que se encuentra entonces fuera de su área de experticia. Así, todas estas situaciones, terminan limitando y menoscabando la relación médico – paciente, ya que son pacientes que requieren de atenciones y cuidados no rutinarios a los brindados a los pacientes físicamente enfermos.

De todo lo anteriormente expuesto, se entiende que el médico, con su repertorio histórico de vínculos, se aproxima a quien solicita su ayuda. Se espera que, para que la

relación brindada sea adecuada y efectiva, pueda “darse cuenta” de sus propios aspectos puestos en la relación con el paciente para evitar dinámicas negativas; es decir, que tenga presente variables como cansancio, poca disposición, incomodidad, ansiedad, miedo, rabia, creencias, prejuicios, etc. presentes de antemano o elicitados por determinados pacientes. He aquí, la importancia de explorar las actitudes hacia los pacientes (en este caso con trastornos mentales), ya que así se conocerá la predisposición a comportarse de una manera u otra, y planificar estrategias de intervención acordes a dichas circunstancias. Conocer las actitudes de los tratantes será una medida bastante cercana a la contratransferencia psicoanalítica.

Médico Residente y Hospital Universitario de Caracas

En el HUC, los cursos de postgrado iniciaron en 1958, dos años después de la fundación del hospital, siendo Anestesiología el primer curso en crearse. Con el transcurrir de los años, se fueron estableciendo el resto de las especializaciones que se conocen actualmente ⁽²³⁾.

Una de las modalidades de formación en este hospital, son las Residencias Hospitalarias Asistenciales, las cuales son estudios de cuarto nivel en alguna especialidad impartida en el hospital, en la cual el centro otorga el espacio y los recursos para la formación del médico que va a especializarse, y este a su vez, devuelve la labor asistencial, a dedicación exclusiva, en la atención a los pacientes por el período que dure la especialización cursada ⁽²³⁾

De acuerdo a la Dirección de Adjunto Docente del HUC, hoy en día, son un total de 35 cursos de postgrados, los cuales tiene diferente tiempo de duración de acuerdo a los criterios de las cátedras y sociedades científicas. Las diferentes Residencias Hospitalarias Asistenciales (postgrados), que se realizan por departamentos, son las siguientes:

- Departamento de Medicina: Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Neumonología Clínica, Neurología, Neurofisiología Aplicada, Nefrología, Psiquiatría, Clínica Mental, Infectología, Infectología Pediátrica, Endocrinología, Nutrición Clínica, Hematología, Reumatología, Radiodiagnóstico.
- Departamento de Cirugía: Radioterapia y Medicina Nuclear, Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de la mano, Cirugía Plástica,

Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología, Cirugía Pediátrica.

- Departamento de Medicina Crítica: Medicina Crítica, Neonatología.
- Departamento de Pediatría: Pediatría y Puericultura, Neurología Infantil.
- Departamento de Ginecología: Ginecología y Obstetricia, Perinatología

García et al. ⁽²³⁾ realizaron una investigación acerca de las residencias de postgrados en el Hospital Universitario de Caracas, acompañada de una revisión teórica de las situaciones que podrían llegar a interferir en el adecuado desenvolvimiento del médico residente; entre éstas encontraron las largas horas de trabajo, lo cual deviene en afectación de la relación médico-paciente, ya que el tratante puede llegar a sentir poco deseo de profundizar o conocer otros problemas del paciente que no sean oportunos según el motivo de consulta, lo cual trae también como consecuencia la disminución de la posibilidad de brindar apoyo psicológico en caso de que paciente lo ameritase. De esto se desprende a grandes rasgos, una predisposición negativa hacia los pacientes psiquiátricos, quienes requieren de otro tipo de atención a la acostumbrada a brindar por los galenos de especialidades distintas a la psiquiatría y psicología clínica, entre ellas mantenimiento del setting, disposición de escucha, etc. ⁽¹⁸⁾

Actitud

Para que se dé el interjuego paciente-tratante, son necesarias varias condiciones; en primer lugar tiene que haber justamente un paciente y un tratante, debe haber la conexión con justifique la relación entre ambos, en este caso la enfermedad, y debe haber una disposición particular de uno para curar y del otro para dejarse curar ⁽¹⁴⁾. Generalmente, salvo muy contados casos, el que padece siempre tiene disposición para dejarse ayudar, lo que es importante explorar es qué determina la disposición del tratante para cuidar de “un otro”.

De acuerdo Shiffman et al. ⁽²⁴⁾, una actitud es “una predisposición aprendida que impulsa al individuo a comportarse de una manera consistentemente favorable o desfavorable con un objeto determinado” (p. 253). Bautista ⁽²⁵⁾ también considera la actitud como una variable latente, que conlleva una consistencia entre sus distintas manifestaciones, que pueden tomar la forma de verbalizaciones hacia el objeto actitudinal y de expresiones de sentimientos

acerca del objeto, ya sea de aproximación o evitación del mismo, esto es de aceptación o rechazo hacia el objeto que elicitó la actitud.

Según Morales ⁽²⁶⁾, el estudio de las actitudes tiene tres grandes implicaciones: (a) las actitudes siempre se refieren a algo, denominado objeto actitudinal o social; (b) si bien la actitud constituye un estado interno (predisposición aprendida), ésta actúa como un elemento mediador entre los estímulos a los que es expuesto el individuo y sus consecuentes respuestas, es decir, las reacciones del sujeto ante un conjunto de estímulos (ambiente) están basadas en la predisposición o tendencia a responder a un objeto, denominada actitud; y, (c) dado que las actitudes constituyen estados internos, necesariamente a las mismas subyacen procesos fisiológicos y psicológicos, que como tal tienen un papel importante en la formación de dichas actitudes.

Un cuarto elemento incluido en la definición de actitud, no tomado en cuenta por Morales ⁽²⁶⁾, pero señalado por Baron y Byrne ⁽²⁷⁾ alude a la estabilidad o consistencia temporal de las actitudes, en el sentido que generalmente éstas se mantienen en el tiempo y son difíciles de modificar, más no son inmutables. En lo que respecta a este punto, es necesario acotar que, aún cuando las actitudes poseen una marcada estabilidad, esto no significa que sean del todo permanentes, puesto que ciertas influencias situacionales podrían en algún momento obligar a un sujeto a tomar una alternativa (comportamiento) que fuese incongruente con sus actitudes y ocasionar modificaciones en las mismas.

Por otra parte, la importancia de las actitudes radica en que: (a) constituyen elementos meritorios para la predicción de conductas; (b) ayudan a formar una idea más estable de la realidad; y, (c) son la base de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad, conflicto, prejuicios, etc. Así cualquier actividad que persiga la consecución del bienestar humano, deberá necesariamente contemplar el cambio de las actitudes de los individuos, con el objeto de hacerlas compatibles con la obtención del bienestar colectivo. ^(24,26, 27).

Uno de los modelos más usados para entender el concepto de actitud, es la teoría de la acción razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen ⁽²⁸⁾. En esta aproximación, los autores parten de que existe una relación entre actitud y conducta, considerando a las personas como seres racionales que utilizan sistemáticamente la información que tienen disponible, evaluando las consecuencias de las acciones antes de llevarlas a cabo.

En concreto, este modelo plantea que la actitud del individuo hacia una conducta específica (componente conductual) viene dado por las creencias que éste tiene acerca de que, a dicha conducta le siguen unos determinados resultados (componente cognitivo), y por la evaluación que lleva a cabo la persona de dichos resultados (componente afectivo) ^(26, 27).

Sin embargo, Fishbein y Ajzen ⁽²⁸⁾ son escépticos sobre su modelo, planteando que además hay otras condiciones “externas” que pueden tener efectos indirectos sobre el modelo, como variables demográficas (edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, religión, educación), actitudes no necesariamente hacia la conducta sino hacia otros factores como personas, instituciones, servicios, y variables personales como introversión-extroversión, autoestima, experiencia del individuo con el objeto de la actitud, posesión de las habilidades que se requieren para llevar a cabo el comportamiento, etc.

Si bien, este modelo es sólo una aproximación para entender el complejo concepto de actitudes, existen otros; sin embargo en todas las teorizaciones permanecen como elementos comunes la predisposición a responder, y la no inmutabilidad. Ambos elementos son muy relevantes, ya que si se puede conocer qué predispone al hombre a actuar, existe la posibilidad de general cambios en las actitudes y por lo tanto en la intención de actuar y de llevar a cabo determinadas conductas.

Objetivos

Objetivo general

Explorar las actitudes de los médicos residentes de las distintas especialidades (excluida la psiquiatría) a cargo de pacientes hospitalizados en el HUC, hacia el paciente con trastorno mental durante julio 2012.

Objetivos específicos:

1. Comparar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental, en cuanto al sexo del residente.
2. Contrastar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental, en cuanto a edad del tratante.
3. Confrontar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental, en cuanto a la especialidad que cursa el residente.

4. Cotejar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental, en cuanto al tiempo de ejercicio de la profesión del tratante.
5. Evaluar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental, en función de si hubo contacto previo con un paciente con patología mental.

Aspectos éticos

Como en toda investigación ética, se vigiló el cumplimiento de estos aspectos, contemplando la participación libre y voluntaria de los sujetos de investigación (médicos residentes), así como la alternativa de retirarse del estudio cuando así lo decidieran. Se incluyó un consentimiento informado (anexo 1) y la hoja de información al participante del proyecto de investigación (anexo 2), notificando a los participantes el objetivo del estudio y el procesamiento que se haría de los datos obtenidos, respetando la privacidad de los mismos ⁽²⁹⁾

MÉTODOS.

Tipo de estudio

Siguiendo lo planteado por Kerlinger et al. ⁽²⁹⁾, la presente investigación fue de tipo no experimental, debido a la selección no aleatoria de los participantes y la no manipulación directa de las variables de estudio. Según el alcance de los resultados, fue una investigación exploratoria y de acuerdo al momento de la recogida de datos, una investigación de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por los médicos residentes que tuvieron a su cargo pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Caracas durante julio de 2012; quedando excluidos de la población aquellos que cursaban la especialización de psiquiatría o que no tuviesen pacientes hospitalizados a su cargo. Fue así que se trató de una población finita conformada por 370 residentes (población total de médicos residentes), según la información aportada por la Comisión de Adjunto Docente del HUC durante el mismo año.

En cuanto a la muestra, se trató de un muestreo estratificado, en el cual se tomaron como categorías los departamentos médicos del hospital: Medicina que contaba con 138 residentes, Cirugía con 144 residentes, Medicina Crítica y de Emergencia con 16 residentes, Pediatría con 31 residentes y Ginecología con 41 residentes; de estos estratos se seleccionaron muestras intencionales en cada uno, intentando obtener una muestra balanceada según el sexo.

Para ello se calculó el tamaño muestral según la siguiente fórmula: $n = N / [1 + (N * P^2)]$; siendo n el tamaño estimado de la muestra, N el tamaño de la población y P el error máximo permitido, tomando 0,05 como valor de precisión ⁽²⁹⁾.

Entonces, se calculó la n en función de la población total (N) y luego esa cantidad se distribuyó según el peso de cada grupo en la población, de modo que en la muestra los grupos quedaron igualmente representados, tal como estaban en la población original.

Según la fórmula, el tamaño muestra se calculó de la siguiente manera:
 $n = 370 / [1 + (370 * 0.05^2)] = 192.20 \approx 192$ residentes por encuestar*. Este dato, se ponderó entre los departamentos en función del peso que tenían sobre el total de la población de médicos residentes del HUC. De dicho cálculo, se obtuvo lo siguiente: (tabla 1)

Tabla 1. Cálculo del tamaño de la muestra por departamentos

Departamento	Población	Peso de cada grupo	Muestra (considerando el peso de cada grupo)
Cirugía	144	38.92%	75
Medicina	138	37.30%	72
Ginecología	41	11.08%	21
Pediatría	31	8.38%	16
Medicina Crítica y de Emergencia	16	4.32%	8
Total	370	100%	192*

Si bien, el cálculo del tamaño muestra requerido fue de 192 residentes, se entregaron 230 cuestionarios, de los cuales se obtuvo respuesta de 154. Así, la muestra final estuvo compuesta por 154 médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas, los cuales tenían a su cargo pacientes hospitalizados durante julio de 2012.

Procedimientos

En primer lugar se procedió al estudio de la aplicabilidad del instrumento seleccionado para la presente investigación, el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental, de Cohen y Struening (1979), adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimon (1982). Dicho instrumento constó de 60 ítems, para cada uno de los cuales había seis alternativas de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, probablemente de acuerdo, probablemente de desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Acerca del instrumento

Dicho cuestionario ya había sido adaptado y validado en otras poblaciones. Así, Fuente⁽³⁰⁾ realizó un estudio en el cual buscaba establecer la validez factorial del cuestionario de Opiniones hacia la Enfermedad Mental, en la versión en español, en el personal de salud de Ciudad de México. Se solicitó la participación voluntaria mediante consentimiento informado

para realizar un estudio piloto en ocho estudiantes de posgrado del área de enfermería y posteriormente para la aplicación del cuestionario a una muestra no probabilística de 312 miembros del personal de salud, cuyo máximo nivel de estudios fue mayormente de licenciatura (30.8%); 37.2% fueron del área de enfermería, 26.9% del área de medicina general y 29.8% de una especialidad no relacionada a la psiquiatría.

En dicho estudio se encontró un Coeficiente alfa de Cronbach inicial de 0.852 y se eliminaron 27 reactivos con correlación ítem total menor a 0.30; con los reactivos restantes se obtuvo un Coeficiente alfa de Cronbach global de 0.891. Posteriormente se realizó un análisis factorial abierto mediante el método de extracción de máxima verosimilitud, obteniendo 8 factores que explicaron el 46.418 % de la varianza. Después de revisar los contenidos de los reactivos y de eliminar aquellos que presentaron carga factorial menor a 0.3, cuyos contenidos no tuvieron suficiente sustento teórico para continuar incluidos, se conformaron 4 subescalas: Negativismo, Prejuicio, Idea interpersonal de la etiología y Restricción social; tales dimensiones fueron denominadas así tras la revisión de otros trabajos que han utilizado el cuestionario original en personal de salud. Las consistencias internas de estas cuatro subescalas se obtuvieron mediante el coeficiente alfa de Cronbach: Negativismo, 0.913; Prejuicio, 0.868; Idea interpersonal de la etiología, 0.517 y Restricción social, 0.519. ⁽³⁰⁾

Si bien, en este estudio, no encontraron la misma estructura factorial que la del instrumento original: Autoritarismo, 0.77- 0.8; Benevolencia, 0.7 – 0.73; Ideología de la higiene mental, 0.29-0.39; Restricción social, 0.71-0.77 e Idea interpersonal de la etiología, 0.65-0.66; hubo varios reactivos cuyos contenidos se asemejaron a la definición de las subescalas "Idea interpersonal de la etiología" y "Restricción social" del instrumento original, agrupándose en cada una de éstas. La consistencia interna global del cuestionario fue óptima (alfa de 0.891), así como la de dos de sus subescalas (Negativismo, 0.913 y Prejuicio, 0.868). Las subescalas encontradas en esta versión del cuestionario podrían explicarse en parte por los conocimientos sobre enfermedad mental generados y difundidos entre esta población en los últimos años. ⁽³⁰⁾

A partir de este estudio, y de los reportados previamente en el apartado de antecedentes, se puede concluir que para la población española y mexicana el instrumento es confiable (más de 80% de confianza), y que se suelen encontrar más o menos los mismos factores explicativos en todos los estudios.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Campo et al. ⁽³¹⁾ acerca de las actitudes de la familia hacia el paciente mental, se pretendía comparar dichas actitudes con las encontradas 25 años atrás en un estudio similar. Para ello, se empleó el cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI) de Cohen y Struening, adaptado en España por Yllá, Ozamiz y Guimón (1982). La población estudiada comprendió asociaciones de familiares de pacientes con trastornos psicóticos, afectivos, alcoholismo y demencia tipo Alzheimer; el grupo control estuvo compuesto de un grupo de empleados de una compañía de telecomunicaciones y otro por personal sanitario de un centro de salud. Las muestras fueron escogidas al azar; la hipótesis principal suponía que las actitudes de los familiares serían más positivas que las del resto de la población. Las actitudes se compararían en función de la edad, sexo, ocupación, estudios realizados, creencias religiosas, grado de parentesco, grado de cercanía del cuidador, grado de dependencia y diagnóstico del familiar del encuestado.

