

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA:

ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HACIA LOS
TRASTORNOS MENTALES

AUTOR:

SILVIA GEORGINA GIL SÁNCHEZ

ASESOR:

DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

INDICE

Resumen	.....3
Introducción	.....4
Material y Métodos	.....21
Sujetos	.....21
Variables de Medición	.....22
Procedimientos	.....24
Resultados	..... 25
Conclusiones	.....28
Imágenes	.....30
Referencias	.....32
Anexos	.....34

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las actitudes hacia la enfermedad mental pueden ser negativas como el estigma, consecuencia de tres aspectos: ignorancia, prejuicio y discriminación.

OBJETIVO: Comparar actitudes hacia depresión y psicosis en estudiantes de medicina que ingresan al internado de pregrado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, observacional, homodémico en estudiantes de medicina que terminaban décimo semestre. Se diseñaron dos viñetas: un cuadro psicótico y uno depresivo, con sexo aleatorizado, seguidas de cinco preguntas con respuesta en escala tipo Likert. Se comparó la actitud hacia el paciente deprimido vs psicótico y hombre vs mujer.

RESULTADOS: Participaron 171 sujetos de entre 21 y 43 años. Se entregaron 87 viñetas de depresión y 84 de psicosis. En el índice de actitud, la depresión y la psicosis tuvieron puntuaciones significativamente diferentes.

CONCLUSIONES: La mejor tolerada fue la depresión, excepto en el cuidado de niños. La psicosis obtuvo una visión negativa, restringiéndolos para laborar, relaciones de pareja y cuidado de niños.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS,2011): por consecuencia, un trastorno mental se refiere a una amplia gama de condiciones o trastornos que afectan las capacidades para afrontar adecuadamente las tensiones de la vida, el ser productivo y funcional.

Como en cualquier concepto, pueden generarse dos clases de actitudes hacia el: las actitudes positivas y las negativas. Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental muchas veces incluyen estigma, el cual puede causar que las personas afectadas nieguen sus síntomas, retardando el tratamiento, y siendo excluidas de sus empleos, hogares o relaciones e interfiriendo con su recuperación (CDC, 2010).

La familia es el núcleo básico donde se desarrollan los cuidados al enfermo mental, ya que a pesar de los

servicios de la red pública y de los recursos particulares disponibles, los familiares son los principales implicados en los cuidados generales de estos pacientes. En un estudio de las actitudes anómalas o inadecuadas que pueden adoptar los familiares en relación a la enfermedad mental se observó que la actitud más común es la negación. En cuanto a las actitudes hacia el enfermo mental, no es infrecuente ver abandono por parte de los familiares. En otro extremo existe la sobresolicitud de algunos cuidadores, personas que no se separan del enfermo y lo asedian con preguntas, precauciones y aclaraciones (REVILLA, 2010).

De acuerdo a modelos psicosociales, la generación de estigma es consecuencia de tres aspectos: la falta de conocimiento acerca de la condición de las personas (ignorancia), el desarrollo de actitudes negativas (prejuicio) y la tendencia a excluir o rechazar a estos individuos (discriminación). Particularmente en los problemas de salud mental, el poco conocimiento general de enfermedades mentales severas frecuentemente desarrolla mitos y concepciones erróneas, apoyados también en el amarillismo generalizado de los medios de comunicación, vendiendo la enfermedad mental como sinónimo de

peligrosidad, incapacidad para valerse por sí mismo e incluso cierto grado de "deshumanización". Un ejemplo de esto es que las personas con esquizofrenia son comúnmente vistas como individuos incompetentes y producen miedo y rechazo. (FERSÁN, 2012).

En Delhi del Sur se realizó un estudio comunitario midiendo diversos conceptos relacionados con la percepción individual de la enfermedad mental y se encontró que en su mayoría mostraban una actitud pesimista, de evitación a entablar relaciones sociales con enfermos mentales, restricción en su capacidad de matrimonio y procreación, así como en una carrera u oportunidad de trabajo (SALVE H., 2013).

Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental en la comunidad afectan también a los propios pacientes y la forma en que ellos viven su enfermedad y tratamientos, como se demostró en un estudio realizado en Estados Unidos con pacientes psiquiátricos mexicano-americanos y europeos sobre las diferencias en sus actitudes hacia las enfermedades mentales y su tratamiento. Ambos grupos étnicos tuvieron los mismos diagnósticos a su ingreso y

una respuesta favorable al tratamiento, pero el número de europeos fue mayor. Se encontró que los pacientes mexicano-americanos tuvieron una visión significativamente más negativa de la hospitalización y tratamiento psiquiátricos, considerándolos restrictivos (LAWSON HH., 1982). Esta visión negativa hacia el tratamiento puede explicar la menor admisión de pacientes mexicano-americanos en este estudio, y también acercarnos a la concepción negativa sobre las enfermedades mentales y sus tratamientos que existía cuando se realizó el estudio, hace 30 años, en la población psiquiátrica mexicano-americana, quienes a su vez fueron influenciados por las actitudes observadas en su familia y entorno cultural (LAWSON HH., 1982).

En otra publicación realizada a mediados de 2014 se estudió la vergüenza, autoconocimiento y satisfacción con la propia salud mental como predictores de patrones de actitud hacia la búsqueda de tratamiento y se encontró que la mayoría mostraron actitudes negativas acerca de buscar ayuda profesional en salud mental, incluyendo medicamentos psiquiátricos, mayor vergüenza, menor conocimiento percibido, mayor satisfacción con su salud mental, edad menor, género masculino y menor escolaridad. La vergüenza

como una aproximación emocional al auto-estigma así como un conocimiento subjetivo pobre de su salud mental pueden ser barreras independientes para la búsqueda de ayuda profesional (RÜSCH N., 2014).

Aunque sería razonable anticipar que las actitudes de estigmatización son más comunes en personas con niveles culturales bajos, pero diversos estudios han demostrado que desafortunadamente este problema también está presente en muchos profesionales de la salud, incluyendo a aquellos que trabajan con los enfermos mentales (FERSÁN, 2012), aunque hay también algunos estudios contradictorios.

En la tendencia urbana actual a la reinserción social de los enfermos mentales, aumenta la presión para que su cuidado recaiga en la familia y la comunidad. El éxito de dicha estrategia depende en gran medida de las actitudes de la población al respecto. Bajo esta premisa, en los últimos 50 años se han desarrollado numerosos estudios para conocer las actitudes de diferentes grupos sociales en relación con las enfermedades mentales (SILBERMAN, 2002).

En una investigación realizada con población afroamericana se observó que la mayoría creían conocer algunos síntomas y factores causales de las enfermedades mentales, aunque no estuvieron muy dispuestos a reconocer sus problemas psicológicos o buscar servicios de salud mental, mostraron preocupación por el estigma asociado a la enfermedad mental y prefirieron afrontar sus problemas con la religión (WARD EC., 2013).

Es esencial dar un primer paso para la obtención del tratamiento efectivo en los trastornos mentales y esto se realiza mediante el pronto contacto con un profesional de la salud. Desafortunadamente, son poco conocidas las barreras que se crean para no enfrentar este primer paso crucial. Hay algunos estudios sobre este tema en los que se encontró que aproximadamente el 80% de las personas con trastornos mentales habían realizado un primer contacto para tratamiento con una década de retraso (BORGES, 2007).

Como se ha mencionado anteriormente, los tratamientos para la enfermedad mental llevan su propio estigma. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de la población adulta no cree en la psicoterapia y la prescripción de

esta ha recibido atención pública negativa. Aproximadamente uno de cada 4 norteamericanos piensa que el medicamento psiquiátrico es dañino para el cuerpo, y uno de cada 3 que este interfiere en las actividades diarias, pero a pesar de esto el uso de medicamentos psiquiátricos ha incrementado: se reportó que el 8.1% de los norteamericanos usaban algún medicamento psicotrópico en 2001 y el 10.1% consumían algún antidepresivo.

