

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL ESTIGMA SOBRE
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS POR PERSONAL ASISTENCIAL DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN TACNA 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:
Bach. MARÍA ESTEFANI LAURA AGUILAR**

TACNA – PERÚ

2016

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y características asociadas al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal en 249 personas que laboran en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, entre ellos médicos, enfermeras y personal técnico. Se utilizó una ficha de recolección de datos para identificar factores que contribuyen a la presencia de estigma en el paciente psiquiátrico por personal asistencial, de igual manera se hizo uso de la Escala CAMI para determinar la presencia de estigma en la población de estudio. Se utilizó el Chi Cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de 0,05 para medir la asociación de las variables de tipo cualitativa.

Resultados: El 63,45 % fueron de sexo masculino y 36,55% de sexo femenino. La edad que predominó en los participantes del estudio fue de 36 a más años. La prevalencia del estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por personal fue de 32,9%. El género y la ocupación se asocian al estigma sobre pacientes psiquiátricos con $p=0,025$ y $0,003$ respectivamente, siendo el sexo femenino y el personal de enfermería quienes presentan mayor estigma. Mientras que la edad como la práctica de religión no están asociadas estadísticamente al estigma.

Conclusión: La prevalencia del estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por personal asistencial fue de 32,9% y se encontró que el género y la ocupación están asociados a la presencia de estigma.

PALABRAS CLAVES: Estigma, salud mental, profesionales de salud

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with stigma about psychiatric patients by health professionals Hospital Daniel Alcides Carrión III.

Methods: An observational, analytical, prospective and cross-sectional study of 249 people working at the Hospital Daniel Alcides Carrión III of Tacna, including doctors, nurses and technical staff was performed. a tab data collection was used to identify factors contributing to the presence of stigma in psychiatric patient care staff, just as it took the CAMI scale to determine the presence of stigma in the study population. Pearson Chi Square was used, with a significance level of 0.05 to measure the association of qualitative variables type.

Results: 63,5% were male and 36.5% female. The age that prevailed in the study participants was 36 to 65 years. The prevalence of stigma on patients with psychiatric disorders personnel was 32.9%. Gender and occupation are associated with the stigma of psychiatric patients, being female and nursing staff who have greater stigma. While age as the practice of religion are not statistically associated stigma.

Conclusion: The prevalence of stigma on patients with psychiatric disorders by health care personnel was 32.9% and found that gender and occupation are associated with the presence of stigma.

KEYWORDS: Stigma, mental health, health professionals

CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
1.3.1. OBJETIVOS GENERALES	7
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.4. JUSTIFICACIÓN	7
1.5. DEFINICION DE TÉRMINOS	8
CAPÍTULO 2: REVISIÓN BILIOGRÁFICA	9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2 MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	25
3.1 HIPÓTESIS	25
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	25
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
4.1 DISEÑO DE ESTUDIO	27
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	27
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
4.3.1. Criterios de Inclusión	29
4.3.2. Criterios de Exclusión	29
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
CAPÍTULO 5: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	31
CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES	45
CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

Durante la historia, algunas culturas han tenido un concepto mágico-religioso de las enfermedades mentales y se les dio a los enfermos mentales lugares de honor, ya que los creían “tocados” por el espíritu. Sin embargo, en otras culturas se asoció con imágenes demoníacas, perversas, promiscuas y pecaminosas.

Actualmente, los enfermos mentales permanecen como un grupo marginal y temido, siendo un obstáculo para un trato más humano hacia ellos, que sufren estigmatización por la población. Se entiende estigma como “marca o sello de desgracia o descrédito que deja a una persona de lado o aislada del resto” o también como “prejuicio basado en un estereotipo negativo”. (1)

Debemos tener en cuenta que existe una tipología de estigma propuesta por Ervin Goffman en la que se distinguen tres tipos: los físicos, los de carácter (o personalidad) y los relacionados con la identidad grupal (o tribales). En el presente estudio nos centraremos tan solo en un estigma relacionado con el carácter como es el producido por el trastorno o enfermedad mental.