El instrumento arrojó 19 factores que explicaban el 86% de la varianza total; los cinco factores principales agruparon la mayor parte de la varianza acumulable (34,20 %), siendo: 1) higiene mental (explicaba el 14.06% de la varianza) este componente se refirió a la etiología y su relación con la higiene mental, estilo de vida, formas de afrontarla y gestión de pensamientos; 2) negativismo terapéutico (7.62%) aquí se agruparon ítems en los que se discutía la efectividad de los tratamientos y las esperanzas de curación. A este factor Cohen y Struening (1979) lo llamaron benevolencia, considerando ésta como una actitud caritativa, simplista, paternal y autoritaria; 3) reinserción social o dependencia, los ítems de este factor aludían a la capacidad de los pacientes para desenvolverse solos en la sociedad y se correspondía con un 4,87% de la varianza ; 4) restrictividad social, correspondió al 4% de la varianza y los ítems que agrupaba se referían a las posibles limitaciones sociales que se les impondría a estos; y 5) autoritarismo, es el 3,62% de la varianza, estos ítems consideraban a los enfermos mentales como personas distintas a los demás y juzgaban su vida.⁽³¹⁾

El factor que mayor porcentaje de varianza acumuló es el que comprendía la etiología y la higiene mental; no es, por tanto, un factor negativo: más bien sería reflejo de la preocupación, implicación e información de los familiares de estos pacientes. El segundo factor, el negativismo terapéutico, expresaría la poca confianza que tienen los familiares de estos pacientes, en los tratamientos y en la curación, y el trato de benevolencia que tienen hacia ellos. El tercer, cuarto y quinto factor, con unas varianzas muy parecidas, son factores

más claramente negativos, comprenden juicios sobre la capacidad de estos pacientes por desenvolverse solos, ante la sociedad y la propia imagen de estos enfermos.⁽³¹⁾

En vista de la realización de estudios que daban cuenta de la confiabilidad y validez del instrumento, en la presente investigación el cuestionario fue sometido a juicio de expertos, profesores de la especialidad de psiquiatría, clínica mental, metodología de la investigación, psicología de la salud y psicometría, para determinar validez de contenido, en qué medida los ítems representan al constructo y si eran adecuados para la población de médicos del HUC (ver anexo 3). Posteriormente, se realizaron las modificaciones pertinentes en función de las observaciones realizadas.

La versión final del instrumento estuvo compuesta por el consentimiento informado (anexo 1), hoja de información al participante del proyecto de investigación (anexo 2), el Cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental (anexo 4), y un espacio destinado al registro de la edad, sexo, especialidad, tiempo de ejercicio de la profesión y contacto previo con pacientes con trastorno mental; variables que en este estudio se consideraron para relacionar con las actitudes. Por sugerencia de los jueces expertos, se agregaron las siguientes variables: contacto previo se dividió en contacto previo como profesional y contacto previo personal (con amigos, familiares, allegados), año cursado en la residencia, padecimiento de algún trastorno psiquiátrico y si el residente tenía experiencia de haber acudido con algún especialista en salud mental.

Tratamiento estadístico

Una vez obtenidos los datos de la muestra, se codificaron con la finalidad de construir la base de datos, para así posteriormente realizar los cálculos y estadísticos correspondientes a través del programa estadístico SPSS 17.0.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra, su distribución en cuanto a sexo, edad y años transcurridos desde la obtención del título de médico cirujano por parte de los residentes encuestados.

Posteriormente, se realizó el análisis psicométrico del instrumento, que incluyó la evaluación del cumplimiento de los supuestos para precisar la pertinencia del análisis factorial, el análisis factorial por el método de componentes principales con rotación Varimax, análisis de la consistencia interna de los componentes, análisis descriptivo de las dimensiones y

comprobación del supuesto de normalidad de los componentes de la variable actitud.

En último lugar, se relacionaron las dimensiones obtenidas de la variable actitud hacia el paciente con trastorno mental, con variables relevantes para la presente investigación. Las mismas se realizaron como se muestra a continuación: (tabla 2)

Tabla 2. Tratamiento estadístico de las variables de estudio en función de Actitud

	Actitud.
Sexo	T de Student para grupos independientes, homogeneidad de las varianzas.
Edad	Correlación de Pearson
Especialidad	Anova, homogeneidad de las varianzas.
Años de graduado	Correlación de Pearson
Contacto como profesional	T de Student para grupos independientes, homogeneidad de las varianzas.
Contacto personal	T de Student para grupos independientes, homogeneidad de las varianzas.
Año en la residencia	Correlación de Pearson
Padecer algún trastorno	T de Student para grupos independientes, homogeneidad de las varianzas.
Acudir a especialista	T de Student para grupos independientes, homogeneidad de las varianzas.

RESULTADOS.

Análisis de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 154 médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas, los cuales tenían a su cargo pacientes hospitalizados durante julio de 2012. De los médicos encuestados, 64,3% eran de sexo femenino y 35,1% de sexo masculino. La edad promedio de la muestra fue de 28,77 años, con una desviación típica de 3,12 años, siendo la edad mínima y máxima de 24 y 41 años respectivamente. Con un tiempo de haber obtenido el título médico entre 1 y 14 años (promedio de 4,73 años, desviación típica 2,39 años de haber obtenido el título médico).

En función del departamento la muestra estuvo distribuida de la siguiente manera: 62 residentes de Cirugía (40.3%), 58 residentes de Medicina (37.7%), 18 de Ginecología (11.7%), 13 de Pediatría (8.4%) y 3 de Medicina Crítica (1.9%).

Análisis psicométrico del instrumento

En primer lugar, siguiendo el procedimiento llevado a cabo por Yllá et. al ⁽¹⁶⁾ y el de Campo et al. ⁽³¹⁾, se realizó el análisis factorial por el método de componentes principales (no se realizó el estudio de la consistencia interna del instrumento de modo global dado que el instrumento tiene varias dimensiones y en los estudios previos no se abordó el instrumento de modo global sino de modo dimensional).

Previo a realizar el análisis factorial se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la de Esfericidad de Bartlett, para evaluar la adecuación de los datos a un análisis factorial. (anexo 5). El índice de KMO encontrado fue bajo (,573), cercano a 0,6, lo que indicó que los datos tenían un nivel de adecuación regular para ser objeto de un análisis factorial; sin embargo, en el caso de la prueba de Esfericidad de Bartlett, el nivel de significancia fue de 0,000 (<0,05), lo que sugirió que la matriz era pertinente para el análisis factorial. Dado los resultados obtenidos en la verificación de estos supuestos, se pudo realizar el análisis factorial para esta matriz de datos.

Luego de verificar los supuestos del análisis factorial, se realizó un análisis de componentes principales, con rotación Varimax. (anexo 6). A los datos subyacieron cinco componentes considerados significativos, con una varianza total explicada de 33,418%. Para cotejar los ítems que cargaron en cada componente, ver anexo 7.

El primer componente, con un autovalor de 8,342 y una varianza explicada ajustada (rotada) de 7,737% estuvo compuesto por los siguientes 14 ítems: 24, 50(-), 26, 41(-), 14, 51, 49, 25, 45, 29, 35, 19, 37 y 15; en el caso de los ítems que tuvieron una carga factorial negativa, se interpretó que el componente midió algo contrario a lo indicado por ese ítem en particular y los que tuvieron una carga factorial positiva indicaban que el componente estaba relacionado con los aspectos medidos por dicho ítems. Entonces, dado los ítems que cargaron de modo significativo en este componente (correlación ítems-componente $> 0,30$), al mismo se le denominó *prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos*, y se corrigió de modo que, a mayor puntuación en el componente mayores prejuicios hacia estos pacientes.

El segundo componente tuvo un autovalor de 4,100 y explicó el 7,62% de la varianza total del instrumento, integrado por los siguientes 12 ítems: 10, 30, 6, 16, 5, 20, 48, 42, 60, 17, 21 y 1, dado lo cual se le llamó *hipótesis explicativas de la enfermedad mental (etiología)*, y se interpretó de modo que a mayor puntuación, mayor tendencia de las personas a dar explicaciones o justificaciones parciales de la enfermedad mental.

Para el tercer componente se encontró un autovalor de 2,989, explicó un 6,877% de la varianza, y estuvo compuesto por 12 ítems: 4, 31, 32, 9, 11, 3 (-), 7, 59, 8(-), 36, 34 y 53(-), dado lo cual se le denominó *negativismo y estigmatización de la enfermedad mental*. Se corrigió de modo que, a mayor puntuación, mayor actitud negativa y estigmatizadora hacia la enfermedad mental.

El cuarto componente, con un autovalor de 2,337, una varianza explicada de 6,445% estuvo integrado 16 ítems: 28, 18, 22, 38, 57, 47, 54, 55, 58, 27, 46(-), 23, 12, 52(-), 40(-) y 2. Se denominó *positivismo y buen trato hacia los pacientes con enfermedad mental*, donde, una mayor puntuación indicaba una actitud más positiva y de buen trato hacia estos pacientes, ya que, el componente hacía referencia a las potencialidades de los pacientes, a la prevención y al tratamiento. Cabe destacar que los ítems 40 y 2 tuvieron una carga factorial por debajo de 0,30, dado lo cual podrían ser eliminados de este componente, sin embargo, antes de tomar esta decisión se realizó el análisis de la consistencia interna del componente, mostrado en el siguiente subapartado.

Finalmente, el quinto componente con un autovalor de 2,283 y explicó 4,740% de la varianza total, integrado por los siguientes ítems: 56, 13, 44, 43(-), 33(-), 39(-). Este componente hacía referencia a *factores sociales* relacionados con la enfermedad mental,

aunque no estuvo claramente definido; además, el ítem 39 tuvo una carga factorial inferior a 0,30 dado lo cual se estudió su posible eliminación de este componente, sin embargo, antes de tomar una decisión, se realizó el análisis de la consistencia interna del mismo, el cual será expuesto en el siguiente subapartado.

Consistencia interna de los componentes

En la presente investigación se realizó el análisis de consistencia interna por dimensiones de la variable actitud, medido a través del coeficiente Alpha de Cronbach; con la finalidad de comprobar que efectivamente hacían referencia al mismo aspecto de la enfermedad mental, es decir, que medían de modo consistente un mismo aspecto del constructo. Cabe destacar que, los ítems que cargaron de manera negativa en el análisis factorial fueron invertidos en su puntuación, para que estuvieran en el mismo sentido de los demás ítems del componente y poder estudiar su consistencia interna.

Para el primer componente, *prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos*, se encontró un Alpha de Cronbach ,815; ningún ítem tuvo una correlación negativa con el componente, todos los ítems estuvieron correlacionados con la puntuación total (correlación ítems-puntuación total del componente entre ,307 y ,641) y ningún ítem hizo que la consistencia interna aumentara de manera significativa si era eliminado. Dado todo lo anterior, se pudo afirmar que este componente tenía un elevado nivel de consistencia interna, y todos los ítems aportan a su confiabilidad. (anexo 8)

Para el segundo componente, *hipótesis explicativas de la enfermedad mental (etiología)*, se encontró un Alpha de 0,774, ningún ítem tuvo una correlación negativa con el componente y todos los ítems tuvieron una correlación positiva con el puntaje total del componente (entre ,225 y ,565); de igual manera, ningún ítem, si era eliminado, aumentaba de modo significativo la consistencia interna del componente. Dados estos resultados, se afirmó que este componente presentaba una alta consistencia interna, por lo que sus medidas se consideraron confiables en dicho sentido. (anexo 9)

Para el tercer componente, *negativismo y estigmatización de la enfermedad mental*, se encontró un Alpha de Cronbach de 0,682; ningún ítem correlacionó de manera negativa con el componente. Se encontraron correlaciones entre ,237 y ,534 y, no aumentó de manera significativa la consistencia interna de este componente si se eliminaba alguno de sus ítems.

Dado lo anterior, la consistencia interna de este componente se consideró aceptable. (anexo 10)

Para el cuarto componente, *positivismo y buen trato hacia los pacientes con enfermedad mental*, se encontró un Alpha de Cronbach de 0,684. Según se observó (anexo 11), todos los ítems presentaron una correlación positiva con la puntuación total del componente, sin embargo, la correlación del ítem 2 con el componente fue muy baja (,099), encontrándose además que si se eliminaba este ítem, la consistencia interna aumentaba de 0,684 a 0,715, quedando mejor definido el componente; entonces, se decidió eliminarlo, de modo que el cuarto componente quedó integrado por 15 ítems. Al calcular el Alpha de Cronbach de esta dimensión, sin el ítem 2, se obtuvo que la misma aumentó a 0,715; que ningún ítem cargó de modo negativo con la dimensión y todas las correlaciones fueron positivas, además, ahora todos los ítems aportaron a la consistencia interna del componente ya que, ninguno aumentó la confiabilidad si era eliminado. El ítem 40 se dejó como parte del componente, ya que si se eliminaba, la consistencia interna disminuiría de 0,684 a 0,673. (anexo 12)

Finalmente, el quinto componente, *factores sociales*, presentó un nivel de consistencia interna bajo (Alpha de Cronbach ,364) (anexo 13) .Se observó que el ítem 33 presentó la correlación más baja con el componente y de eliminarse, la consistencia interna aumentaría hasta 0,412, lo cual seguiría siendo inaceptable. Entonces, dado que este último componente resultó ser poco consistente internamente (lo que explica la dificultad para definirlo conceptualmente) y que explicó una varianza muy baja del instrumento, no fue considerado en la presente investigación como parte de la variable actitudes hacia la enfermedad mental; sino que dicha variable fue definida a partir de las cuatro primeras dimensiones encontradas: (a) *prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos* (Alpha de Cronbach de ,815, integrado por 14 ítems), (b) *hipótesis explicativas de la enfermedad mental* (Alpha de Cronbach de ,774, integrado por 12 ítems), (c) *negativismo y estigmatización de la enfermedad mental* (Alpha de Cronbach de ,682, integrado por 12 ítems) y (d) *positivismo y buen trato hacia los pacientes con enfermedad mental* (Alpha de Cronbach de ,715, integrado por 15 ítems).