Estudios de evaluación han mostrado que el involucrar tanto a los usuarios como a los prestadores de los servicios de salud mental es un prerrequisito necesario para el éxito de las intervenciones para disminuir las actitudes negativas (GAEBEL, 2011).

Uniendo los dos conceptos: en los estudiantes universitarios se ha estimado una prevalencia de uso de antidepresivos en 6%, de medicamentos ansiolíticos de 1 a 3.4% y medicamentos para el déficit de atención con hiperactividad en 1.8 a 2.2%. Un estudio en 2007 mostró que el 30% de los estudiantes universitarios creían necesitar servicios de salud mental y el 50% creía que los psicofármacos funcionaban en la depresión (AMANDA STONE, 2011).

Siguiendo con los estudios en futuros profesionales encargados del trato con el paciente con enfermedad mental, se realizó una investigación al noreste de los Estados Unidos con estudiantes de trabajo social enfocándose en sus actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental grave. Las entrevistas a 71 estudiantes mostraron que los participantes con amigos con enfermedad mental grave tenían menor deseo de distancia social y restricciones hacia esta población. Los participantes que indicaron que creían que los estereotipos de peligrosidad y que la enfermedad mental grave definía la identidad individual fueron más propensos a expresar deseos de distancia social y restricciones (COVARRUBIAS I., 2011)

Cuando realizaron un estudio transversal sobre los factores detrás de las actitudes de enfermeras en centros de rehabilitación alemanes hacia pacientes con comorbilidades mentales se encontró que los principales factores asociados con sus actitudes fueron sentimientos de competencia y experiencias previas tratando con pacientes con enfermedad mental. Otras asociaciones fueron

el apoyo percibido, la frecuencia del cuidado a pacientes con enfermedad mental, experiencia laboral en la salud mental, entrenamiento psiquiátrico adicional, y las características de personalidad "extroversión", "estabilidad emocional" y "apertura a nuevas a experiencias". El apoyo percibido tuvo la asociación más fuerte con los sentimientos de competencia (KLUIT MJ., 2013).

En 2007 se realizó una investigación en el Reino Unido para comparar las percepciones acerca de la causa, manifestaciones y curas de la esquizofrenia en estudiantes de medicina antes de tener nociones de salud o enfermedad mental, separándolos por etnias (ingleses, pakistaníes y paquistaníes-ingleses) y se demostró que los pakistaníes tenían pensamientos y actitudes más negativas hacia las personas con esquizofrenia; pensaron más frecuentemente en que una presión social excesiva puede ser la etiología, en supersticiones como causa de los síntomas positivos, y tienden a pensar que son personas agresivas e impredecibles. No hubo diferencias significativas en la asociación de enfermedad mental con vergüenza a pesar de que la cultura asiática lo considera vergonzoso: esto pudo

explicarse por el impacto positivo de la educación en la población general (FURNHAM A, 2008).

En 2013 se publicó un artículo donde exploran las actitudes hacia la enfermedad mental y la psiquiatría en estudiantes de medicina e internos en la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad de Kathmandú. Se realizaron dos cuestionarios a 159 sujetos de 1er y 9o semestre y la mayoría mostraron actitudes neutrales en todas las variables, sin diferencias en edad, sexo o grado (RISAL A., 2013).

Estos estudios apoyan la idea de que es necesario un mayor contacto con el enfermo mental antes de graduarse, preferentemente con asesoría de expertos en el tema, además de tomar en cuenta las características de personalidad antes de iniciarse en la salud mental para así obtener mejores actitudes del personal hacia estos pacientes.

Un diálogo más abierto en cuanto al tema de la salud mental entre estudiantes de escuelas de medicina podría hacer más fácil para ellos buscar y recibir tratamiento, y al mismo tiempo proveer un mejor entendimiento del impacto

del cuidado del paciente con diversas enfermedades mentales en los médicos (ROTH, 234-236).