El estigma afecta a diversas áreas: falta de oportunidades de empleo, problemas interpersonales, imagen negativa que se da en los medios de comunicación social y barreras para obtener el tratamiento necesario. Así mismo tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida y la autoestima. El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general. Las actitudes de estigmatización se extienden incluso a los profesionales de salud. (2)

Debido a lo anterior, se propone evaluar la presencia de estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La salud mental es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de enfermedades; y en el 2020 serán responsables del 15% del total de los años de vida perdidos por discapacidad. (3)

En el Perú, más del 30% de la población adulta ha padecido trastornos psiquiátricos, siendo la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional 33.7%, lo cual significa que aproximadamente 1 de cada 3 peruanos en algún momento de su vida presentará algún problema de salud mental. Así mismo, la proporción de personas que necesitando atención no la reciben es de 80%, es decir 8 de cada 10 personas con trastorno mental no reciben tratamiento adecuado. (4) Las razones de ello incluyen dificultades de acceso a un establecimiento médico especializado oferta, disponibilidad de recursos, estigma y otros factores relacionados, que hacen más complicado su afronte y recuperación. (1)

El estigma de las personas aquejadas de enfermedades mentales acaba afectando a su tratamiento, debido en parte, por las actitudes negativas que presenta el colectivo de profesionales sanitarios. (2)

Por lo tanto, si queremos implementar las estrategias de prevención e intervención correspondiente del caso, es importante evaluar la presencia de estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial en nuestra ciudad de Tacna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y las características asociadas al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar la frecuencia y características asociadas al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia del estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión.
- Determinar si la edad, el género, la ocupación y la práctica de religión se asocia al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El estigma sobre pacientes con trastorno psiquiátrico tiene repercusiones negativas en el tratamiento, disminuye la calidad de vida y la autoestima, tal como se indica en estudios realizados en otras regiones.

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión, se desconoce las características asociadas al estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica. Por tal razón, el estudio contribuirá en el conocimiento de las características que posee el estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna. Así mismo, la información posibilitará

recomendar acciones sanitarias correspondientes para la desestigmatización de los enfermos mentales.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Enfermedad mental:** Es la alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. Este término aglutina un buen número de enfermedades de muy diversa índole. Además, puede asociarse a estigmatización social por lo cual algunos autores consideran más adecuado utilizar el término “trastorno mental” (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes la CIE-10 y el DSM-V-TR).(2)
- **Estigma social:** Efecto negativo que una marca o etiqueta produce en un grupo que incluye tres elementos un problema de conocimiento (ignorancia), un problema de actitud (prejuicio) y una conducta (discriminación). (5)
- **Personal asistencial de salud:** Persona que preste sus servicios en el ámbito de salud, sea en un centro de salud u hospital.(2)
- **Salud:** Definido por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (1)
- **Salud mental:** Según la OMS, se define como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.(2)
- **Escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness):** es una escala realizada por Taylor y Dear (1981) en versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness. Es la escala más usada para valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad.(6)

CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Susana Ochoa y colaboradores (2015) en España validaron al castellano la escala de estigma social CAMI en población adolescente, realizando una traducción y retrotraducción del Community Attitudes towards Mental Illness; analizando la consistencia interna del instrumento mediante el α de Cronbach y la fiabilidad con el coeficiente de correlación intraclase. En sus resultados se evidenció que el α de Cronbach fue de 0.861 para la primera evaluación y de 0.909 para la segunda evaluación. Los valores del coeficiente de correlación intraclase oscilan entre 0.775-0.339 en el análisis de ítem por ítem, y entre 0.88-0.81 en las subescalas. En la segmentación por género encontramos que las puntuaciones en el coeficiente de correlación intraclase en el grupo de chicas está entre 0.797-0.863 y en los chicos entre 0.889-0.774. En conclusión, afirmaron que el Community Attitudes towards Mental Illness es un instrumento fiable para la evaluación del estigma social, se encontró algunas diferencias en el análisis por género, siendo los hombres los que presentan conductas más estigmatizadoras que las mujeres. (6)

Moreno y colaboradores (2014) en España determinaron las diferencias de la población en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental, realizando un estudio transversal. Utilizaron las escalas MARKS, CAMI y RIBS para evaluar el conocimiento, actitudes y conducta respectivamente. Sus resultados fueron los siguientes: la población estuvo compuesta por 152 personas entre población general, personal de salud y familiares de paciente con enfermedad mental, indicando que las personas mayores de 35 años presentan menor estigma ($p < 0.05$), así mismo encontraron diferencias significativas entre sexos en referencia a la intención de conductas estigmatizantes ($p = 0.049$) y de actitudes estigmatizantes ($p = 0.006$) siendo los hombres los que exhiben intención de conducta y actitudes más estigmatizantes. Concluyendo que personas mayores presentan

menos estigma y que los hombres presentan mayor intención de conductas y actitudes estigmatizantes, existe una relación negativa entre conocimiento en materia de salud mental y conducta estigmatizante. (18)