Análisis descriptivo de las dimensiones

Para construir la puntuación total de cada participante en cada uno de los componentes, se realizó la suma de cada uno de los ítems que formaron parte de cada componente y, esa

sumatoria se dividió entre el número de ítems que integraron el componente, de modo de tener la puntuación total en la misma escala de 0 a 5 y que fuese más fácil de interpretar; por ejemplo, para obtener la puntuación total de un participante en la dimensión de prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{Prejuicios} = [\text{ítems: } 24+50(\text{inv.})+26+41(\text{inv.})+14+51+49+25+45+29+35+19+37+15]/14.$$

De igual forma se realizó con las demás dimensiones, encontrándose que en general, los médicos encuestados tienen un nivel bajo de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental (media 1,9301, desviación típica ,7273), tienden a estar poco de acuerdo con las explicaciones simples y aisladas dadas de la enfermedad mental, bien sea de factores externos o internos (media 1,9566, desviación típica ,7454), tienen un nivel bajo de negativismo y de estigmatización hacia los pacientes con enfermedad mental (media 1,8571, desviación ,6331) y presentaron un elevado nivel de positivismo hacia la enfermedad mental, su tratamiento y evolución (media 4,0714, desviación típica ,4371), lo que permitió concluir que, en general o como muestra, los residentes no psiquiatras del HUC, presentaron actitudes positivas hacia la enfermedad mental durante julio 2012. (anexo 14)

Comprobación del supuesto de normalidad

Antes de realizarse la relación de los componentes de la variable actitud con otras variables relevantes para la investigación, se realizó la comprobación del supuesto de normalidad mediante la Prueba de Kolmogorov-Smirnoff, encontrándose que, para todos los componentes $p > 0,05$, específicamente: Prejuicios ,675; Hipótesis de la enfermedad mental ,433; Negativismo y Estigmatización ,279 y; positivismo y buen trato ,627, dado lo cual se aceptó la hipótesis de normalidad, es decir, se pudo asumir que estos componentes se distribuían de manera normal. (anexo 15)

Relación entre actitudes y otras variables

Actitudes en función del sexo del residente

Se aplicó la prueba de T de Student para grupos independientes, realizándose también el análisis de la homogeneidad de las varianzas. (anexo 16). Se evidenció el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas en cada uno de los grupos, ya que las

significancias asociadas a la prueba de Levene fueron mayores a 0,05 en todos los casos; es decir, las varianzas de actitud en el grupo femenino no difirieron de las varianzas del grupo masculino para los cuatro componentes de la variable actitud.

Respecto a la prueba de diferencia de medias, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a *Negativismo y estigmatización* ($p < 0,05$), lo que se traduce en que, los hombres de la muestra (media 1,7147) tendieron a ser menos negativistas y estigmatizadores hacia los pacientes con enfermedad mental, que las mujeres (media=1,9386), aunque es importante considerar que en ambos grupos el nivel de negativismo y estigmatización es bajo (la escala de puntuación va de 0 a 5).

Actitudes en función de la edad del residente

Se encontró que la edad está correlacionada de modo estadísticamente significativo con el componente *etiología* (-,167, $p < 0,05$), es decir, los residentes de mayor edad tendieron a realizar menos valoraciones parciales sobre los factores (externos o internos) que conllevan a la enfermedad mental de los pacientes. (anexo 17)

Actitudes en función de la especialidad del residente

Para facilitar el análisis de los datos, se agruparon las especialidades por departamentos. Dado que sólo se pudieron obtener respuesta de 3 residentes del departamento de Medicina Crítica, esta categoría no se consideró para el presente análisis.

Los resultados apuntaron al cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianza en todos los casos ($p > 0,05$), aceptándose la hipótesis nula de homogeneidad de las varianzas en cada componente de la actitud para cada especialidad. (anexo 18)

A través de la prueba Anova, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el componente de *Negativismo y estigmatización*; por lo que se realizó el análisis a posteriori LSD para puntualizar en qué especialidad o en cuáles especialidades se observaron estas diferencias.

Aunque en todas las especialidades el nivel de *Negativismo y estigmatización* tendió a ser bajo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Pediatría (media 2,30) y las demás especialidades (media Ginecología=1,588; media Medicina=1,7468; media Cirugía= 1,952), siendo el nivel en este componente más bajo para las demás especialidades que para Pediatría. De igual manera, se encontraron diferencias estadísticamente significativas

entre Cirugía (media 1,952) y Ginecología (media 1,588), donde los residentes de Ginecología mostraron un nivel más bajo de esta dimensión. Entre Medicina y Cirugía, Medicina y Ginecología no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Es importante destacar que estas diferencias se dan en el nivel bajo de la variable, es decir, en todos los grupos el nivel de *Negativismo y estigmatización* estuvo por debajo del punto medio de la escala (2,5).

Actitudes en función del tiempo de ejercicio de la profesión del residente

Se encontró que las variables años de haber obtenido el título médico y el componente de *Prejuicios* se encontraron estadísticamente relacionados (-,189, $p < 0,05$), en el sentido que personas con mayor tiempo de haber obtenido el título médico, tendía a puntuar menos en esta dimensión. (anexo 19)

Actitudes en función del contacto previo como profesional

De los encuestados, 120 residentes reportaron haber tenido experiencia en su carrera profesional con pacientes psiquiátricos.

La prueba de Levene evidenció el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas en los componentes de *Negativismo y estigmatización* y en el de *Positivismo y buen Trato*; mientras que, en los de *Prejuicios y Etiología*, no se cumplió, por lo que en la lecturas de los estadísticos, no se puede asumir igualdad de varianzas. (anexo 20)

Al observar los resultados de la T de Student, se encontró que no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en la actitud respecto a la experiencia como profesional con pacientes con enfermedad mental (todas tienen una $p > 0,05$).

Actitudes en función del contacto previo personal

De los encuestados, 80 residentes reportaron haber tenido experiencia personal (familiares, amigos u otros allegados) con pacientes psiquiátricos.

El supuesto de homogeneidad de la varianza, se cumplió para las dimensiones *Prejuicios, Negativismo y Estigmatización* y en *Positivismo y Buen Trato*; no se cumplió para el componente *Hipótesis sobre la enfermedad mental* ($p > 0,05$). Al observar las T de Student respectivas se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (anexo 21)

Actitudes en función del año de residencia cursado

Se encontró que, los encuestados con más años de residencia en el postgrado, tendían a tener mayor *Negativismo y estigmatización* (1,176; $p < 0,05$); aunque el nivel de este componente en general es hacia el lado bajo de la variable. (anexo 22)

Actitudes en función del reporte trastorno psiquiátrico

Se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas para todos los componentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el componente de *Prejuicios* ($T=3,303$, $p < 0,05$), los que sí han tenido algún trastorno mental presentaron menores niveles de prejuicios respecto a la enfermedad (media 1,45), en comparación a los que no han padecido algún trastorno de este tipo (media 2,0108). (anexo 23)

Por otra parte, los que han tenido alguna vez un trastorno mental presentaron menores niveles de *Negativismo y estigmatización* (media 1,5648) que los que no han padecido este tipo de trastornos (media 1,8988) Datos del contraste: $T=2,119$, $p < 0,05$.

Actitudes en función del haber acudido a un especialista en salud mental

El supuesto de homogeneidad de Varianzas se cumplió para todos los componentes ($p > 0,05$). Respecto a las medias no hubo diferencias estadísticamente significativas en la actitud en función de si se había acudido a un psicólogo o psiquiatra anteriormente (anexo 24).

DISCUSIÓN.

La presente investigación trató de un estudio exploratorio acerca de las actitudes de los médicos residentes (no psiquiatras) del Hospital Universitario de Caracas, hacia el paciente con trastorno mental durante julio 2012; también se consideró la relación existente entre la variable principal del estudio con el sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio de la profesión, contacto previo del residente con un paciente con trastorno mental, año que el residente cursa en el postgrado, presencia/ausencia de un trastorno psiquiátrico en el residente y si éste había acudido anteriormente a un especialista del área. Para ello, se utilizó el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Cohen y Struening (1979), adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimon (1982).

Para lograr los objetivos de la investigación, se procedió al cálculo de la muestra de estudio, de manera de garantizar que la población se viera representada en la misma lo más certeramente posible. Así, de los 370 residentes que conformaban el total de médicos del HUC durante julio 2012, se procedió al cálculo del tamaño muestral y luego dicha cantidad (192 residentes) se ponderó entre los departamentos en función del peso que tenían sobre el total de la población de médicos residentes del HUC, intentando también obtener una muestra balanceada según el sexo.

Posteriormente, se realizó el análisis psicométrico del instrumento y en último lugar, se relacionaron las dimensiones obtenidas a través del análisis factorial de la variable actitud, con las otras variables relevantes para la investigación.

El primer aspecto a resaltar a partir del presente trabajo investigativo, tiene que ver con la muestra. Para la elección de la misma se partió de investigaciones previas que incluían a los médicos que laboraban en un Hospital General, tal como los estudios de Arrillaga et. al. ⁽²⁾, García- Estrada et. al. ⁽³⁾, Núñez y Gómez – Feria ⁽⁴⁾ y Núñez y Zapata ⁽⁵⁾, entre otras. Si bien en dichos estudios el énfasis estuvo colocado sobre médicos sin ningún tipo de especificación, como si eran cursantes de alguna especialización o si ya eran especialistas; en el presente estudio se excluyeron aquellos que no estuvieran en actividades de formación, y que por el contrario, tuvieran mayor probabilidad de atender pacientes en este contexto, de manera de aportar novedad a las muestras ya estudiadas.

Por otra parte, sólo se consideraron médicos y no otros miembros del personal sanitario, porque se quiso profundizar en el estudio de las actitudes de aquellos, ya que se

encontró que eran los galenos de atención primaria quienes proporcionaban atención a cerca del 50% de los pacientes psiquiátricos, antes que algún especialista en salud mental ⁽¹⁷⁾.

Uno de los esfuerzos más importantes en este estudio, lo constituyó el hecho que, justamente por querer estudiar las actitudes de los médicos residentes del HUC hacia el paciente con trastorno mental, y tratarse de una población finita, se tuvo que realizar el cálculo respectivo para garantizar la representatividad de la muestra en términos de cantidad, así como de la distribución por departamentos y sexo, presentes en la población general. A pesar de los esfuerzos realizados por encuestar la muestra calculada, lo cual principalmente se pretendió entregando más encuestas de las necesitadas (230 encuestas entregadas), solo se obtuvo respuesta de 154 residentes, en un período de 1 mes (julio 2012)

Se piensa que las dificultades para recolectar la muestra calculada tuvieron que ver con los siguientes factores:

- 1.- Temor a la valoración de la propia locura, muchos residentes manifestaban expresiones como “¿y si se dan cuenta que estoy loco?...seguro esto es para ver que tan locos estamos”, evidenciándose suspicacia en torno a la investigación, la cual estaba claramente dirigida a recoger información de cómo los residentes manifestaban sus predisposiciones hacia los paciente con trastorno mental. Muchos pensaban que se les estaba evaluando a ellos como los pacientes psiquiátricos.
- 2.- Desconfianza en cuanto a la confidencialidad de la investigación, así, algunos manifestaban abiertamente que pensaban una cosa, pero reportaría otra “por si acaso”, en otras palabra, aludiendo a que si sus respuesta era “juzgadas” por algún superior con injerencia en su especialización, la misma no se viera mayormente afectada.
- 3.- Otros desvalorizaban la investigación realizando preguntas como “¿no sabía que en este hospital habían psicólogos?...., yo nunca he mandado a nadie a psiquiatría, eso es pura habladera... Yo mismo medico a mis loquitos”; estas expresiones revelaban también actitudes hacia la psiquiatría y al personal de dicho servicio, lo que constituyó fuente de información secundaria al estudio.
- 4.- Longitud del instrumento: muchos encuestados consideraban que 8 minutos de su tiempo era demasiado, por lo que optaban por pedirle a la encuestadora que regresara en otro momento, que lo llenarían y lo entregarían cuando pudieran, o simplemente se negaban a responderlo.

5.- Otra de las limitaciones en lo recogido de la muestra propuesta, lo constituyó el hecho que la mayoría de los encuestados fueron mujeres (64,3%) y al ser la investigadora mujer, se observaba cierta resistencia o menos disposición a participar.

El segundo aspecto a resaltar, tiene que ver con el instrumento. Para la elección del mismo se realizó una investigación preliminar con estudios semejantes al pretendido, encontrándose que existían muchas opciones para conocer las actitudes de determinada muestra hacia los pacientes con trastorno mental: cuestionarios creados por diferentes autores para su investigación particular, como el caso de Arrillaga et. al. ⁽²⁾ quienes crearon un instrumento compuesto por 46 ítems que buscaba conocer las actitudes y conocimientos hacia la salud mental, psiquiatría, equipo de salud mental y el paciente psiquiátrico, así como también García – Estrada ⁽³⁾, quienes crearon un cuestionario cerrado de 21 ítems que según los autores permitía conocer las actitudes hacia los paciente psiquiátricos, conocimientos generales de psiquiatría, utilización de psicofármacos, del servicio de interconsulta psiquiátrica y una evaluación de la eficacia del mismo. La idea de crear un nuevo instrumento que recogiera la variable del estudio se descartó pues se pretendió de un inicio que los resultados de esta investigación fueran comparables con estudios similares, además de aportar una nueva actualización en el análisis psicométrico del instrumento, de manera que pueda seguir siendo usado en nuestro país. Vale acotar que en Venezuela, no se encontraron estudios que emplearan el instrumento.

Así, se encontró que el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Cohen y Struening (1979), había sido usado en multiplicidad de estudios, con diversas muestras a lo largo de España, incluso Latinoamérica, contando en todos los casos con una estructura factorial bastante homogénea de 5 factores (en el instrumento original: autoritarismo, benevolencia, ideología de la higiene mental, restricción social e idea interpersonal de la etiología), con una confiabilidad de más del .8 (Alpha de Cronbach) ^(4,5,6,16,23,30,31).

En la presente investigación se realizó un completo análisis psicométrico del instrumento, que implicó en primer lugar valoración por jueces expertos y en segundo lugar la evaluación de la adecuación de los datos para realizar un análisis factorial. A través de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Esfericidad de Bartlett, se comprobó que los datos podían ser sometidos a un análisis factorial.

En tercer lugar, siguiendo los estudios de Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, Fuente⁽³⁰⁾ y Campo et. al.⁽³¹⁾, se realizó un análisis factorial, por el método de componentes principales, encontrándose que a los datos subyacieron cinco componentes considerados significativos, pues explicaron el 33.418% de la varianza total; porcentaje similar a la de los estudios de Yllá et. al.⁽¹⁶⁾ cuya varianza total explicada con cinco componentes fue de 32.9%, a la encontrada el estudio de Campo et. al.⁽³¹⁾ con cinco componentes que explicaron el 34.20% de la varianza, y al del estudio de Fuente⁽³⁰⁾, en el que ocho factores explicaron el 46.418% de la varianza, pero fueron cuatro los factores que tuvieron mayor consistencia interna, y considerándose estos cuatro componentes únicamente, el porcentaje de varianza explicada disminuyó hasta aproximarse a los resultados de los demás estudios.

Estos resultados sugieren que el análisis factorial y el porcentaje de varianza total explicada encontrado en la presente investigación, fue muy similar a los hallados en estudios precedentes, lo cual sugiere que el instrumento es preciso y permite medir la variable actitud en poblaciones similares a las de esta investigación.