Se han implementado varias medidas y campañas para reducir el estigma de la enfermedad mental a nivel global, nacional y estatal. Su propósito principal se centra en la educación pública en grupos especiales como en niños escolares, trabajadores de servicios de salud mental, policía, entre otros.

Un ejemplo de estas medidas aplicadas en países del tercer mundo se vio en Nigeria, donde se implementó una campaña con voluntarios en salud mental comunitaria y se evaluó el efecto de un programa educacional en la actitud de los voluntarios de la comunidad respecto a la enfermedad mental. Treinta y un voluntarios del programa comunitario de salud mental completaron dos cuestionarios antes y después del programa educacional con un manual de salud mental para trabajadores rurales de salud con módulos de etiología, cuadro clínico, cuidado y tratamiento de enfermos mentales. Al final de las sesiones educativas, la peligrosidad percibida fue reducida significativamente y la distancia social hacia las personas con enfermedad mental mejoró de forma importante. Las actitudes de los

voluntarios de la comunidad hacia personas con enfermedades mentales mejoró con programas educacionales. Esto puede llevar a mejorar el tratamiento y cuidado de los individuos mentalmente enfermos (ABAYOMI O., 2013).

Otro ejemplo de estas medidas se da en Irán, donde la salud mental ha sido integrada al primer nivel de atención médica en ciudades pequeñas a nivel nacional desde los 80's. Se desarrolló una revisión sistemática de la literatura para investigar el efecto de la educación en los cambios de actitudes y conocimientos en los proveedores de salud mental y en la población cubierta por el programa en las últimas dos décadas. Se encontraron seis artículos que cumplían los criterios de inclusión: todos mostraron mejoría en las actitudes y conocimiento de la población estudiada, y un entrenamiento a corto plazo mejoró el conocimiento y las actitudes de la población y el personal de salud inmediatamente después de la intervención y a largo plazo (MANSOURI N., 2009).

En una estrategia distinta pero persiguiendo la misma finalidad, a principios de 2014 se realizó un estudio acerca de una exposición de arte hecha por personas que han experimentado la enfermedad mental para mejorar la conciencia de cuestiones de salud mental en la comunidad

general y para contrarrestar el estigma de la enfermedad mental. Encontraron que más del 90% de los encuestados estuvieron de acuerdo con que las exhibiciones los ayudan a: 1) tener un mejor entendimiento de la enfermedad mental 2) tener más empatía con las personas que sufren de una enfermedad mental y 3) apreciar la habilidad y creatividad de las personas mentalmente enfermas. Los resultados sugieren que las exposiciones de arte pueden promover exitosamente el conocimiento de la salud mental y contribuir a actitudes positivas hacia las personas que experimentan una enfermedad mental (KOH E., 2014).

En la sociedad en general, los medios interactivos como la web se han convertido en un vehículo popular e importante para comunicar información de salud, pero se ha dado poca atención a estudiar los efectos de los medios interactivos y el constructo teórico de interactividad. En 2010 se desarrolló y probó un modelo teórico de una página web interactiva en el procesamiento de información, la relación con la comunicación y el cambio de actitudes en el contexto de estigma hacia la enfermedad mental. Los resultados revelaron que la interactividad de la página web tuvo un efecto positivo en las actitudes hacia la enfermedad mental (KIM H., 2010), lo cual puede ser usado

para futuras campañas de información en salud mental por parte del gobierno o de organismos centrados en este fin.

JUSTIFICACIÓN

- Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental en la población universitaria pueden influir en la disposición individual para la detección inicial del problema y referencia para tratamiento especializado, afectar la percepción de los propios pacientes de su trastorno, el trato que se les dará en la sociedad a los portadores de algún trastorno mental y, en el personal de la salud, puede llevar a restricciones terapéuticas o a retraso en el tratamiento de otra patología por el solo hecho de tener un trastorno mental de base.
- Conociendo el predominio de actitudes positivas y negativas hacia la enfermedad mental en los estudiantes de medicina que ingresarán al internado rotatorio de pregrado, pueden implementarse mejoras en la educación para que futuras generaciones de médicos puedan utilizarlas para informar al público en general y un mejor trato de los pacientes con enfermedades mentales.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las actitudes hacia la enfermedad mental que tienen los estudiantes de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que ingresarán al internado rotatorio de pregrado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar las actitudes hacia los dos trastornos mentales por la diferencia de sexo del paciente presentado en la viñeta.
- Determinar si existe diferencia entre las actitudes hacia la viñeta depresiva o psicótica dependiendo del sexo del paciente supuesto.
- Comparar las actitudes hacia cada enfermedad mental por edad y sexo del entrevistado.