Polanco y colaboradores (2013) en Puerto Rico determinaron el estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud, administrando la escala de Estigma y Salud Mental (EESMPR) a 146 personas, como resultado obtuvieron un puntaje en la prueba de Wilks' Lambda de 0.16 que resultó significativo, $F(2, 144) = 9.328, p < 0.5$ sugiriendo diferencias estadísticas de acuerdo a la profesión, hallando la presencia de estigma en 15,1% en el total de población, también identificaron diferencias significativas entre género masculino $p = 0,047$. Concluyeron que se necesita desarrollar intervenciones para reducir el estigma hacia personas que sufren de problemas de salud mental. (7)

Amaya (2011), en El Salvador determinó la presencia de estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica en familiares de pacientes y personal asistencial en el Hospital Policlínico Arce de El Salvador, realizando un estudio no experimental, descriptivo, transversal en personal médico, enfermería, técnicos que laboran en forma asistencial en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como un familiar que se encuentre a cargo del paciente. Para determinar la presencia de estigma aplicaron la Escala CAMI en dicha población. Su resultado fue que el porcentaje del personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica es de 24%, el porcentaje de relación que existe entre la presencia de estigma hacia el paciente con patología psiquiátrica y la ocupación del personal asistencial fue más alto en el personal de enfermería con un 62% y la presencia de estigma hacia pacientes con enfermedad mental por familiares fue 27%. En dicho estudio se concluyó que dentro de las personas que laboran en forma directa con los pacientes con patología mental existe un grupo significativo que presenta estigma hacia dichos pacientes. Así mismo, la presencia de estigma entre familiares de pacientes con enfermedad mental

y personal asistencial que labora directamente con pacientes con enfermedad mental es equivalente. (5)

Andrade-Loch y colaboradores (2011) en Brasil determinaron el estigma atribuido por los psiquiatras a las personas con esquizofrenia, en este estudio se realizó una entrevista utilizando cuestionario en 1414 psiquiatras participantes del Congreso Brasileño de Psiquiatría, evaluando el estigma en tres dimensiones: los estereotipos, la distancia social y los prejuicios relacionados con una persona con esquizofrenia. También se evaluó la opinión de medicamentos psicótopos y la tolerancia a los efectos secundarios. Sus resultados fueron que los psiquiatras brasileños tienden a estereotipar negativamente a las personas con esquizofrenia. La mayor edad se correlacionó con los estereotipos positivos y menos prejuicios ($p=0,012$), los psiquiatras del sexo femenino ($p=0,043$) y aquellos que trabajan en un hospital psiquiátrico universitario ($p=0,0012$) presentan menor estigma social. Se concluyó que los psiquiatras estigmatizaron a las personas con esquizofrenia y tienden a tener dificultad en admitir este hecho, se deben promover campañas contra el estigma para los profesionales de salud mental. (8)

Uribe y colaboradores (2007) en Colombia, describieron la percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental, realizando una entrevista estructurada a 16 pacientes, dos grupos focales de pacientes en consulta externa y un grupo focal de familia, y se buscaron los ejemplos y testimonios representativos sobre el estigma vivido. Concluyeron que el estigma respecto a los pacientes con enfermedad mental y sus familiares es un tema de actualidad y requiere estudios en profundidad. (9)

Zárate y colaboradores (2006) en Chile determinaron la influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales: contacto cercano y educación en salud, realizando un estudio descriptivo de corte transversal.

Para ello, utilizaron la escala CAMI en 126 participantes evaluando el autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud, separando en cuatro grupos independientes: trabajadores de la salud que conocen a un enfermo mental (n=33), salud que no conoce a un enfermo mental (n=30), no salud que conoce a un enfermo mental (n=34) y no salud que no conoce a un enfermo mental (n=29). Sus resultados fueron el 53, 2 % era soltero, 40.5% eran casados o convivientes y un 6.4% eran divorciados, separados o viudos. Un 46.8% no tenía niños en su hogar, en el 37.3% había uno o dos niños y en el 15.9% habían tres o más. El 86.5% tenía estudios universitarios, 11.1% educación media y 2.4% educación básica. El área de la salud presenta menos autoritarismo y restricción social que la población general y una mejor percepción que esta última. Los conocedores de un enfermo mental presentan mejor percepción y menos restricción que quienes no los conocen. Conjuntamente, quienes conocen y trabajan en salud son menos autoritarios y restrictivos que quienes no conocen y no trabajan en salud, presentando éstos últimos una peor percepción que los primeros. Concluyeron que la población en contacto cercano con pacientes mentales presenta menos conductas de estigmatización, ya sean trabajadores de salud, parientes o amigos cercanos. Esta menor estigmatización favorecería un mayor apoyo para estos pacientes, mejorando su tratamiento y pronóstico. Es importante la educación de la población sobre estos temas, de manera de disminuir el estigma. (10)