Un aporte de este trabajo, consistió en realizar el análisis de consistencia interna de cada uno de los componentes, con lo cual se descartó uno de ellos, quedando finalmente 4 componentes que explicaban un nivel de varianza cercano a lo encontrado en otros estudios (28.679 %), teniendo una adecuada consistencia interna.

El primer componente, denominado *Prejuicios* hacia los pacientes psiquiátricos, explicó una varianza de 7.737%, con un Alpha de Cronbach de .815, siendo el componente con mayor porcentaje de varianza explicada. Este componente incluye valoraciones y juicios negativos, que pueden dar cuenta de una aproximación superficial, con poca base en conocimientos científicos, siendo más bien clichés y estereotipos de los paciente psiquiátricos más gravemente enfermos, es decir, aquellos que padecen trastornos más agudos y/o crónicos.

Al realizar el análisis descriptivo de esta dimensión, se encontró que en la muestra hubo un bajo nivel de prejuicios hacia los pacientes con trastorno mental (media=1.9301, desviación típica= .7273)

Este componente también se encontró en estudios que utilizaron el mismo instrumento, en otras muestras; como el realizado por Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, en el que se estudió la evolución de las actitudes de una muestra de Vizcaya (España) frente al enfermo mental. En este estudio el componente denominado prejuicio, también estuvo entre los 5 componentes que más

explicaron varianza, relacionándose de manera significativa con el nivel de estudio, de manera que mientras las personas reportaban un nivel de estudio nulo, básico o de cultura general, mayores prejuicios tenían hacia este tipo de pacientes. Así mismo, en Campo et. al.⁽³⁰⁾, los autores quisieron establecer la validez factorial del cuestionario usado en el presente estudio, en una muestra del personal de Salud en México, encontrándose también que el componente prejuicio fue uno de los cuatro que mayor varianza explicaba, con un óptimo nivel de consistencia (Alpha de Cronbach=.868). Este componente es uno de los considerados negativos, como predisposición hacia los pacientes psiquiátricos.

Así, este primer componente confirmó la información aportada por los estudios antecesores, en cuanto a porcentaje de varianza explicada y consistencia interna.

El segundo componente llamado *Hipótesis explicativas de la enfermedad mental (etiología)*, explicó el 7.62% de la varianza, con un Alpha de Cronbach de .774.

En la muestra se encontró que los residentes del HUC tendían a estar poco de acuerdo con las explicaciones simples y aisladas de la etiología de la enfermedad mental, bien sea de factores externos o internos (media=1.9566, desviación típica=.7454). Este componente comprende en su mayoría algunas de las hipótesis que de manera aislada intentan explicar la génesis y/o mantenimiento de un trastorno psiquiátrico, y en una muy pequeña porción, las consecuencias de padecer este tipo de enfermedad.

Esta dimensión también se encontró en múltiples estudios en los cuales se realizó el análisis factorial del instrumento con diferentes muestras. En algunos estudios, como el de Núñez et. al.⁽⁴⁾ y el de Núñez et. al.⁽⁵⁾, este componente se subdividió en etiología biológica, moral y religiosa, lo cual no se encontró en el presente estudio ni en otros usados como fuente de referencia para esta investigación.

En el estudio realizado por Núñez et. al.⁽⁵⁾, en el cual buscaban establecer las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos penitenciarios, y además comparar las mismas con un estudio precedente con pacientes psiquiátricos en un hospital general⁽⁴⁾, se encontró en ambos el componente etiología como uno de los principales en el análisis factorial, evidenciándose la etiología de predominio netamente biológico en el hospital psiquiátrico penitenciario, mientras que en el hospital general, la etiología osciló entre las explicaciones biológicas y psicológicas.

En la investigación llevada a cabo por Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, se encontró que el componente etiología interpersonal/social, explicó el 7.2% del total de la varianza, siendo un componente

“positivo” para la evaluación y predisposición de los encuestados hacia el paciente con trastorno mental. En este estudio se encontró que no hubo diferencias significativas por sexo, pero sí con el nivel de estudios, de manera que aquellos sujetos que tenían mejor nivel de estudio, pensaban que había una causalidad socioambiental o interpersonal de las enfermedades mentales. Lo cual coincide con los resultados de Núñez et. al.⁽⁴⁾, en el que de manera paradójica fueron los médicos quienes menos apoyaban la noción de considerar la enfermedad mental como de naturaleza orgánica.

Por su parte, en el estudio realizado por Campo et. al.⁽³¹⁾, se encontró que el componente idea interpersonal de la etiología, con un Alpha de Cronbach=.517, fue uno de los 4 factores que mayor varianza explicada representó.

El tercer componente, *Negativismo y estigmatización*, explicó un 6.877% de la varianza, con Alpha de Cronbach de .682. Este componente tiene que ver con la negatividad a aceptar a los pacientes psiquiátricos, como personas simplemente enfermas, más bien castigándoseles y eliminándole privilegios sociales, abogando por posturas conservadoras y primitivas que tienen que ver con el aislamiento, valoración de peligrosidad y falta de indulgencia en torno a la posibilidad de curación. En este estudio, se encontró que la muestra tenía un nivel bajo de este componente (Media=1.8571, desviación típica=.6331)

En estudios precedentes, al realizar el análisis factorial del instrumento, también se encontró el tercer componente considerado en este estudio. Así, en el estudio realizado por Núñez et. al.⁽⁴⁾ uno de los resultados hallados tuvo que ver con la valoración positiva que tenía el personal sanitario de un hospital general hacia la reinserción social de los pacientes psiquiátricos. En el estudio realizado por Núñez et. al.⁽⁵⁾, el factor negativismo estuvo vinculado directamente con la altísima percepción de peligrosidad que se tenía de los pacientes psiquiátricos penitenciarios, en comparación a los pacientes psiquiátricos de un hospital general. En el trabajo de investigación llevado a cabo por Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, se encontró que la actitud negativa frente al enfermo mental, explicó el 14% de la varianza, relacionándose de manera significativa con la edad, de forma que a mayor edad, había más negativismo, y con el nivel de estudios, de manera que había más negativismo entre las personas con menor nivel de estudios o que tenían solo cultura general. Y finalmente, en el estudio realizado por Campo et. al.⁽³¹⁾, en el cual se evaluaron las actitudes de los familiares de enfermos con trastornos

mentales, se encontró que el factor reinserción social, fue uno de los que más varianza explicada mostró, con un 4.87%.

El tercer factor encontrado en la presente investigación, tiene el mismo sentido que el primero, *Prejuicios*, siendo un indicador de la predisposición negativa hacia los paciente con trastornos mental. Como se pudo ver, también tiene el mismo sentido que el hallado en los estudios de Núñez et. al.⁽⁵⁾ y el de Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, más no que el de los estudios de Núñez et. al.⁽⁴⁾ ni el de Campo et. al.⁽³¹⁾, ya que en estos dos últimos el factor reinserción social se encontró en solitario, contrario a los primero dos estudios que incluyeron en la misma dimensión, otros contenidos de predominio negativo.

El cuarto componente, *Positivismo y buen trato* hacia los pacientes con enfermedad mental, explicó un 6.445% del total de la varianza, con un Alpha de Cronbach=.715. Este componente alude a una visión humanizada y social de los pacientes mentalmente enfermos, con la consecuente consideración de la influencia que las personas “sanas” podrían tener sobre aquellas. En la muestra se encontró que los residentes presentaban un elevado nivel de *Positivismo y buen trato* hacia el paciente con enfermedad mental, su tratamiento y evolución (Media=4.0714, desviación típica=.4371).

Este componente se encontró también en estudios anteriores, como el realizado por Campo et. al.⁽³¹⁾, en el cual el factor negativismo terapéutico (llamado benevolencia en el estudio original), explicó una varianza del 7.62%. Este factor sigue el mismo sentido que el segundo componente, *Hipótesis explicativas o etiología de la enfermedad mental*, encontrado en este estudio, aludiendo a predisposiciones positivas hacia estos pacientes.

Esta investigación se llevó a cabo para explorar principalmente, las actitudes de los médicos residentes de las distintas especialidades del HUC, hacia los pacientes con trastorno mental. En este sentido, se observó que los médicos encuestados tienen un bajo nivel de *prejuicios* hacia las personas con enfermedad mental, tienden a estar poco de acuerdo con las explicaciones simples y aisladas dadas a esta patología (bien sea de *factores exógenos o endógenos*), tienen un nivel bajo de *negativismo y de estigmatización* hacia los pacientes con enfermedad mental, presentando además, un elevado nivel de *positivismo y buen trato* hacia los mismos; lo que permitió concluir que como muestra tienen una actitud positiva hacia estos pacientes.

Este resultado es congruente con todas las investigaciones antecedidas al presente estudio, en las cuales se encontró que el personal de un centro de salud de atención primaria⁽²⁾, los médicos no psiquiatras del Hospital Universitario de Canarias⁽³⁾, los del Hospital General de Sevilla⁽⁴⁾, el personal médico y administrativo de un hospital psiquiátrico penitenciario⁽⁵⁾, presentaban actitudes positivas hacia los pacientes con trastorno mental, y dependiendo del alcance del estudio realizado, dichas actitudes se extendían a la psiquiatría, servicio de interconsulta psiquiátrica y centros de salud de este estilo.

De los cuatro componentes derivados del análisis factorial, se encontró que los puntajes más elevados estuvieron en las dimensiones “positivas”, que predisponían favorablemente a los residentes hacia el paciente con trastorno mental, estas fueron *Hipótesis explicativas de la enfermedad mental (Etiología)* y *Positivismo y buen trato*, siendo esta última la más elevada de ambas (Media=1.9566 vs media=4.0714).

Entre las dimensiones que aluden a predisposiciones “negativas” hacia los pacientes psiquiátricos, se encontraron *Prejuicios* y *Negativismo y estigmatización* hacia estos pacientes, siendo el componente prejuicios el que mayor puntaje medio representó (media= 1.9301, en comparación a 1.8571 de la media de negativismo y estigmatización).

Si bien, en la presente investigación no se tenían hipótesis acerca de cómo eran las actitudes de los médicos residentes no psiquiatras hacia el paciente con trastorno mental, de la experiencia personal de la investigadora, así como los verbatums recopilados mientras se administraba el instrumento de estudio, se sospechaba que las dimensiones “negativas” serían las más valoradas, ya que los prejuicios basados en aproximaciones superficiales, clichés y estereotipos era lo más evidentemente manifestado.

Sin embargo muy por el contrario, se encontró que el positivismo hacia estos pacientes, lo cual no era lo expresado directamente por los residentes, fue el resultado menos esperado. Esto podría deberse a que los residentes temían ser evaluados por sus respuestas al cuestionario, catalogándoseles de inhumanos o incluso de malos médicos, produciendo una herida narcisista, según lo refiere Leisse⁽²⁰⁾. Otra de las razones pudo ser que justamente residentes que “temen a la locura” (o más bien a su propia porción no consiente), fuesen quienes por diversos mecanismos involuntarios se predispusieran negativamente a los pacientes psiquiátricos, pero al indagar su lado servicial, es decir, al explorar directa y expresamente (lo consiente), daban cuenta de la interacción entre variables latentes y lo

socialmente esperado, es decir el factor cognitivo, el uso racional y sistemático de la información para tomar decisiones ⁽²⁸⁾

Otras de las razones para este resultado, podría deberse al hecho que el servicio de psiquiatría del HUC, el cual también cuenta con psicólogos, existe desde hace más de 50 años como especialidad independiente, formando parte del departamento de Medicina; así, hay una consecuente familiaridad con los especialistas del área, lo que permite hipotetizar que la cercanía y retroalimentación entre los médicos psiquiatras y no psiquiatras, disuelve un poco estereotipos y prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos.

De acuerdo al primer objetivo específico planteado en este estudio, el cual trataba de comparar las actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental según el sexo del encuestado; se encontró que solo hubo diferencias estadísticamente significativas en cuando al sexo en el componente *negativismo* y *estigmatización*, de manera que los hombres (Media= 1.7147) tendieron a ser menos negativitas y estigmatizadores de los pacientes con enfermedad mental, que las mujeres (Media=1.9386); esto significa que las mujeres eran muchos más inflexibles al valorar la enfermedad mental como cualquier otra, más tendientes a tener posturas conservadores hacia estos pacientes con respecto al cuidado que había que otorgárseles, la peligrosidad que representaban, la necesidad de aislarlos y de restringirles privilegios sociales. Si bien la diferencia fue estadísticamente significativa, en ambos casos, para hombres y para mujeres, el *negativismo* y *estigmatización* encontrado fue bajo (para ambos sexos fue cercano a 2). Un resultado similar se encontró en el estudio realizado por Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, en donde las diferencias por sexo en el factor actitud negativa hacia el enfermo mental, fueron mínimas.

Este resultado pudo venir dado por el hecho que los ítems que cargaron en este componente, abarcaron temas socialmente más sensibles o en los que las mujeres son más vulnerables, como el matrimonio, peligrosidad y visión del futuro.

El segundo objetivo específico de la investigación, buscaba contrastar las actitudes de los médicos hacia el paciente con trastorno mental, en cuanto a la edad del residente. Se encontró que la edad estaba correlacionada de manera estadísticamente significativa, con el componente *hipótesis explicativas de la enfermedad mental (etiología)*, en el sentido que los residentes de mayor edad tendían a realizar menos valoraciones aisladas acerca de la génesis de los trastorno psiquiátricos, sino por el contrario abocándose a explicaciones más amplias y

multicausales. En este sentido vale la pena recordar que la muestra estuvo conformada por médicos cuyo promedio de edad era de 29 años, siendo la edad mínima 24 años y la máxima 41 años.

Este resultado difiere de lo encontrado en el estudio de Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, en el cual la actitud negativa hacia el paciente con trastorno mental, correlacionó significativamente con la edad de los encuestados, de manera que a mayor edad, más negativismo. Este resultado podría deberse a las características de la muestra en esa investigación, la muestra estuvo conformada por sujetos aleatorios de Vizcaya, en la cual el nivel de estudio no era una variable controlada ni siquiera indirectamente. El hecho que, en este estudio, sea uno de los factores positivos el que correlaciona con la edad, podría deberse al hecho que los encuestados tenían un mínimo de al menos un título de educación superior (médico cirujano), el cual es obligatoriamente requerido para cursar estudios de postgrado. Tal como lo evidencian los resultados de los estudios realizados por Yllá et. al.⁽⁶⁾ y por el de Yllá et. al.⁽¹⁶⁾, el conocimiento puede cambiar la predisposición hacia el objeto actitudinal.

Con respecto al tercer objetivo específico del presente estudio, valorar las actitudes de los médicos hacia el paciente con trastorno mental en función de la especialidad cursada, se consideró estudiar la diferencia por departamentos existentes en el HUC.

En este sentido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el componente *negativismo* y *estigmatización*, aunque para todos los departamentos, el nivel de esta variable estuvo por debajo del punto medio de la escala.

Específicamente las diferencias encontradas en el componente *negativismo* y *estigmatización*, se hallaron entre el departamento de Pediatría (M=2.3056) y los demás departamentos: Ginecología (Media= 1.588), Medicina (Media=1.7468) y Cirugía (Media= 1.952), en el sentido que, para pediatría el nivel de este componente era más alto que para el resto de los departamentos. La otra diferencia encontrada para este componente, se halló entre el departamento de Cirugía (Media= 1.9520) y Ginecología (Media= 1.5880), en el sentido que los residentes de ginecología tuvieron un nivel más bajo de *negativismo* y *estigmatización*.