HIPÓTESIS

- ⦿ Las actitudes hacia los trastornos mentales se verán influenciadas por el sexo del paciente supuesto y del estudiante.
- ⦿ El cuadro depresivo será más tolerado en la paciente supuesta del sexo femenino en comparación al del sexo masculino, y tendrá mejor aceptación para ser incluido en la sociedad en comparación con el cuadro psicótico, independiente del sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

SUJETOS

Se obtuvo una muestra de 172 estudiantes de la facultad de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que terminaron el décimo semestre de la carrera y estuvieron presentes en el curso introductorio para el inicio del internado rotatorio de pregrado en noviembre de 2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ⊙ Aceptar la participación en el estudio.
- ⊙ Ser estudiante de medicina en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla de decimo semestre.
- ⊙ Tener más de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ⊙ Información incompleta o ininteligible en el instrumento de medición.

VARIABLES DE MEDICIÓN

Se utilizaron dos viñetas clínicas: una sobre un cuadro psicótico tomada del artículo de Senra-Rivera y De Arriba-Rossetto, "Papel de la experiencia en la aceptación versus rechazo del paciente con esquizofrenia", publicado en la revista latinoamericana de psicología en 2008.

La segunda viñeta clínica describe un cuadro depresivo y fue tomado del artículo: "Conocimientos respecto a la identificación y manejo del trastorno depresivo mayor en internos y residentes de medicina en la Universidad Peruana de Cayetano Heredia en el año 2011", realizado por Inurritegui-Catteneo et al y publicado en la revista neuropsiquiátrica en 2011, solo modificando al azar el sexo del paciente de cada viñeta.

En ambos cuadros clínicos se utilizaron las mismas variables de medición, tomadas del artículo de Matthias C et al: "Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades", publicado en la British Journal of Psychiatry en 2013. Las variables fueron: el grado de aceptación de una persona con enfermedad mental en su comunidad o

vecindario, en el ámbito laboral, en su círculo de amistades, como pareja sentimental y como cuidador de niños, con cinco posibles respuestas en escala de Likert, de mayor aceptación a menor.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Las variables utilizadas fueron tomadas del artículo: "Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades", publicado en la British Journal of Psychiatry en 2013, validado en 1987.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- ⦿ Transversal.
- ⦿ Observacional.
- ⦿ Homodémico.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Este estudio fue registrado ante el comité de bioética del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el cual aprobó su realización y le otorgó el número de registro 2014/04.

PROCEDIMIENTOS

Se entregaron una serie de instrumentos como parte de una evaluación a los estudiantes de medicina que en ese momento concluían el décimo semestre de la carrera de medicina y que el día 20 de noviembre de 2013 se encontraban en el curso introductorio para ingresar al internado rotatorio de pregrado, luego de aceptar el consentimiento informado. Para este estudio se tomaron solamente las variables: edad, sexo y las respuestas a las dos viñetas clínicas referidas en párrafos previos.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SAS.

RESULTADOS

Se reclutaron 173 estudiantes de medicina de décimo semestre en el curso de inducción para iniciar el internado rotatorio de pregrado: se eliminaron dos cuestionarios incompletos, quedando 171 de los cuales 90 participantes fueron mujeres y 81 hombres. Las edades de los encuestados oscilaron entre 21 y 43 años, con promedio en mujeres de 23.9 años y en hombres de 24.5 años (Gráfica 1).