Castro y colaboradores (2013) en Perú determinaron los conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia realizando un estudio descriptivo transversal, en el cual redactaron tres viñetas describiendo un caso típico de depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia y se formularon preguntas sobre ellas. Las viñetas y sus preguntas se validaron por juicio de expertos. Se aplicó cada viñeta y sus preguntas a 151 familiares de pacientes no psiquiátricos de consulta externa, incluyéndose un total de 453 individuos. Como resultado obtuvieron: Para el caso de trastorno de pánico, se prefirió que el paciente sea visto por un médico especialista no psiquiatra

(76,0 %) y se consideró que podía morir de una enfermedad física no diagnosticada (57,3 %). Para el caso de depresión y esquizofrenia el profesional considerado como el más indicado para tratarlo fue el psicólogo (41,7 % y 45,0 %, respectivamente). Para el caso de esquizofrenia, se encontró asociación entre ir al psiquiatra o presentar una enfermedad mental y considerarlo una amenaza para los demás ($p=0,003$ y $p<.0, 001$, respectivamente). Concluyeron que un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión sean tratados por un psicólogo. Por otro lado, se considera con frecuencia, que pacientes con trastorno de pánico tienen una enfermedad física que no ha podido ser diagnosticada y deben ser tratados por un médico no psiquiatra. (11)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

2.2.1.1 Definición:

Un trastorno mental es una enfermedad con manifestaciones psicológicas o conductuales asociada a sufrimiento importante y alteración funcional causada por una anomalía biológica, social, psicológica, genética, somática o química. Se mide por la desviación de un concepto normativo. Cada enfermedad posee sus signos y síntomas característicos.

Además de las clasificaciones del DSM-IV-TR, en psiquiatría se utilizan otros términos para describir la enfermedad mental.

- a. Psicótico: pérdida del sentido de la realidad, con delirios y alucinaciones (p.ej., esquizofrenia).
- b. Neurótico: no hay pérdida del sentido de la realidad; existen. Sobre todo, conflictos intrapsíquicos o acontecimientos vitales que generan ansiedad; los síntomas comprenden obsesión, fobia y compulsión.
- c. Funcional: no hay daño estructural ni una causa biológica clara que responda de la anomalía.
- d. Orgánico: enfermedad causada por un agente concreto que produce un cambio en la estructura cerebral; suele asociarse a alteración cognitiva, delirium o demencia (p.ej., enfermedad de Pick). El

término orgánico no se utiliza en el DSM-IV-TR porque implica que algunos trastornos mentales no poseen un componente biológico o químico; sin embargo, todavía se sigue utilizando de forma asidua.

- e. Primario: sin causa conocida; también llamado idiopático (parecido a funcional).
- f. Secundario: manifestación sintomática de un trastorno sistemático, médico o cerebral (p.ej., delirium debido enfermedad cerebral infecciosa). (12)

2.2.1.2 Epidemiología:

Los desórdenes mentales y los trastornos psíquicos, incluidas las manifestaciones depresivas, la esquizofrenia, el Alzheimer, la epilepsia y el retraso mental, representan el 11% del total de las enfermedades en mundo. Según la OMS son 400 millones de personas afectadas y, si no se toman medidas, esta proporción se elevará hasta el 14% en el 2020. La depresión llegará a ser, en el año 2020, la segunda causa de discapacidad en el mundo después de las enfermedades coronarias y cerebro-vasculares. (13)

2.2.1.3 Clasificación:

La clasificación internacional de enfermedades, décima versión CIE-10 es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS, utilizada principalmente para fines estadísticos y está ampliamente aceptada en todo el mundo. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca. De esta manera clasifica las enfermedades mentales:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F01 Demencia vascular.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
F21 Trastorno esquizotípico.
F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.
F25 Trastornos esquizoafectivos.
F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
F29 Psicosis no orgánica sin especificación.
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)
F31 Trastorno bipolar.
F32 Episodios depresivos.
F33 Trastorno depresivo recurrente.
F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F41 Otros trastornos de ansiedad.
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
F44 Trastornos disociativos (de conversión).
F45 Trastornos somatomorfos.
F48 Otros trastornos neuróticos.
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
F52 Disfunción sexual no orgánica.
F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F64 Trastornos de la identidad sexual.
F65 Trastornos de la inclinación sexual.
F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.
F70-79 Retraso mental.
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.
F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.
F84 Trastornos generalizados del desarrollo.
F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.
F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F91 Trastornos disociales.
F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.
F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F95 Trastornos de tics.
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F99 Trastorno mental sin especificación. (19)