Un resultado similar lo encontró Yllá et. al.⁽¹⁶⁾ al comparar las actitudes en función a la profesión, hallando que habían diferencias significativas en los factores negativismo, etiología interpersonal/social y autoritarismo; pero al igual que en este caso, las diferencias no fueron demasiado importantes.

Este resultado, se encuentran en relación directa con el primer objetivo específico de esta investigación, el cual buscaba relacionar las actitudes hacia el paciente psiquiátrico, con el sexo del residente, encontrándose que las mujeres tendían a tener puntuaciones más elevadas en el componente *negativismo y estigmatización*, que los hombres. Justamente las especializaciones de Pediatría y Ginecología, son aquellas que por excelencia son generalmente seleccionados por las mujeres, por lo que se repite el hecho que son estos departamentos los que puntúan más alto para este factor.

El cuarto objetivo específico de esta investigación, consistía en reportar las actitudes de los médicos hacia el paciente con trastorno mental, en función del tiempo de ejercicio de la profesión o años de obtenido el título de médico cirujano. En este sentido, es importante recordar que la muestra estuvo formada por médicos que habían obtenido su título entre 1 y 14 años atrás, con un media de casi 5 años.

En este sentido, se encontró que el tiempo de ejercicio de la profesión y el componente *prejuicios*, se encontraban significativamente relacionados, en el sentido que las personas con mayor tiempo de ejercicio, tenían menores niveles de este componente.

Este resultado se relaciona con el obtenido para responder al segundo objetivo de la investigación, en el cual uno de los componentes positivos, *hipótesis explicativas de las enfermedad mental*, correlacionaba de forma que a mayor edad, menos tendencias a realizar valoraciones unicasuales de la enfermedad mental, así también, a mayor tiempo de ejercicio de la profesión, menos *prejuicios* hacia estos pacientes. Nuevamente la experiencia y los conocimientos obtenidos, resultan factor decisivo en la predisposición a responder positivamente a los pacientes psiquiátricos.

El quinto objetivo de investigación, trataba de evaluar las actitudes de los residentes hacia el paciente con trastorno mental, en función del contacto que previamente reportara el médico con un paciente psiquiátrico.

Por sugerencia de los jueces expertos quienes validaron el instrumento, la variable contacto previo, se subdividió en dos categorías, una, contacto previo como profesional y la otra, contacto previo personal con pacientes psiquiátricos (como familiares, amigos u otros allegados). Con respecto a la experiencia o contacto previo en ambos casos, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la actitud hacia los pacientes psiquiátricos.

Este resultado es muy llamativo, pues como se advirtió en varios artículos usados como aporte teórico para la presente investigación, la experiencia de cercanía y comprensión directa del paciente psiquiátrico, un servicio o centro de salud mental cercano, o la psiquiatría como materia del pensum académico modificaba actitudes. Así, en el estudio realizado por García-Estrada et al.⁽³⁾, el contacto frecuente con el servicio de psiquiatría de los médicos no psiquiatras del Hospital Universitario de Canarias, modificó actitudes negativas; es decir, el contacto como profesional con pacientes mentalmente enfermos, influyó positivamente en las actitudes de los encuestados.

En el estudio realizado por Yllá et al.⁽¹⁶⁾, encontraron que la dimensión autoritarismo (componente que en esta investigación no se encontró, pero podría estar incluida parcialmente en *negativismo* y *estigmatización*) hubo diferencias significativas según la cercanía de la experiencia de los encuestados, hacia la enfermedad mental. Así, mientras el contacto era más directo, los médicos mostraban niveles más bajos de autoritarismo, y mientras se tenía poca, ninguna o solo experiencia académica a través de lecturas, los niveles de autoritarismo iban en aumento. Un resultado similar se encontró en el estudio de Campo et al.⁽³¹⁾, en el cual se compararon las actitudes de los familiares de un enfermo mental vs un grupo control, encontrándose que los primeros mostraban actitudes más positivas hacia los pacientes psiquiátricos.

Los resultados de la presente investigación difieren a grosso modo de lo reportado en estudios anteriores; esto podría deberse a varias razones, en primer lugar, más que contacto previo como variable que determinara la actitud, pudo ser más bien el nivel de involucramiento cognitivo y emocional⁽²²⁾, o cantidad de veces experimentando un contacto en primera persona con un paciente psiquiátrico, lo que posiblemente modifique actitudes.

Hasta aquí fueron cubiertos los objetivos iniciales de la investigación, sin embargo, cuando se estaba realizando la validación del instrumento por jueces expertos, sugirieron relacionar las actitudes hacia el paciente con trastorno mental, con el año de residencia cursado, padecimiento de algún trastorno psiquiátrico y si el residente encuestado había acudido o no a un especialista en salud mental.

Con respecto a la variable año que cursa en la residencia de postgrado, se encontró que los residentes con más años de estudios, tendían a tener mayor *negativismo* y

estigmatización que aquellos que se encontraban en los primeros años de su residencia médica, aunque en ambos casos el nivel de la variable fue baja.

Este resultado puede tener que ver con el hecho que a mayor año cursado de la residencia de postgrado, los médicos muestren menos disposición y menos sensibilidad hacia pacientes que no tengan patologías propias de su especialidad, ya que los consideran como pérdida de tiempo y de atención innecesaria. Es decir, a mayor año cursado en el postgrado hay un mayor nivel de especialización, que hace que los médicos tengan una predisposición negativa a tratar pacientes que no tienen patologías propias de su pensum de estudio. En la investigación llevada a cabo por García - Estrada⁽³⁾ el 100% de los encuestados consideró la comunicación interpersonal con el paciente como parte de su función, pero más de la mitad consideraba no tener tiempo. Según lo mostró García et. al.⁽²³⁾ las largas horas de trabajo afectaban la relación médico-paciente, de manera que predisponían negativamente a los pacientes psiquiátricos. También, el hecho que a mayor año cursado en la residencia de postgrado, mayores son las horas de trabajo dedicadas a otras actividades como supervisión de otros residentes, pacientes en control, tesis, lo cual afecta la relación médico-paciente, ya que por falta de tiempo y disposición, los pacientes psiquiátricos (que requieren mucho de ambas)⁽¹⁸⁾ son evaluados negativamente, con los criterios más duros sobre la imposibilidad de curación, necesario aislamiento, nivel de peligrosidad, entre otros.

Otra variable incluida a petición de los jueces expertos fue que el residente reportara tener algún trastorno psiquiátrico.

Al estudiar esta relación, se observó que los residentes que habían tenido algún trastorno mental, presentaban menores niveles de *prejuicios*, en comparación a los que no habían padecido un trastorno de este tipo. Así mismo, los residentes que reportaban haber tenido una enfermedad de este tipo, presentaron menores niveles de *negativismo* y *estigmatización* que los que no habían tenido trastornos mentales.

Así, parece que la vivencia en primera persona con un trastorno mental, sensibiliza y predispone positivamente hacia personas con padecimientos semejantes, lo cual corresponde al fenómeno de empatía⁽¹⁸⁾. Por ello, no resulta sorprendente que los residentes que podían empatizar con los pacientes psiquiátricos, disminuyeron sus valores de las dos dimensiones negativas encontradas en el instrumento.

Este resultado entra en conflicto con lo encontrado en esta investigación cuando se estudiaron las relaciones entre el contacto previo (como profesional y personal) y actitudes hacia los pacientes psiquiátricos; ya que padecer un trastorno psiquiátrico no es más que otra forma de contacto personal. En este sentido, se puede pensar incluso que otra razón para haber encontrado disparidad de resultados en cuanto al contacto previo, puede deberse a malos entendidos respecto a la formulación de la pregunta específica en el instrumento.

La última variable incluida en el estudio, tuvo que ver con la noción de si el residente había acudido a solicitar ayuda profesional en el tema de salud mental, con un psicólogo o psiquiatra.

En este sentido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de sí se acudió o no a un profesional del área.

Este resultado es incongruente a lo encontrado por Yllá et. al. ⁽⁶⁾, en el cual quedó evidenciado que al tener experiencias vivenciales, como grupos de comprensión dinámica de los pacientes psiquiátricos, las actitudes mejoraban significativamente, en comparación a aquellos que solo tuvieron una aproximación teórica. También, difiere de lo encontrado por Yllá et. al. ⁽¹⁶⁾ en el cual la cercanía en la experiencia con la enfermedad mental, hacía que se tuvieran valores diferentes en la dimensión autoritarismo.

Haber acudido a un especialista del área, también termina siendo otra forma menos directa si se quiere, de contacto personal; y en este sentido, los resultados de ambas variables muestran congruencia. Sin embargo, nuevamente se opone a lo reportado por la literatura. Una acotación final a este respecto, parece ser que finalmente en la muestra de estudio, la variable experiencia previa (profesional, personal, o haber acudido a un especialista) no influyó mayormente en las actitudes de los residentes, puestos que incluso desde antes del contacto, ya eran positivas, lo cual es esperado puesto que para estudiar medicina, es necesario un grado razonable de empatía con el otro elegido para ser su dupla, el paciente, sea cual fuere su patología.

Conclusiones

Esta investigación consistió en estudiar las actitudes de los médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas hacia el paciente con trastorno mental, en función de variables personales y profesionales de los encuestados. Para ello se empleó el cuestionario de

Actitudes hacia la Enfermedad Mental de Cohen y Struening (1979) adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimón (1982).

Es la presente investigación, se realizó un completo análisis psicométrico del instrumento, lo que permitió confirmar una estructura factorial bastante padecida a la reportada en la literatura investigada, se demostró que el instrumento es preciso y que permite medir la variable actitud en poblaciones similares a las de los estudios precedentes. Esto permite realizar comparaciones con investigaciones que empleen poblaciones similares en otras partes del mundo.

Asimismo, en correspondencia con los resultados de investigaciones antecesoras, también se encontraron actitudes positivas en la población de estudio. En general, los médicos encuestados tienen un nivel bajo de *prejuicios* hacia las personas con enfermedad mental, tienden a estar poco de acuerdo con las explicaciones simples y aisladas dadas a esta patología, bien sea de *factores externos o internos*, tienen un nivel bajo de *negativismo* y de *estigmatización* y presentan un elevado nivel de *positivismo* y *buen trato* hacia los pacientes psiquiátricos, su tratamiento y evolución.

En cuanto a la relación de actitudes en función de las variables de estudio, se encontró que los hombres tendían a ser menos *negativistas* y *estigmatizadores* que las mujeres.

Otro resultado fue que los residentes de mayor edad tendieron a realizar menos valoraciones aisladas sobre los *factores (externos o internos)* que conllevan a la enfermedad mental.

Se observó que los residentes de Pediatría tenían niveles más elevados de *negativismo* y *estigmatización* que los de Ginecología, Medicina y Cirugía. De igual manera se encontró que los residentes de Ginecología tienen un nivel más bajo de *negativismo* y *estigmatización* que los de Cirugía.

Otra observación encontrada, apuntó que los encuestados que tenían mayor tiempo de haber obtenido el título médico, mostraron menores niveles de *prejuicios* hacia las personas con enfermedad mental.

Se halló que, los encuestados con más años de residencia en el postgrado, tendía tener mayor *negativismo* y *estigmatización* hacia los pacientes psiquiátricos.

En cuanto a las variables de contacto previo personal y como profesional, no hubo diferencias significativas.

Por otra parte, los residentes que reportaron haber tenido algún trastorno mental presentaron menores niveles de *prejuicios*, que los que no han padecido algún trastorno de este tipo. También se encontró que los que han tenido alguna vez un trastorno mental presentaron menores niveles de *negativismo* y *estigmatización* que los que no han padecido este tipo de trastornos

Con respecto al haber acudido a un especialista del área, no se encontraron diferencias significativas.

Recomendaciones

Para investigaciones posteriores, se sugiere:

1. Si se quiere estudiar la misma población, emplear una versión abreviada del instrumento, que implique menor tiempo de administración.
2. Procurar un mayor tamaño muestral.
3. Incluir como variables de estudio: nivel de conocimientos percibidos de psiquiatría, actitudes hacia la psiquiatría, hacia el equipo de salud mental, predisposición a asistir a curso de psiquiatría, actitudes hacia la interconsulta psiquiátrica, creencias religiosas, uso de psicofármacos.
4. Cotejar la actitud de los médicos residentes con el número de interconsultas solicitadas y con la actitud hacia las sugerencias realizadas por los especialistas del área.
5. A partir del presente estudio cuantitativo, realizar una aproximación cualitativa que complete y amplíe los resultados de esta investigación.
6. Se encontró que varios estudios apoyaron el cambio de actitudes según el nivel de involucramiento de los médicos con pacientes psiquiátricos, por lo que iniciar desde pregrado con estudios de casos, y procurar una mayor profundización de los orígenes y evolución **no orgánica** de la patología mental, podría representar modificaciones de las actitudes en el transcurso del tiempo.
7. Es importante que se entrenen a los residentes de los postgrados de Psiquiatría y Psicología Clínica / Clínica Mental, en la divulgación de contenidos propios de la especialidad, a residentes ajenos a nuestro campo de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A todos los residentes que bien supieron postergar sus obligaciones para cumplimentar el instrumento.

A mi tutora y asesor metodológico, por todo el apoyo recibido.

A mis compañeros de especialización, quienes brindaron toda su colaboración para ayudarme en esta tarea en solitario.

Al servicio de Psiquiatría por ser inspiración.

REFERENCIAS.

1. Hernán A, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 1º ed. Velázquez JD, Rincón-Hoyos, HG, editores. Corporación para Investigaciones Biológicas (Colombia): Fundamentos de Medicina; 2010.
2. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Aten Primaria. [Revista en internet] 2004 [Citado 18 marzo 2012]; 33(9): [Aprox. p. 5]. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/actitudes-personal-sanitario-atención-primaria-enfermo-mental-13061608-originales-2004>.
3. García-Estrada A, De Las Cuevas C, González J, Henry M. Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica. An. Psiquiatría. [revista en Internet] 1990 [citado 13 marzo 2012]; 6 (4): [aprox. p. 4]. Disponible en <http://www.psicoter.es/-arts/90-A068-03.pdf>
4. Núñez J, Gómez-Feria I. Las actitudes hacia los enfermos mentales en un hospital general. An. Psiquiatría. [revista en Internet] 1992 [citado 13 marzo 2012]; 8 (2): [aprox. p. 6]. Disponible en <http://www.nunezdearco.com/PDF/Actitudes%20en%20hospital%20general.pdf>
5. Núñez J, Zapata R. Actitudes hacia la enfermedad mental entre el personal de un hospital psiquiátrico penitenciario. An. Psiquiatría. [revista en Internet] 1994 [citado 13 marzo 2012]; 10 (6): [aprox. p. 5]. Disponible en <http://www.nunezdearco.com/PDF/Actitudes%20en%20hospital%20penitenciario.pdf>
6. Yllá, L., González-Pinto, A. Terapia de grupo y cambios de actitud hacia la enfermedad mental en estudiantes de medicina. Avances en salud mental relacional. [revista en Internet] 2003. [citado 15 marzo 2012]; 2 (1): [aprox. p. 4]. Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0201/0201tdg.htm>
7. Baptista TJ. ¿Qué deberías saber antes de ir al psiquiatra o al psicólogo? 2º ed. Mérida: Laboratorios Valmor; 2011.
8. Cañoto, Y. Pensamiento, lenguaje e inteligencia. En: Peña G, Moreno M, Csoban E, Cañoto Y, Santalla Z, Gómez M, et al., editores, Introducción a la Psicología I: Componentes básicos. Caracas: Publicaciones UCAB; 2003. p. 135-164
9. World Health Organization. [Internet]. Organización Mundial de la Salud [actualizado 12 Abr. 2012; citado 27 Abr. 2012]. Disponible en <http://www.who.int/es/>
10. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4º ed. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.