Se entregaron 87 viñetas de depresión, 45 con paciente supuesto masculino (Juan) y 42 femenino (María), y 84 viñetas de psicosis, 42 del sexo masculino y 42 femenino.

La media de respuestas separando entrevistados hombres y mujeres fue exactamente igual en las cinco variables, reportando: Reactivo 1 (aceptar como vecino) 3.2, reactivo 2 (contratar como trabajador) 3.3, reactivo 3 (aceptar como amigo) 3.3, reactivo 4 (aceptar como pareja) 2.0 y reactivo 5 (aceptar que cuide a sus hijos) 1.5. (Cuadro 1).

La media de las respuestas separadas por diagnóstico fue significativa en los últimos dos reactivos; los resultados generales en la viñeta de depresión fueron: reactivo 1: 3.7, reactivo 2: 2.5, reactivo 3: 3.8, reactivo 4: 2.3, reactivo 5: 1.6. En la viñeta de psicosis resultó en el reactivo 1:

3.7, en el reactivo 2: 2.0, en el reactivo 3: 2.8, en el reactivo 4: 1.7 y en el reactivo 5: 1.4. (Cuadro 2).

El promedio de respuestas de ambas patologías separando el sexo del paciente supuesto tuvo variación no significativa: reactivo 1 en paciente masculino (Juan) 3.1 y en paciente femenino (María) 3.3, reactivo 2 con Juan 2.3 y con María 2.2, reactivo 3 con Juan 3.3 y María 3.3, reactivo 4 con Juan 1.9 y con María 2.1, y reactivo 5 con Juan 1.4 y con María 1.5. También se analizaron los datos separando tanto patología como sexo de la viñeta y se reportó: En la viñeta de depresión con María como paciente supuesta la media del reactivo 1 fue 3.9, del reactivo 2 fue 2.5, del reactivo 3 3.7, del reactivo 4 2.5, y del reactivo 5 1.6; los resultados de la viñeta de María con un cuadro psicótico reportaron en el reactivo 1 2.8, en el reactivo 2 2.0, en el reactivo 3 2.9, en el 4 1.7 y en el 5 1.4. Referente a las viñetas de Juan, en las de cuadro depresivo se encontró un promedio 3,6 para el reactivo 1, de 2.5 para el reactivo 2, 3.8 en el reactivo 3, 2.1 en el reactivo 4 y 1.5 en el reactivo 5; en la viñeta masculina con psicosis los resultados del reactivo 1 fueron de 2.6, del reactivo 2 de 2.0, del reactivo 3 2.8, del reactivo 4 1.7 y del reactivo 5 1.3. (Cuadros 3 y 4).

Se encontró que en el índice de actitud, la depresión y la psicosis tuvieron puntuaciones significativamente diferentes, aunque en el reactivo que evalúa permitirle a un sujeto con síntomas de psicopatología que cuide niños, en ambos casos la actitud fue negativa. No hubo diferencias en cuanto al sexo del paciente.

CONCLUSIONES:

Los resultados de este estudio mostraron que la enfermedad mejor tolerada fue la depresión, con única media negativa en el cuidado de los niños. La psicosis obtuvo una visión negativa, restringiéndolos para laborar, relaciones de pareja y especialmente en el cuidado de los hijos. No hubo diferencia alguna entre las respuestas de estudiantes hombres y mujeres, lo cual resulta contrario a lo esperado en la hipótesis del estudio, pues se pensó que habría mayor tolerancia por parte de las estudiantes mujeres. Aunque las diferencias no fueron significativas, hubo ligeramente más aceptación al cuadro depresivo en María en comparación con Juan, y el cuadro psicótico también fue unas décimas más tolerado en las mujeres, resultado que podría estar influenciado por la cultura del país en relación con los hombres y sus emociones.