Por otro lado, en mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA), que es otro sistema de clasificación de enfermedades mentales. El nuevo manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores y su aparición ha estado rodeada de variadas polémicas. Algunos de los cambios más visibles guardan relación con la denominación y estructuración del manual. Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número arábigo en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. La razón esgrimida por los redactores del manual es que, en el siglo XXI -cuando la tecnología permite una inmediata diseminación de la información por todo el mundo-, el empleo de la numeración romana constituye una limitación. Los rápidos avances en la investigación requieren la revisión continua del manual. Por consiguiente, los futuros cambios previos a una

revisión completa, serán expresados como DSM- 5.1, DSM-5.2 y así sucesivamente.

También se realizó la remoción del sistema multiaxial, poniendo en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, otras condiciones médicas) y agregando anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Dentro de los objetivos de dicho cambio está el de acercar la clasificación psiquiátrica al resto de la medicina, que no emplea ejes, y poner a los trastornos de personalidad en igualdad de condiciones con el resto de los trastornos. Si bien estas razones son relevantes, se elimina una ordenación que había resultado útil y didáctica en la enseñanza de la especialidad.

El orden de los capítulos ha sido reestructurado, reuniendo a los trastornos más similares y aparentemente relacionados entre sí. Dichos cambios buscan además alinear al DSM-5 con la undécima edición de la International Classification of Diseases (ICD 11) de la World Health Organization (WHO), próxima a aparecer. Asimismo se busca fomentar la investigación al interior de grupos diagnósticos, y a través de ellos, con la esperanza de avanzar en la comprensión de sus relaciones. El mayor conocimiento acerca de tales relaciones podría identificar patrones comunes y eventuales causas de los trastornos y a futuro permitir el desarrollo de nuevos tratamientos. El ordenamiento de los capítulos sigue también la secuencia de las etapas del desarrollo a lo largo de la vida. Los trastornos típicamente diagnosticados en la infancia se presentan primero, seguidos por los de aparición en la adolescencia, adultez y edad avanzada. Trastornos que previamente se agrupaban como “de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” ahora están integrados a lo largo del manual. No se aumentó el número de trastornos, pero se ordenaron de manera diferente. Por ejemplo, un nuevo grupo de trastornos del neurodesarrollo incluye los trastornos del espectro autista, el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y los trastornos por tics (como el Tourette). El capítulo de trastornos relacionados con sustancias es ahora el de trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos, e incluye el juego patológico.

Otros trastornos han sido separados de sus anteriores agrupaciones debido al progreso en su conocimiento. Por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo ha sido separado de los trastornos de ansiedad, en base al reciente conocimiento de que implica circuitos cerebrales específicos. Asimismo, los trastornos del ánimo han sido separados entre trastornos bipolares y relacionados y trastornos depresivos.

Los grupos de trastornos del DSM-5 son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafílicos.
18. Trastornos de personalidad.

Se incluyen el síndrome de psicosis atenuada, los episodios depresivos con hipomanía de corta duración, la adicción a internet y las conductas auto lesivas no suicidas, entre otros. En los últimos años se ha producido un enorme avance en las neurociencias, pero este aún resulta insuficiente para reformular desde bases científicas la nosología de las enfermedades mentales. De algún modo, los creadores del DSM-5 reconocen que se trata de una clasificación en transición, con las imperfecciones que esto conlleva; pero aún así representaría la mejor alternativa disponible en este momento para cumplir los múltiples fines que se propone (clínicos, de investigación, salud pública, médico-legales, etc.). Es de esperar que más temprano que tarde, la psiquiatría esté en condiciones de contar con una clasificación basada en etiologías o en mecanismos etiopatogénicos, que la acerque más al resto de las especialidades médicas. (20)