11. López JJ, Meditor, editores. Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992.
12. Romero JC. Los trastornos psicológicos y su tratamiento. En: Peña G, Negrón O, Ramos T, León C, Campagnaro S, Matos M, et al., editores, Introducción a la psicología II: áreas de aplicación. Caracas: Publicaciones UCAB; 2004. p. 401-436:
13. Albornoz JH. Nociones elementales de filosofía. 2º ed. Caracas: Vadell Hermanos; 2007.
14. Rísquez F. Conceptos de psicodinamia. 1º ed. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana; 2005
15. Halgin RP, Krauss S. Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. 4º ed. México: McGrawHill; 2006
16. Yllá, L., González –Pinto, A., Ballesteros J. y Guillén, V. Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. Actas Españolas de Psiquiatría. 2007 Sep. 21; 35 (5): 6-12
17. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I. 3º ed. Barcelona: Masson; 2000
18. Shertzer B., Stone, S. Manual de asesoramiento psicológico. Buenos Aires: Paidós; 1972.
19. Laplanche L, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Lagache D, editor. Barcelona: Paidós; 2004
20. Leisse A. La relación médico paciente desde la mirada psicoanalítica. Trópicos Revista de Psicoanálisis. Mayo 2002; 10 (1): 39-52
21. Zambrano A. La psiquiatría de enlace. [tesis]. Caracas: Hospital Vargas de Caracas; 1986
22. Rodríguez MA. Relación médico-paciente. Habana: Ciencias médicas; 2008
23. García RM, Guerra I. Residencias de postgrados en el Hospital Universitario de Caracas. Caracas: Hospital Universitario de Caracas; 1991.
24. Schiffman L, Kanuk L. Comportamiento del consumidor. 5º ed. México: Prentice Hall; 2005.
25. Bautista JM. Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. [monografía en Internet]. España: Universidad de Huelva; 2008 [acceso 16 de marzo de 2012]. Disponible en <http://dewey.uab.es/pmarques/dioe/bautistaactitudes.doc>.
26. Morales F. Psicología social. Caracas: Mc-Graw Hill; 1999.
27. Baron R, Byrne D. Psicología social. 8º ed. Barcelona: Prentice Hall; 1998

28. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. [Monografía en Internet]. MA: Addison-Wesley; 1975. [Acceso 19 de marzo de 2012]. Disponible en [http://www.people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html\(1975\)](http://www.people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html(1975))
29. Kerlinger F, Lee H. Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. 4^o ed. México: McGraw Hill; 2002.
30. Fuente R. Validez factorial del cuestionario sobre opiniones hacia la enfermedad mental en el personal de salud de la ciudad de México. Instituto nacional de psiquiatría. De próxima aparición 2012.
31. Campo I, Yllá L, González A, Badarjé P. Actitud de la familia hacia el enfermo mental. Actas Esp. de Psiquiat. [revista en Internet] 2010. [citado 30 marzo 2012]; 38 (1): [aprox. p. 8]. Disponible en [http://actaspsiquiatria.es/PDFS/38/Actas%20Esp%20Psiquiatr%202010%2038\(1\)%2057-64.pdf](http://actaspsiquiatria.es/PDFS/38/Actas%20Esp%20Psiquiatr%202010%2038(1)%2057-64.pdf)

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

Su firma en este consentimiento informado indica que comprende el contenido de la hoja de información que acompaña este formulario, y que acepta su participación en la investigación bajo la modalidad que usted indica abajo.

Como requisito para obtener el título de Especialista en Clínica Mental, yo, la Licda. Natalia Mudarra, me encuentro realizando el proyecto de investigación denominado: **ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL**, cuyo objetivo es explorar las actitudes de los médicos residentes de las distintas especialidades a cargo de pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Caracas, hacia el paciente con trastorno mental.

De usted aceptar participar en el estudio, se le entregará el instrumento seleccionado para los fines de la investigación: El cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental, el cual es un instrumento autoadministrado de selección que requiere de 8 min. aproximadamente para su completación. La información aquí recaba tiene carácter estrictamente CONFIDENCIAL y sólo será usada para fines de la presente investigación

.....

Yo, _____, C.I N° _____ he leído y comprendido el contenido de la hoja de información al participante del proyecto de investigación, denominado: **ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL**, aclarando de forma satisfactoria todas las dudas que he tenido al respecto.

Por medio de la presente proporciono mi **CONSENTIMIENTO** para participar en la referida investigación, bajo la modalidad que indico con una X. Reconozco que **NO ESTOY** obligado (a) a firmar este consentimiento, y aún habiéndolo firmado, puedo retirarme en cualquier momento de la investigación.

Procedimiento	Acepto	No acepto
Llenado del cuestionario		

Firma del participante:

Firma de la investigadora responsable:

Firma del testigo:

Fecha:

Anexo 2. Hoja de información al participante del proyecto de investigación.

Usted ha sido seleccionado al azar para formar parte de la presente investigación denominada: **ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL**, la cual realizo como requisito para obtener el título de Especialista en Clínica Mental.

Propósito del Proyecto

El objetivo es explorar las actitudes de los médicos residentes de las distintas especialidades, exceptuando la psiquiatría, a cargo de pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Caracas, hacia el paciente con trastorno mental.

Procedimiento

De usted aceptar participar en el estudio, se le entregará el instrumento seleccionado para los fines de la investigación: El cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental; el cual es un instrumento autoadministrado de selección que requiere de 8 min. aproximadamente para su completación.

Riesgos

No existe ningún riesgo para su participación en este estudio

Beneficios

La participación en esta investigación tiene como beneficio a su persona, la posibilidad de conocer sus actitudes en el trato con pacientes con trastorno mental, para posteriormente proponer estrategias que deriven en un aporte para su carrera como profesional.

Confidencialidad

La información aquí recaba tiene carácter estrictamente CONFIDENCIAL y sólo será usada para fines de la presente investigación. Los datos personales no serán refrendados en la encuesta. La identificación se hará en base a un código que podrá observar en la parte superior derecha del instrumento

Participación voluntaria

Su participación es voluntaria, pudiendo retirarse del estudio cuando así lo desee, incluso luego de haber dado su conformidad para participar.

Anexo 3. Hoja de información y escala de evaluación de los jueces expertos.

Estimado (a):

Por medio de la presente solicito su apoyo para la validación de la escala que será utilizada en mi Trabajo Especial de Grado, el cual lleva por título: **ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES HACIA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL**. El objetivo es explorar las actitudes de los médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas (excluidos los cursantes de Psiquiatría) quienes tengan a su cargo pacientes internados, hacia el paciente con enfermedad mental, en función del sexo, la edad, la especialidad, y años de experiencia del residente, y de la presencia o no de contacto previo con pacientes con enfermedad mental. Para el cumplimiento de este objetivo, cuento con la tutoría de la Dra. Susana Urbani y la asesoría metodológica y estadística del Lcdo. Andrés Ramírez.

A continuación se presenta la versión original de la escala a validar: **El Cuestionario de Actitudes hacia la Enfermedad Mental**, el cual es un instrumento autoadministrado, que consta de 60 ítems para cada uno de los cuales hay 6 alternativas de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, probablemente de acuerdo, probablemente de desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. El instrumento fue elaborado por Cohen y Struening (1979), y adaptado a la población española por Yllá, Ozamiz y Guimon (1982). El mismo ha sido validado en diferentes muestras (frecuentemente en España y México) obteniéndose una estructura factorial que siempre arroja entre 4 y 5 factores, y una confiabilidad con una carga de más de .80.

Su colaboración consiste en chequear el instrumento que se le presentan a continuación, con la finalidad de que, a partir de su experticia, usted lo evalúe en función de los siguientes aspectos: (a) formato de presentación del instrumento, claridad de las instrucciones, (b) adecuación de la redacción de los ítems a la muestra del estudio, (c) pertinencia de los ítems respecto al objetivo de la escala, (d) claridad de los ítems y (e) otras observaciones. Es importante agregar que para la presente investigación se pretende validar el instrumento a la muestra de estudio, a partir de un instrumento válido y confiable, no la elaboración de un nuevo instrumento a partir de modificaciones sustanciales al instrumento original.

De antemano agradezco su colaboración

Natalia Mudarra. R3 Clínica Mental

Aspectos a evaluar

1.- Formato de presentación del instrumento

Bueno	Regular	Malo
-------	---------	------

Observación:

2.- Claridad de las instrucciones

Claras	Regular	Poco claras
--------	---------	-------------

Observación:

3.- Adecuación de la redacción de los ítems a la muestra del estudio

Adecuados	Regular	Poco adecuados
-----------	---------	----------------

Observación:

4.- Pertinencia de los ítems respecto al objetivo de la escala

Pertinentes	Regular	Poco pertinentes
-------------	---------	------------------

Observación:

5.- Claridad de los ítems

Claro	Regular	Poco claro
-------	---------	------------

Observación

6.- Otras observaciones

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de planteamientos con la finalidad de conocer sus actitudes hacia los pacientes con trastorno mental o trastorno psiquiátrico.

Recuerde responder a todos los enunciados, y que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que interesa es su opinión sincera.

Sus respuestas son confidenciales y sólo serán utilizadas para efectos de la presente investigación.

Por favor complete los siguientes planteamientos marcando con una equis (X) el lugar del continuo que mejor exprese su opinión:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La depresión se produce normalmente cuando la gente trabaja demasiado.						
2. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.						
3. La mayoría de los pacientes de los hospitales psiquiátricos no son peligrosos.						
4. Aunque los pacientes dados de alta en los hospitales psiquiátricos pueden parecer compensados, no se les debería permitir contraer matrimonio.						
5. La enfermedad mental es una forma de reaccionar ante las demandas y presiones de la sociedad.						
6. Un número importante de personas enferman mentalmente debido a la forma de vida que eligen.						
7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones. La gente normal piensa las cosas.						
8. Las personas que han sido pacientes de un hospital psiquiátrico no son más peligrosas que el ciudadano común.						
9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación, es mejor no pensar en ello y mantenerse ocupado en cosas más agradables.						
10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma mental para evitar los difíciles problemas de la vida diaria.						
11. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de las personas normales.						
12. Aunque los pacientes en los hospitales psiquiátricos se comporten de manera extraña, está mal reírse de ellos.						
13. La mayoría de los pacientes mentales están deseando trabajar.						
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de
34.	Si un paciente de un hospital psiquiátrico roba a alguien, debería ser castigado para que no lo vuelva a hacer.						
35.	Si unos padres mentalmente enfermos criaran a hijos de padres normales, probablemente se convertirían en enfermos mentales.						
36.	Todos los hospitales psiquiátricos deberían estar rodeados por una gran cerca y vigilancia.						
37.	La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital psiquiátrico padeciendo una enfermedad mental grave.						
38.	Más que cualquier otra cosa, los pacientes psiquiátricos necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.						
39.	La enfermedad mental es generalmente causada por alguna perturbación del sistema nervioso.						
40.	Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales dejan de ser realmente humanos.						
41.	La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en un hospital psiquiátrico, pudieran ser de confianza como cuidadoras de bebés.						
42.	A la mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no les importa su aspecto exterior.						
43.	Los profesores universitarios son más propensos a convertirse en enfermos mentales que los hombres de negocios.						
44.	Mucha gente que no ha sido paciente en un hospital mental está más enferma que muchos pacientes psiquiátricos hospitalizados.						
45.	Aunque muchos pacientes psiquiátricos parecen estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.						
46.	Algunas veces la enfermedad mental es castigo por malas acciones.						
47.	Nuestros hospitales psiquiátricos deberían ser organizados de manera que hagan que el paciente pueda estar lo más cómodo posible.						
48.	Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o voluntad.						
49.	Es poco lo que se puede hacer por los pacientes en un hospital psiquiátrico, excepto que estén confortados y bien tratados.						
50.	Muchos pacientes psiquiátricos permanecerían en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas permanecieran abiertas.						
51.	Todos los pacientes de los hospitales psiquiátricos deberían ser privados de tener hijos.						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Probablemente en desacuerdo	Probablemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
52.	Los habitantes de una comunidad deberían tener el derecho a negarse a la instalación de un hogar para niños con enfermedades mentales en su propia comunidad.						
53.	La moralidad de una sociedad se mide bien por la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos mentales.						
54.	Es importante ser especialmente claro al hablar a un enfermo mental.						
55.	La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.						
56.	Las personas que no desean antiguos pacientes psiquiátricos en sus comunidades es porque les tienen miedo.						
57.	Las personas que han estado en hospitales psiquiátricos tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan, al igual que cualquier otro ciudadano.						
58.	Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente, para que se ajusten a la vida comunitaria.						
59.	No debería darse de alta a los pacientes de los hospitales psiquiátricos hasta que actuaran como gente normal.						
60.	Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente.						

Sexo: Femenino: ____ Masculino: ____

Edad: ____

¿Cuántos años han transcurrido desde que obtuvo el título de Médico Cirujano? ____

Especialización cursada actualmente: _____

Año que cursa en la residencia de postgrado ____

¿Ha tenido experiencia como profesional con pacientes psiquiátricos? Si ____ No ____

¿Ha tenido la experiencia personal de tener algún familiar, amigo u otro allegado con algún trastorno psiquiátrico? Si ____ No ____

¿Ha tenido ud. algún trastorno psicológico/psiquiátrico? Si ____ No ____

¿Ha acudido ud. a un psicólogo o psiquiatra? Si ____ No ____

Gracias por su colaboración

Anexo 5. Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. (KMO)		,573
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2929,947
	gl	1770
	Sig.	,000

Anexo 6. Análisis de componentes principales con rotación varimax.