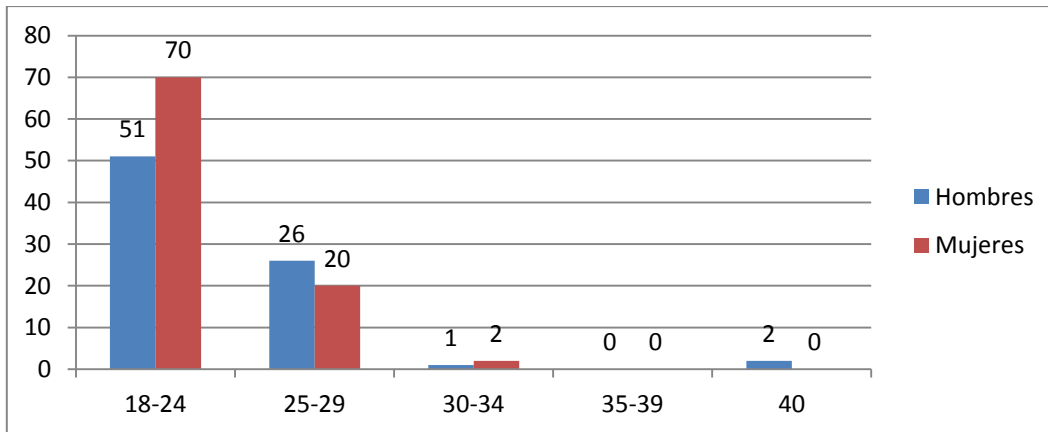
Una hipótesis que sí se corroboró fue la premisa de que la depresión iba a ser mejor aceptada que la psicosis y, aunque los resultados fueron significativos, la variación entre las patologías no fue tan drástica, lo que nos hace pensar que para los estudiantes encuestados no es "aceptable" tener un empleado, una pareja o una niñera con depresión, y les es

indiferente que su vecino o amigo padezcan un cuadro depresivo similar al de la viñeta.

Es de resaltar que no se encontró ningún resultado promedio superior a 4 (de acuerdo) en la viñeta depresiva ni en la psicótica, por el hecho de que son médicos en formación quienes respondieron este instrumento y esto nos habla del gran estigma existente aún en el personal de salud, quienes tarde o temprano estarán en contacto con un paciente con características similares a las viñetas presentadas y lejos de tranquilizar a los pacientes con una actitud amable y libre de prejuicios, podrá incluso reforzar la percepción negativa que tiene el propio paciente hacia su padecimiento.

Es sumamente importante comenzar campañas antiestigma y aumentar el contacto teórico o práctico con las enfermedades mentales desde el ingreso a la facultad de medicina para así lograr un cambio en las actitudes hacia la enfermedad mental primero de los médicos para que posteriormente ellos informen y orienten a la población general sobre las psicopatologías en general. Esto puede llevarse a cabo como se ha implementado en otros países: con campañas en medios masivos de comunicación y acercando al estudiante a los enfermos mentales de una forma más humana y así tratar de disminuir la amplia brecha imaginaria que creamos hacia el enfermo mental.

IMÁGENES



Gráfica 1. Distribución de edades de los encuestados.

	Vecino	Contratar	Amigo	Pareja	Cuidar hijos
Femenino	3.2	3.3	3.3	2.0	1.5
Masculino	3.2	3.3	3.3	2.0	1.5

Cuadro 1. Respuestas por sexo del entrevistado.

	Vecino	Contratar	Amigo	Pareja	Cuidar hijos
Depresión	3.7	2.5	3.8	2.3	1.6
Psicosis	2.7	2.0	2.8	1.7	1.4

Cuadro 2. Respuestas por diagnóstico de la viñeta.

	Vecino	Contratar	Amigo	Pareja	Cuidar hijos
Juan	3.1	2.3	3.3	1.9	1.4
Juan Psicosis	2.6	2.0	2.8	1.7	1.3
Juan Depresión	3.6	2.5	3.8	2.1	1.5

Cuadro 3. Respuestas en viñeta masculina total y por diagnóstico.

	Vecino	Contratar	Amigo	Pareja	Cuidar hijos
María	3.3	2.2	3.3	2.1	1.5
María Psicosis	2.8	2.0	2.9	1.7	1.4
María Depresión	3.9	2.5	3.7	2.5	1.6

Cuadro 4. Respuestas en viñeta femenina total y por diagnóstico.