2.2.1.4 Trastornos psiquiátricos y salud pública:

Informes recientes indican que los trastornos mentales son responsables de una proporción importante de la discapacidad en el mundo y que existen indicios de que esta situación se va a deteriorar aún más. El estigma ligado a la enfermedad mental y a la discriminación, representa un obstáculo significativo para el desarrollo de los programas de salud mental. El rol de los psiquiatras y de los profesionales de la salud Mental es abogar por medidas de salud pública que tendrán que ser ejecutadas por toda la red de servicios a nivel nacional, con el decidido apoyo de la acción intersectorial. Allí donde las posibilidades de tratamiento son limitadas y por lo tanto no se puede prevenir la discapacidad o la enfermedad es crónica, las intervenciones deberían centrarse en la disminución del estigma ligado a la enfermedad mediante educación sanitaria preventiva, acción en los medios de información, formación adecuada del personal sanitario, etc.

En numerosos casos no será posible separar la enfermedad del estigma. Donde éste sea el caso, las intervenciones en salud pública tendrán que ir acompañadas de intervenciones legales, generando políticas de abogacía para reducir y, eventualmente, eliminar la discriminación negativa ligada a la enfermedad y a las personas estigmatizadas que la padecen. En algunos casos la prevención no será posible y la enfermedad conducirá a una discapacidad y a una reducción considerable de la calidad de vida y de las posibilidades de inserción social. En estos casos, la intervención deberá ser dirigida a la separación de la disfunción y la discriminación.

El actual concepto de trastorno mental como condición duradera que generalmente está marcado por importantes discapacidades de funcionamiento personal y social, tendrá que ser revisado a la luz de los avances actuales de la psiquiatría y la Salud Mental.

Tanto el personal asistencial y el público en general, incluyendo las personas que padecen los trastornos mentales, deberán, por ejemplo, aceptar la noción de que ésta no siempre es de larga duración; que un episodio de enfermedad no implica que la persona que lo sufre debería ser considerada enferma crónica; que la mayoría de los trastornos mentales no implican interrupciones marcadas en la realización del proyecto de vida personal. (13)

2.2.2 ESTIGMA

2.2.2.1 Definición:

La palabra estigma define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. (13)

El estigma puede definirse como el efecto negativo que una marca o una etiqueta produce en un grupo, tal como una minoría étnica, religiosa o pacientes con ciertas enfermedades entre las que se destacan el sida y la Enfermedad mental. El estigma incluye tres elementos: Un problema de conocimiento (ignorancia), un problema de actitud (prejuicio) y una conducta (discriminación).

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización y la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos. (9)

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden. En este sentido los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización de las personas con enfermedad mental al ser cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales. (14)

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. (15)

El estigma percibido predice, por ejemplo, el bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con depresión. Incluye, también, los prejuicios que pueden llevar a una injusta política de salud que impide la implementación de servicios adecuados y alcanzar la paridad. Por ello, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psiquiatría, al igual que varios países, han emprendido campañas que buscan disminuir el estigma de la enfermedad mental.

2.2.2.2 Origen del estigma:

Hay varias razones para el estigma. Entre ellas, tal vez las dos más relevantes son la tendencia a culpar al otro de lo que le sucede (el juicio moral) y ver al paciente como peligroso. Si las personas consideramos a alguien como responsable de lo que le pasa, la reacción ante sus problemas suele ser de rabia en vez de deseo de ayudar, o de compasión en un sentido más amplio.

Visto desde la perspectiva del paciente, si éste considera que es responsable de su enfermedad esto predice menor búsqueda de ayuda. En este caso, el estigma pasa a través del juicio moral propio de la persona.⁸

Los estudios clásicos de Edwin Goffman destacaron el rol del entorno social y del diagnóstico o etiqueta (*labelling theory*) en el origen del estigma. Goffman (1963) definió el estigma como un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las tornaba de una categoría inferior. De esta manera aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo. (10)

La teoría de Goffman refiere: “A modo de conclusión, deseo repetir que el estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de su vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas”.

Siguiendo esta concepción de estigma como un proceso que va más allá del individuo, los estudios sociológicos lo han abordado como una interacción mutua entre el medio social y el paciente.

Los trabajos de Susan Sontag también han sido muy importantes para aclarar el sentido y el significado de la enfermedad: la enfermedad es el lado nocturno de la vida, un ciudadano muy oneroso, en su famosa cita. (9)

Sontag señala que las enfermedades muchas veces se asocian a nuestros miedos más profundos y cómo muchas veces las sociedades parecen necesitar tener una enfermedad que se identifique con la maldad, y a la cual se pueda culpar. Y si esa enfermedad se considera misteriosa, no tardará en ser no sólo temida, sino también vista como contagiosa (moral o literalmente).