Varianza total explicada

Comp onente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% de la Total	% varianza acumulad	% Total	% de la Total	% varianza acumul.	% Total	% de la Total	% varianz acumulado	
1	8,342	13,903	13,903	8,342	13,903	13,903	4,642	7,737	7,737
2	4,100	6,834	20,736	4,100	6,834	20,736	4,572	7,620	15,357
3	2,989	4,981	25,718	2,989	4,981	25,718	4,126	6,877	22,234
4	2,337	3,896	29,613	2,337	3,896	29,613	3,867	6,445	28,679
5	2,283	3,805	33,418	2,283	3,805	33,418	2,844	4,740	33,418

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 7. Matriz de componentes rotados.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente				
	1	2	3	4	5
24. Una mujer cometería locura casándose con un hombre que padeció enfermedad mental...	,612				
50. ...permanecerían en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso con puertas abiertas.	-,607				
26. ... paciente de un hospital psiquiátrico, nunca volverá a ser lo que fue antes.	,587				
41. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en un hospital psiquiátrico, pudieran ser de confianza como cuidadoras de bebés.	-,538				
14. No se debería permitir que los hijos pequeños de enfermos mentales los visiten en los hospitales psiquiátricos.	,532				
51. Todos los pacientes de los hospitales psiquiátricos deberían ser privados de tener hijos.	,531				
49. Es poco lo que se puede hacer por los pacientes en un hospital psiquiátrico, excepto que estén confortados y bien tratados.	,527				
25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran cuidados por padres normales, probablemente no acabarían siendo enfermos mentales.	,524				
45. Aunque muchos pacientes psiquiátricos parecen estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.	,453				
29. No se debería autorizar la participación electoral a los pacientes psiquiátricos.	,453				
35. Si unos padres mentalmente enfermos criaran a hijos de padres normales, probablemente se convertirían en enfermos mentales.	,431				
19. Un enfermo cardíaco solo tiene una cosa mala, mientras un enfermo mental ...	,334				
37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital psiquiátrico padeciendo una enfermedad mental grave.	,321				
15. La gente aficionada a su trabajo raramente se convierte en enfermo mental	,312				
10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma...		,634			
30. La enfermedad mental de muchas personas es causada por la separación o divorcio...		,624			
6. Un número importante de personas enferman mentalmente debido a la forma de vida que eligen.		,620			
16. La gente no se volvería enferma mental si huyera de los malos pensamientos.		,618			
5. La enfermedad mental es una forma de reaccionar ante las demandas y presiones de la sociedad.		,569			
20. Los pacientes psiquiátricos provienen de hogares donde los padres tuvieron poco interés por los hijos.		,513			

48. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o voluntad.	,472		
42. A la mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no les importa su aspecto exterior.	,456		
60. Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente.	,404		
17. Los pacientes psiquiátricos están tan preocupados con sus propios ...	,390		
21. Las personas con enfermedad mental nunca deberían ser tratadas en el mismo hospital que las personas con enfermedades físicas.	,386		
1. La depresión se produce normalmente cuando la gente trabaja demasiado.	,335		
4. Aunque los pacientes dados de alta en los hospitales psiquiátricos pueden	,669		
31. La mejor manera de manejar a los pacientes en un hospital psiquiátrico es tenerlos encerrados.	,667		
32. Llegar a ser paciente en un hospital psiquiátrico es convertirse en un fracasado en la vida.	,512		
9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación, es mejor no pensar en ello y mantenerse ocupado en cosas más agradables.	,441		
11. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de las personas normales.	,434		
3. La mayoría de los pacientes de los hospitales psiquiátricos no son peligrosos.	-,383		
7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones. La gente normal piensa las cosas.	,375		
59. No debería darse de alta a los pacientes de los hospitales psiquiátricos hasta que actuaran como gente normal.	,353		
8. Las personas que han sido pacientes de un hospital psiquiátrico no son más peligrosas que el ciudadano común.	-,349		
36. Todos los hospitales psiquiátricos deberían estar rodeados por una gran cerca y vigilancia.	,342		
34. Si un paciente de un hospital psiquiátrico roba a alguien, debería ser castigado para que no lo vuelva a hacer.	,329		
53. La moralidad de una sociedad se mide bien por la calidad de los cuidados proporcionados a los enfermos mentales.	-,318		
28. La mayoría de las personas que tienen un trastorno psiquiátrico grave preferirían vivir en una comunidad en lugar de hacerlo en un hospital psiquiátrico.		,594	
18. Debería invertirse más dinero del Estado y de los impuestos en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.		,566	
22. Cualquiera que trate firmemente de mejorarse a sí mismo merece el respeto de los demás.		,522	

38. Más que cualquier otra cosa, los pacientes psiquiátricos necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.					,467
57. Las personas que han estado en hospitales psiquiátricos tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan, al igual que cualquier otro ciudadano.					,462
47. Nuestros hospitales psiquiátricos deberían ser organizados de manera que hagan que el paciente pueda estar lo más cómodo posible.					,451
54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un enfermo mental.					,443
55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.					,432
58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente, para que se ajusten a la vida comunitaria.					,426
27. Muchos pacientes psiquiátricos son capaces de realizar labores calificadas, aunque en algunos aspectos estén muy incapacitados mentalmente.					,425
46. Algunas veces la enfermedad mental es castigo por malas acciones.					-,391
23. Si nuestros hospitales tuvieran suficientes doctores, enfermeras y ayudantes preparados, muchos de los pacientes psiquiátricos mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital.					,386
12. Aunque los pacientes en los hospitales psiquiátricos se comporten de manera extraña, está mal reírse de ellos.					,355
52. Los habitantes de una comunidad deberían tener el derecho a negarse a la instalación de un hogar para niños con enfermedades mentales en su propia comunidad.					-,350
40. Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales dejan de ser realmente humanos.					-,262
2. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.					,240
56. Las personas que no desean antiguos pacientes psiquiátricos en sus comunidades es porque les tienen miedo.					,610
13. La mayoría de los pacientes mentales están deseando trabajar.					,480
44. Mucha gente que no ha sido paciente en un hospital mental está más enferma que muchos pacientes psiquiátricos hospitalizados.					,464
43. Los profesores universitarios son más propensos a convertirse en enfermos mentales que los hombres de negocios.					-,401
33. Se debería permitir más privacidad a los pacientes de los hospitales psiquiátricos.					-,315
39. La enfermedad mental es generalmente causada por alguna perturbación del sistema nervioso.					-,283

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 17 iteraciones.

Anexo 8. Análisis de consistencia del componente Prejuicio

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlació n elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
24. Una mujer cometería una locura casándose con un hombre que haya padecido una enfermedad mental grave, aunque pareciera totalmente recuperado.	25,3525	86,955	,641	,789
50inv. NINGÚN paciente psiquiátrico permanecería en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas perman.	24,5396	93,134	,339	,810
26. Una persona que ha sido paciente de un hospital psiquiátrico, nunca volverá a ser lo que fue antes.	25,4532	90,612	,477	,800
41inv. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en hospital psiquiátrico, NO pudieran ser de confianza	23,8129	92,356	,397	,806
14. No se debería permitir que los hijos pequeños de enfermos mentales los visiten en los hospitales psiquiátricos.	25,3165	88,450	,478	,800
51. Todos los pacientes de los hospitales psiquiátricos deberían ser privados de tener hijos.	25,7338	89,139	,555	,795
49. Es poco lo que se puede hacer por los pacientes en un hospital psiquiátrico, excepto que estén confortados y bien tratados.	25,6906	92,012	,400	,806
25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran cuidados por padres normales, probablemente no acabarían siendo enfermos mentales.	25,4245	88,637	,554	,795
45. Aunque muchos pacientes psiquiátricos parecen estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.	24,2374	91,095	,504	,799
29. No se debería autorizar la participación electoral a los pacientes psiquiátricos.	24,8489	90,434	,376	,809
35. Si unos padres mentalmente enfermos criaran a hijos de padres normales, probablemente se convertirían en enfermos mentales.	25,3885	91,152	,500	,799
19. Un enfermo cardíaco solo tiene una cosa mala, mientras un enfermo mental es completamente diferente a otros pacientes.	24,9928	90,094	,342	,813
37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital psiquiátrico padeciendo una enfermedad mental grave.	25,2158	90,866	,375	,808

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlació n elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
24. Una mujer cometería una locura casándose con un hombre que haya padecido una enfermedad mental grave, aunque pareciera totalmente recuperado.	25,3525	86,955	,641	,789
50inv. NINGÚN paciente psiquiátrico permanecería en el hospital hasta que estuvieran bien, incluso si las puertas perman.	24,5396	93,134	,339	,810
26. Una persona que ha sido paciente de un hospital psiquiátrico, nunca volverá a ser lo que fue antes.	25,4532	90,612	,477	,800
41inv. La mayoría de las mujeres que alguna vez fueron pacientes en hospital psiquiátrico, NO pudieran ser de confianza	23,8129	92,356	,397	,806
14. No se debería permitir que los hijos pequeños de enfermos mentales los visiten en los hospitales psiquiátricos.	25,3165	88,450	,478	,800
51. Todos los pacientes de los hospitales psiquiátricos deberían ser privados de tener hijos.	25,7338	89,139	,555	,795
49. Es poco lo que se puede hacer por los pacientes en un hospital psiquiátrico, excepto que estén confortados y bien tratados.	25,6906	92,012	,400	,806
25. Si los hijos de padres enfermos mentales fueran cuidados por padres normales, probablemente no acabarían siendo enfermos mentales.	25,4245	88,637	,554	,795
45. Aunque muchos pacientes psiquiátricos parecen estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que están mentalmente enfermos.	24,2374	91,095	,504	,799
29. No se debería autorizar la participación electoral a los pacientes psiquiátricos.	24,8489	90,434	,376	,809
35. Si unos padres mentalmente enfermos criaran a hijos de padres normales, probablemente se convertirían en enfermos mentales.	25,3885	91,152	,500	,799
19. Un enfermo cardíaco solo tiene una cosa mala, mientras un enfermo mental es completamente diferente a otros pacientes.	24,9928	90,094	,342	,813
37. La ley debería autorizar a una mujer a divorciarse de su marido tan pronto como éste fuera confinado en un hospital psiquiátrico padeciendo una enfermedad mental grave.	25,2158	90,866	,375	,808
15. La gente aficionada a su trabajo raramente se convierte en enfermo mental	25,2734	94,403	,307	,812

Anexo 9. Análisis de consistencia interna del componente Etiología

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlació n elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
10. Aunque normalmente no se dan cuenta de ello, mucha gente se vuelve enferma mental para evitar los difíciles problemas de la vida diaria.	21,4375	64,751	,548	,743
30. La enfermedad mental de muchas personas es causada por la separación o divorcio de sus padres durante la niñez.	21,4792	66,937	,565	,744
6. Un número importante de personas enferman mentalmente debido a la forma de vida que eligen.	21,2153	67,149	,437	,756
16. La gente no se volvería enferma mental si huyera de los malos pensamientos.	22,4028	71,585	,428	,759
5. La enfermedad mental es una forma de reaccionar ante las demandas y presiones de la sociedad.	21,6389	68,134	,385	,762
20. Los pacientes psiquiátricos provienen de hogares donde los padres tuvieron poco interés por los hijos.	21,6181	67,315	,539	,746
48. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de fuerza moral o voluntad.	22,0000	67,944	,440	,756
42. A la mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no les importa su aspecto exterior.	21,2292	69,353	,414	,759
60. Las personas que se suicidan están siempre enfermas mentalmente.	20,5069	70,531	,262	,777
17. Los pacientes psiquiátricos están tan preocupados con sus propios problemas que no prestan atención a lo que otros sienten acerca de ellos.	21,2083	67,509	,458	,754
21. Las personas con enfermedad mental nunca deberían ser tratadas en el mismo hospital que las personas con enfermedades físicas.	21,9236	69,805	,333	,767
1. La depresión se produce normalmente cuando la gente trabaja demasiado.	21,6111	72,197	,225	,779

Anexo 10. Análisis de consistencia interna de componente Negativismo y estigmatización

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4. Aunque los pacientes dados de alta en los hospitales psiquiátricos pueden parecer compensados, no se les debería permitir contraer matrimonio.	21,3542	50,958	,436	,653
31. La mejor manera de manejar a los pacientes en un hospital psiquiátrico es tenerlos encerrados.	21,5347	50,334	,534	,644
32. Llegar a ser paciente en un hospital psiquiátrico es convertirse en un fracasado en la vida.	21,6042	52,073	,466	,655
9. Cuando una persona tiene un problema o preocupación, es mejor no pensar en ello y mantenerse ocupado en cosas más agradables.	20,3611	47,477	,355	,657
11. Hay algo en los enfermos mentales que hace fácil distinguirlos de las personas normales.	19,8056	47,934	,374	,654
3inv. La mayoría de los pacientes de los hospitales psiquiátricos son peligrosos.	19,9097	50,376	,238	,678
7. Los enfermos mentales se dejan llevar por sus emociones. La gente normal piensa las cosas.	20,3056	48,815	,354	,657
59. No debería darse de alta a los pacientes de los hospitales psiquiátricos hasta que actuaran como gente normal.	19,8750	51,257	,238	,676
8inv. Las personas que han sido pacientes de un hospital psiquiátrico son más peligrosas que el ciudadano común.	20,2569	50,010	,296	,667
36. Todos los hospitales psiquiátricos deberían estar rodeados por una gran cerca y vigilancia.	20,3611	49,323	,306	,665
34. Si un paciente de un hospital psiquiátrico roba a alguien, debería ser castigado para que no lo vuelva a hacer.	19,8681	50,367	,237	,678
53inv. La moralidad de una sociedad NO se mide bien por la calidad de cuidados proporcionados a los enfermos mentales	19,8958	49,842	,256	,675

Anexo 11. Análisis de consistencia interna de componente Positivismo y buen trato, con el ítem 2.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
28. La mayoría de las personas que tienen un trastorno psiquiátrico grave preferirían vivir en una comunidad en lugar de hacerlo en un hospital psiquiátrico.	60,9291	41,995	,364	,659
18. Debería invertirse más dinero del Estado y de los impuestos en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	60,0355	43,220	,448	,655
22. Cualquiera que trate firmemente de mejorarse a sí mismo merece el respeto de los demás.	59,9007	43,761	,382	,661
38. Más que cualquier otra cosa, los pacientes psiquiátricos necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.	59,8723	44,112	,258	,673
57. Las personas que han estado en hospitales psiquiátricos tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan, al igual que cualquier otro ciudadano.	60,2128	43,140	,438	,655
47. Nuestros hospitales psiquiátricos deberían ser organizados de manera que hagan que el paciente pueda estar lo más cómodo posible.	59,8723	43,812	,366	,662
54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un enfermo mental.	60,4326	43,604	,318	,666
55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.	61,1844	43,837	,181	,686
58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente, para que se ajusten a la vida comunitaria.	60,3972	43,955	,293	,669
27. Muchos pacientes psiquiátricos son capaces de realizar labores calificadas, aunque en algunos aspectos estén muy incapacitados mentalmente.	60,7730	42,277	,375	,658
46inv.La enfermedad mental NO es castigo por malas acciones.	60,0284	42,471	,338	,663

23. Si nuestros hospitales tuvieran suficientes doctores, enfermeras y ayudantes preparados, muchos de los pacientes psiquiátricos mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital.	60,6170	44,067	,239	,675
12. Aunque los pacientes en los hospitales psiquiátricos se comporten de manera extraña, está mal reírse de ellos.	59,7234	45,473	,262	,673
52inv. Los habitantes de una comunidad deberían PERMITIR la instalación de un hogar para niños con enfe	60,1489	44,428	,261	,672
40inv. Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales NO dejan de ser realmente humanos.	60,0284	44,413	,256	,673
2. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	61,0567	43,268	,099	,715