REFERENCIAS

- AMANDA STONE, L. M. (2011). Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 134-131.
- BORGES, W. M.-M. (2007). Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 1638-1643.
- CDC. (2010). Attitudes toward mental illness-35 states, district of Columbia and Puerto Rico, 2007. *JAMA*, 149-152.
- FRESÁN, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 215-223.
- FURNHAM, A. (2008). A cross-cultural comparison of British and Pakistani medical students' understanding of schizophrenia. *Psychiatric Research*, 308-319.

- GAEBEL, W. (2011). Measuring the Stigma of Psychiatry and Psychiatrist: Development of a Questionnaire. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, S119-S123.
- mental, A. h. (s.f.). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances en enfermería*, 63-74.
- REVILLA, I. C. (2010). Actitud de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 57-64.
- ROTH, D. (234-236). Attitudes toward mental illness in medical students: does personal and professional experience with mental illness make a difference? *Medical Education*.
- SILBERMAN, S. G. (2002). Conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 289-296.

ANEXOS

VIÑETAS CLÍNICAS UTILIZADAS EN ESTE TRABAJO

Viñeta clínica 1 (Psicosis):

"María/Juan tiene 28 años. Le cuesta relacionarse con los demás, es receloso/a, desconfía de la gente y a veces cree que todo el mundo está en su contra. En los últimos dos años tuvo tres crisis que duraron aproximadamente un mes. Durante estos episodios llegó a creer que las personas que iban en la calle hablaban mal de el/ella, le seguían o le intrigaban para hacerle daño. Incluso una noche comenzó a insultar a su madre y amenazó con matarla, porque según dijo estaba conspirando en su contra, igual que las demás personas."

Viñeta clínica 2 (Depresión):

María/Juan tiene 23 años, estaba estudiando una carrera, pero la dejó para trabajar en el puesto de ropa que tienen sus padres. Desde hace 4 meses, comenzó a sentirse triste por momentos y luego de un mes estaba triste todo el día. Cuando sus padres no estaban en casa se iba a llorar a su cuarto, no tenía ganas de hacer sus cosas, se sentía cansada/o y se había equivocado varias veces cuando tenía que dar el vuelto a un cliente porque no se podía concentrar. Con el tiempo, dejó de reunirse con sus amigos, ya no los visita, pasa la mayor parte del tiempo en su casa, le ha pedido a su madre que le dé permiso y se encargue del puesto de ropa porque se siente cansada/o. Por otro lado, le ha disminuido el apetito, ha bajado de peso, no puede dormir bien porque se levanta varias veces en la noche y le cuesta volver a conciliar el sueño. A partir de las 4 de la mañana ya no puede volver a dormir. Hace 2 semanas le dice a su madre que está sufriendo mucho y por momentos quisiera dormirse y no despertar."

Ahora marca con una cruz (x) la respuesta que se acerque a tu opinión:

Si conocieras a María/Juan, ¿lo aceptarías como vecino?

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Si tuvieses una empresa, ¿le contratarías?

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

¿Lo aceptarías como amigo?

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

¿Aceptarías como pareja a María/Juan o a una persona como el/ella?

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Si tuvieses hijos, ¿acceptarías que cuidara de ellos una persona como María/Juan?

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Servicios de Salud del Estado de Puebla
Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano
Jefatura de Enseñanza e Investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Puebla, Pue. A __ de __ del 201__.

Por medio de la presente yo, _____
acepto voluntariamente participar en el estudio: "Actitud de los
estudiantes universitarios sobre la enfermedad mental" realizado
por la C. Silvia Georgina Gil Sánchez, residente de psiquiatría y
quien me informó claramente sobre los objetivos y el procedimiento
del estudio, y que mi participación solamente se limitará a
responder por escrito una serie de preguntas, pudiendo abandonar
el estudio cuando yo lo decida.

Atentamente:

Nombre y firma del participante