Hay otras teorías sobre el origen del estigma. Según Crisp, hay una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse.(9)

La persona que estigmatiza reacciona a señales del otro en la conducta, en su expresión afectiva o en su expresión corporal como agitación, inquietud, inmovilidad o rigidez corporal. Siguiendo esa línea de ideas, Haghghat concluye que el estigma, ya sea por la raza, la religión o por la enfermedad, es un instrumento o un arma en la competencia socioeconómica. Se tiende a categorizar, generalizar y ser defensivo: la peligrosidad de un solo individuo automáticamente se extiende a toda la clase, a todas las personas con enfermedad mental, o simplemente a quienes se comportan de una manera diferente. Los estereotipos están siempre convenientemente a la mano.

2.2.2.3 Teorías del estigma:

Diversos autores han intentado explicar el fenómeno del estigma por medio de diversas teorías:

Corrigan y Watson (2002) propusieron la teoría del “doble infortunio” del estigma refiriéndose en primera instancia a la mala interpretación del público sobre la enfermedad mental o “estigma público” que lleva a la discriminación y aislamiento de este tipo de personas, disminuyendo su oportunidad laboral, social y emocional; y también hacen alusión al autoestigma, en el que el individuo crea una imagen estigmatizada de sí mismo como resultado cultural y acepta estas nociones que conllevan una disminución de su autoestima y autoeficacia.

Otros autores como Link y Phelan propusieron la teoría del etiquetamiento en la que individuos a quienes se les otorga una etiqueta oficial psiquiátrica las creencias que ellos tienen de devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental empiezan a hacer personalmente relevantes por lo que las personas “etiquetadas” al sentirse amenazada disminuyen su interacción, mantienen su tratamiento en secreto o abandonan el contacto social lo que a su vez trae consecuencias negativas en su autoestima.(16)

Sin embargo, algunas personas pueden percibir el etiquetamiento como algo positivo, con la creencia de que tener un etiquetamiento puede explicar sus síntomas psicológicos y validar sus experiencias y de esta

manera guiarlos en el proceso de saber qué esperar y cómo adaptarse a los otros.

Link & Phelan consideran que el estigma se construye a partir de procesos psico-sociales interrelacionados:

- a) La construcción de las diferencias (color de piel, género, coeficiente intelectual, etc.) y el proceso de *rotulamiento*.
- b) El distanciamiento social o la segregación entre los de adentro (“nosotros”) y los de afuera (“ellos”).
- c) La degradación (pérdida de *status*) y discriminación de las personas rotuladas.
- d) La asimetría del poder que se mantiene entre los estigmatizadores y los estigmatizados. (17)

2.2.2.4 Estigma y autoestima:

Según las teorías de la autoestima, las personas están motivadas a proteger y realzar su autoestima. Este enfoque plantea la existencia de tres fuentes interactuantes en la autoestima: las apreciaciones reflejadas, las comparaciones sociales y las autoatribuciones.

El estigma se ha encontrado fuertemente relacionado con la pérdida de la autoestima, esta asociación se plantea como: “*inquietante y alarmante*”. Aunque se ha planteado una relación recíproca, se considera que es mayor el impacto del estigma en la autoestima que a la inversa. Sin importar los síntomas y el estado de la función cognitiva se ha encontrado que el efecto del estigma sobre la autoestima puede conducir a pobres resultados.

Con respecto a la preservación de la autoestima de los pacientes mentales se ha establecido que existe una relación directa entre las experiencias de estigma y la autodevaluación, encontrándose que un 54% de los pacientes tienen percepciones de inutilidad, 37% de fracaso y hasta el 81% tienen expectativas de ser objeto de juicios negativos por parte de autoridades, amigos y población general. (16)

2.2.2.5 Estigma sentido:

En cuanto a la percepción del estigma, se ha destacado la sensación de impotencia o incapacidad (*powerlessness*) y pérdida en las narrativas de enfermedad en los pacientes. Otros factores que se han señalado derivan

del tratamiento: por ejemplo, los síntomas extrapiramidales, la disquinesia tardía o el aumento de peso asociado con algunos medicamentos.