Anexo 12. Análisis de consistencia interna de componente Positivismo y buen trato, sin el ítem 2.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
28. La mayoría de las personas que tienen un trastorno psiquiátrico grave preferirían vivir en una comunidad en lugar de hacerlo en un hospital psiquiátrico.	57,6479	36,528	,382	,689
18. Debería invertirse más dinero del Estado y de los impuestos en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	56,7817	38,243	,384	,691
22. Cualquiera que trate firmemente de mejorarse a sí mismo merece el respeto de los demás.	56,6197	38,294	,395	,690
38. Más que cualquier otra cosa, los pacientes psiquiátricos necesitan el apoyo y comprensión de su familia, amigos y vecinos.	56,5915	38,499	,277	,702
57. Las personas que han estado en hospitales psiquiátricos tienen el derecho a vivir en el lugar que elijan, al igual que cualquier otro ciudadano.	56,9296	37,541	,468	,683
47. Nuestros hospitales psiquiátricos deberían ser organizados de manera que hagan que el paciente pueda estar lo más cómodo posible.	56,5915	38,016	,412	,688
54. Es importante ser especialmente claro al hablar a un enfermo mental.	57,1479	38,255	,317	,697
55. La mayoría de nosotros nos sentimos un poco incómodos o intranquilos en presencia de personas enfermas mentalmente.	57,9085	39,006	,145	,725
58. Las organizaciones religiosas deberían comprometerse más en la ayuda a las personas enfermas mentalmente, para que se ajusten a la vida comunitaria.	57,1127	38,328	,315	,698
27. Muchos pacientes psiquiátricos son capaces de realizar labores calificadas, aunque en algunos aspectos estén muy incapacitados mentalmente.	57,5070	37,684	,317	,697
46inv.La enfermedad mental NO es castigo por malas acciones.	56,7465	36,786	,370	,691

23. Si nuestros hospitales tuvieran suficientes doctores, enfermeras y ayudantes preparados, muchos de los pacientes psiquiátricos mejorarían lo suficiente para vivir fuera del hospital.	57,3380	38,396	,262	,704
12. Aunque los pacientes en los hospitales psiquiátricos se comporten de manera extraña, está mal reírse de ellos.	56,4437	40,192	,244	,705
52inv. Los habitantes de una comunidad deberían PERMITIR la instalación de un hogar para niños con enfe	56,8662	38,556	,303	,699
40inv. Se mire como se mire, los pacientes con graves enfermedades mentales NO dejan de ser realmente humanos.	56,7535	38,939	,263	,703

Anexo 13. Análisis de consistencia interna de componente Factores sociales

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
56. Las personas que no desean antiguos pacientes psiquiátricos en sus comunidades es porque les tienen miedo.	13,2635	9,964	,282	,265
13. La mayoría de los pacientes mentales están deseando trabajar.	13,8649	10,022	,199	,305
44. Mucha gente que no ha sido paciente en un hospital mental está más enferma que muchos pacientes psiquiátricos hospitalizados.	13,5068	9,258	,236	,275
43inv. Los profesores universitarios NO son más propensos a convertirse en enfermos mentales que hombres de negocios.	13,4054	10,052	,129	,350
33inv. NO Se debería permitir más privacidad a los pacientes de los hospitales psiquiátricos.	15,1554	10,431	,044	,412
39inv. La enfermedad mental es generalmente NO es causada por alguna perturbación del sistema nervioso.	14,6554	9,384	,168	,324

Anexo 14. Análisis descriptivo de las dimensiones de actitud

Estadísticos

		Prejuicios	Etiología	Negativismo y Estigmatización	Positivism y Buen trato
N	Válidos	139	144	144	142
	Perdidos	15	10	10	12
	Media	1,9301	1,9566	1,8571	4,0714
	Desv. típ.	,72729	,74535	,63309	,43710
	Mínimo	,00	,00	,42	2,40
	Máximo	4,64	4,17	4,67	5,00

Anexo 15. Comprobación del supuesto de normalidad de los componentes de actitud

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Prejuicio	Etiología	Negativismo y Estigmatizació	Positivismos y Buen trato
N		139	144	144	142
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,9301	1,9566	1,8571	4,0714
	Desviación típica	,72729	,74535	,63309	,43710
Diferencias más extremas	Absoluta	,061	,073	,083	,063
	Positiva	,061	,073	,083	,058
	Negativa	-,051	-,054	-,050	-,063
Z de Kolmogorov-Smirnov		,722	,871	,991	,750
Sig. asintót. (bilateral)		,675	,433	,279	,627

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Anexo 16. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del sexo.

Estadísticos de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prejuicios	Femenino	86	1,9834	,67937	,07326
	Masculino	52	1,8448	,80586	,11175
Etiología	Femenino	91	2,0092	,73445	,07699
	Masculino	52	1,8734	,76794	,10649
NegativismoyEstigmatización	Femenino	91	1,9386	,62532	,06555
	Masculino	52	1,7147	,63343	,08784
PositivismoyBuentrato	Femenino	91	4,1223	,42771	,04484
	Masculino	50	3,9747	,44567	,06303

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Prejuicios	Se han asumido varianzas iguales	,928	,337	1,082	136	,281	,13861	,12813	-,11477	,39199
	No se han asumido varianzas iguales			1,037	93,852	,302	,13861	,13362	-,12671	,40393
Etiología	Se han asumido varianzas iguales	,522	,471	1,046	141	,297	,13576	,12981	-,12087	,39239
	No se han asumido varianzas iguales			1,033	102,395	,304	,13576	,13141	-,12488	,39640
Negativismoy Estigmatizació	Se han asumido varianzas iguales	1,383	,242	2,050	141	,042	,22390	,10922	,00799	,43982

n	No se han asumido varianzas iguales			2,043	105,141	,044	,22390	,10960	,00658	,44122
Positivismo y B uentrato	Se han asumido varianzas iguales	,191	,663	1,932	139	,055	,14768	,07642	-,00342	,29878
	No se han asumido varianzas iguales			1,909	97,543	,059	,14768	,07735	-,00583	,30118

Anexo 17. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función de la edad.

		Prejuicio s	Etiología	Negativismo yEstigmatiza ción	Positivism oyBuentrat o
Edad	Correlación de Pearson	-,089	-,167*	-,041	,028
	Sig. (bilateral)	,298	,046	,630	,746
	N	138	143	143	141

Anexo 18. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función de la especialidad.

		N	Media	Desviación típica	Error típico
Prejuicios	Medicina	50	1,7943	,75973	,10744
	Cirugía	58	2,0025	,73710	,09679
	Ginecología	16	1,7768	,67354	,16839
	Pediatría	12	2,1548	,39809	,11492
	Total	136	1,9128	,71991	,06173
Etiología	Medicina	55	1,8636	,76735	,10347
	Cirugía	58	1,9454	,78089	,10254
	Ginecología	16	1,9792	,66632	,16658
	Pediatría	13	2,3782	,45974	,12751
	Total	142	1,9572	,74640	,06264
NegativismoyEstigmatiza ción	Medicina	52	1,7468	,59201	,08210
	Cirugía	59	1,9520	,65966	,08588
	Ginecología	18	1,5880	,48715	,11482
	Pediatría	12	2,3056	,60962	,17598
	Total	141	1,8599	,63311	,05332
PositivismoyBuentrato	Medicina	55	4,0315	,46770	,06306
	Cirugía	55	4,0667	,44184	,05958
	Ginecología	17	4,2353	,39237	,09516
	Pediatría	12	4,0389	,36676	,10587
	Total	139	4,0710	,44114	,03742

Anexo 18. Continuación

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Prejuicios	1,467	3	132	,226
Etiología	,952	3	138	,418
NegativismoyEstigmatización	,338	3	137	,798
PositivismoyBuentrato	,413	3	135	,744

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Prejuicios	Inter-grupos	2,167	3	,722	1,406	,244
	Intra-grupos	67,799	132	,514		
	Total	69,966	135			
Etiología	Inter-grupos	2,801	3	,934	1,701	,170
	Intra-grupos	75,750	138	,549		
	Total	78,552	141			
NegativismoyEstigmatización	Inter-grupos	4,880	3	1,627	4,349	,006
	Intra-grupos	51,236	137	,374		
	Total	56,116	140			
PositivismoyBuentrato	Inter-grupos	,558	3	,186	,955	,416
	Intra-grupos	26,297	135	,195		
	Total	26,855	138			

Anexo 18. Continuación

Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) Departamento	(J) Departamento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Negativismo y Estigmatización S	Medicina	Cirugía	-,20518	,11632	,080	-,4352	,0248
		Ginecología	,15883	,16724	,344	-,1719	,4895
		Pediatría	-,55876*	,19585	,005	-,9460	-,1715
	Cirugía	Medicina	,20518	,11632	,080	-,0248	,4352
		Ginecología	,36401*	,16467	,029	,0384	,6896
		Pediatría	-,35358	,19366	,070	-,7365	,0294
	Ginecología	Medicina	-,15883	,16724	,344	-,4895	,1719
		Cirugía	-,36401*	,16467	,029	-,6896	-,0384
		Pediatría	-,71759*	,22791	,002	-1,1683	-,2669

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Anexo 19. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del tiempo de ejercicio de la profesión.

		Prejuicios	Etiología	Negativismo yEstigmatiza ción	Positivismo yBuentrato
¿Cuántos años han trascendido desde que obtuvo el título de Médico?	Correlación de Pearson	-,189*	-,139	-,040	,055
	Sig. (bilateral)	,026	,096	,633	,515
	N	139	144	144	142

Anexo 20. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del contacto previo como profesional

Estadísticos de grupo

Experiencia		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prejuicios	No	33	1,9416	,44979	,07830
	Si	106	1,9265	,79591	,07731
Etiología	No	33	2,0303	,59796	,10409
	Si	111	1,9347	,78491	,07450
Negativism y Estigmati- zación	No	32	1,7812	,58112	,10273
	Si	112	1,8787	,64800	,06123
Positivism y Buentrato	No	32	4,0396	,54289	,09597
	Si	110	4,0806	,40366	,03849

Anexo 20. Continuación

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Prejuicios	Se han asumido varianzas iguales	9,552	,002	,103	137	,918	,01501	,14550	-,27271	,30273
	No se han asumido varianzas iguales			,136	96,770	,892	,01501	,11003	-,20338	,23340
Etiología	Se han asumido varianzas iguales	6,660	,011	,646	142	,520	,09562	,14809	-,19712	,38836
	No se han asumido varianzas iguales			,747	67,991	,458	,09562	,12801	-,15981	,35105
Negativismo y Estigmatización	Se han asumido varianzas iguales	,010	,920	-,767	142	,444	-,09747	,12708	-,34869	,15375
	No se han asumido varianzas iguales			-,815	55,000	,419	-,09747	,11959	-,33714	,14220
Positivismo y Buena fe	Se han asumido varianzas iguales	2,869	,093	-,466	140	,642	-,04102	,08804	-,21508	,13303
	No se han asumido varianzas iguales			-,397	41,468	,694	-,04102	,10340	-,24977	,16773

Anexo 21. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del contacto previo personal

Estadísticos de grupo

	Experiencia con familiar, amigo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prejuicios	No	69	2,0052	,61449	,07398
	Si	70	1,8561	,82133	,09817
HipótesisEM	No	69	1,9553	,65142	,07842
	Si	75	1,9578	,82682	,09547
NegativismoyEstigmatización	No	72	1,9514	,69507	,08192
	Si	72	1,7627	,55324	,06520
PositivismoyBuentrato	No	70	4,0057	,42327	,05059
	Si	72	4,1352	,44377	,05230

Anexo 21. Continuación

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Prejuicios	Se han asumido varianzas iguales	3,429	,066	1,210	137	,228	,14905	,12317	-,09451	,39262
	No se han asumido varianzas iguales			1,213	127,799	,228	,14905	,12292	-,09417	,39227
Etiología	Se han asumido varianzas iguales	4,562	,034	-,020	142	,984	-,00246	,12477	-,24911	,24418
	No se han asumido varianzas iguales			-,020	138,788	,984	-,00246	,12355	-,24675	,24182
Negativismo	Se han asumido varianzas iguales	,472	,493	1,802	142	,074	,18866	,10470	-,01831	,39562
	No se han asumido varianzas iguales			1,802	135,196	,074	,18866	,10470	-,01840	,39571
Positivismo	Se han asumido varianzas iguales	,462	,498	-1,778	140	,078	-,12947	,07281	-,27343	,01448
	No se han asumido varianzas iguales			-1,779	139,950	,077	-,12947	,07276	-,27333	,01439

Anexo 22. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del año cursado en la residencia de postgrado

	Prejuicios	Etiología	Negativismo y Estigmatización	Positividad y Buentrato
Año que cursa en la residencia de postgrado	,024	-,001	,176*	,104
Correlación de Pearson				
Sig. (bilateral)	,778	,990	,035	,217
N	139	144	144	142

Anexo 23. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función del reporte de padecimiento de trastorno psiquiátrico.

Estadísticos de grupo

	Tener trastorno	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prejuicios	No	119	2,0108	,70279	,06442
	Si	20	1,4500	,70066	,15667
Etiología	No	123	1,9959	,73388	,06617
	Si	21	1,7262	,78843	,17205
Negativismo y Estigmatización	No	126	1,8988	,63706	,05675
	Si	18	1,5648	,53287	,12560
Positivismo y Buentrato	No	122	4,0667	,43400	,03929
	Si	20	4,1000	,46617	,10424

Anexo 23. Continuación

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Prejuicios	Se han asumido varianzas iguales	,080	,778	3,303	137	,001	,56080	,16977	,22509	,89651
	No se han asumido varianzas iguales			3,311	25,850	,003	,56080	,16940	,21250	,90911
Etiología	Se han asumido varianzas iguales	,431	,513	1,540	142	,126	,26974	,17515	-,07649	,61598
	No se han asumido varianzas iguales			1,463	26,260	,155	,26974	,18434	-,10898	,64847
Negativismo y Estigmatización	Se han asumido varianzas iguales	,093	,761	2,119	142	,036	,33399	,15761	,02243	,64556
	No se han asumido varianzas iguales			2,423	24,512	,023	,33399	,13783	,04985	,61814
Positivismo y Buena entrada	Se han asumido varianzas iguales	,128	,721	-,315	140	,753	-,03333	,10578	-,24248	,17581
	No se han asumido varianzas iguales			-,299	24,705	,767	-,03333	,11140	-,26290	,19623

Anexo 24. Estadísticos pertinentes para comparar actitudes en función de la búsqueda de ayuda por un especialista del área.

Estadísticos de grupo

	¿Ha acudido a un psicólogo o psiquiatra?	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Prejuicios	No	90	1,9643	,68889	,07262
	Si	48	1,8646	,80479	,11616
HipótesisEM	No	94	1,9858	,77450	,07988
	Si	49	1,8946	,69675	,09954
Negativismo y Estigmatización	No	95	1,8649	,60901	,06248
	Si	48	1,8507	,68803	,09931
Positivismo y Buen trato	No	95	4,0561	,45198	,04637
	Si	46	4,1116	,40760	,06010

Anexo 24. Continuación.

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
								95% Intervalo de confianza para la diferencia		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior	
Prejuicios	Se han asumido varianzas iguales	,994	,320	,763	136	,447	,09970	,13066	-,15868	,35808
	No se han asumido varianzas iguales			,728	84,127	,469	,09970	,13699	-,17271	,37212
HipótesisEM	Se han asumido varianzas iguales	,238	,626	,692	141	,490	,09126	,13196	-,16963	,35214
	No se han asumido varianzas iguales			,715	106,865	,476	,09126	,12763	-,16175	,34427
Negativismo y Estigmatización	Se han asumido varianzas iguales	,061	,805	,126	141	,900	,01422	,11271	-,20859	,23703
	No se han asumido varianzas iguales			,121	84,922	,904	,01422	,11733	-,21907	,24751
Positivismo y Buentratamiento	Se han asumido varianzas iguales	1,111	,294	-,705	139	,482	-,05545	,07869	-,21105	,10014
	No se han asumido varianzas iguales			-,731	97,921	,467	-,05545	,07591	-,20609	,09518