Struening *et al.* Estudiaron el impacto del estigma percibido en los cuidadores desde la perspectiva de los pacientes como consumidores de servicios. Encontraron que 70% de los cuidadores pensaban que el público general devaluaba a los pacientes y que 43% también pensaba que se devaluaba la familia. (9)

Lee señala que la depresión y la fatiga que experimentan los pacientes con esquizofrenia, además de ser síntomas negativos con una base cerebral, pueden ser la expresión de la desesperanza y de las pérdidas experimentadas por los pacientes. En tal caso, el estigma es un factor que incrementa las pérdidas y debe ser abordado, sino de una manera individual, al menos sí en una perspectiva social o de políticas de salud.

2.2.3 Escala CAMI (Community Attitudes towards Mental Illness):

Es una escala realizada por Taylor y Dear (1981) en versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness, que fue desarrollada en los años 60, y, actualmente, el concepto sobre la salud mental se ha modificado sustancialmente. Es la escala más usada para valorar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental en la comunidad.

Se trata de una escala compuesta por 40 ítems, valorados con escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave.

Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. La puntuación de cada dimensión resulta de sumar los ítems en positivo y la inversa de los ítems en negativo. La dimensión de autoritarismo evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos. La dimensión de benevolencia valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista. La dimensión de restricción social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Y por último, la dimensión de

percepción de la salud mental en la comunidad evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general. (6)

CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPÓTESIS

H₁: La edad, género, ocupación y la práctica de religión son características asociadas al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

H₀: La edad, género, ocupación y la práctica de religión son características no asociadas al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Años cumplidos	De 20 a 35 años >= 36 años	Numérica , de intervalo
Género	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Estado conyugal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	Nominal

Ocupación		Médico Enfermera Técnico asistencial	Nominal
Religión	Moral	Si practica No practica	Nominal
Estigma	Escala CAMI: Autoritarismo Benevolencia Restricción social Percepción de la salud mental en la comunidad	Presencia de estigma No presencia de estigma	Nominal

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo.

Es un estudio **observacional** porque los datos adquiridos reflejan las características de la población y no hubo intervención alguna.

Es **prospectivo** porque los datos necesarios para el estudio se registraron a propósito de la investigación.

Es **analítico** ya que en el presente estudio el análisis estadístico es bivariado y establece la asociación entre factores.

Finalmente es un estudio **transversal** porque las variables son medidas en una sola ocasión durante un periodo de tiempo definido.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en personal asistencial que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, el cual inició su funcionamiento en el año 1991 con la denominación de Hospital II Calana y posteriormente el 2 de septiembre del año 1998, es elevado a Hospital de nivel III. Actualmente cuenta con 05 Departamentos Médicos y un Servicio de Enfermería.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Población:

Personal médico, de enfermería y técnicos de enfermería, que laboran en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna que cumplan con los criterios de inclusión.

b) Muestra:

Se encuentra compuesta por:

- Total de personal asistencial (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, trabajadores sociales) que laboran en los servicios del Hospital Daniel Alcides Carrión. Se realizó un muestreo aleatorio simple para determinar el tamaño muestral siendo $Z = 1.96$ (95% nivel de confianza), $p = 0.5$, $d =$ nivel de error de 5% (0.05):

- Médicos (general y especialistas) : 84

$$N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$n = \text{-----}$$

$$d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$107 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = \text{-----}$$

$$0.05^2 \cdot (107-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = 84$$

- Enfermeras: 89

$$N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$n = \text{-----}$$

$$d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$115 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = \text{-----}$$

$$0.05^2 \cdot (115-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = 89$$

- Técnico asistencial: 76

$$N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$n = \text{-----}$$

$$d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P(1-P)$$

$$93 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = \text{-----}$$

$$0.05^2 \cdot (93-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5)$$

$$n = 76$$

Total: 249

Muestreo:

PERSONAL ASISTENCIAL	N	n
Médico	107	84
Enfermera(o)	115	89
Técnico asistencial	93	76
TOTAL	315	249

4.3.1 Criterios de Inclusión:

- Pertenecer al personal asistencial que labora en el Hospital.
- Que consienta a colaborar con el estudio.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- No pertenecer al personal asistencial del Hospital.
- No aceptar colaborar con el estudio.
- No completar las encuestas o llenarlas de forma inadecuada.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos, elaborada para identificar factores que contribuyen a la presencia de estigma en el paciente psiquiátrico por personal asistencial (Anexo 01), para ello se informó previamente que toda la información que se proporciona será guardada con absoluta confidencialidad y se respetará el anonimato, por tal razón, no se consideró el nombre del entrevistado.

Así mismo, se hizo uso de la Escala CAMI (Community Attitudes Toward Mentally Illness) (Anexo 02) que consta de 40 preguntas y valora el autoritarismo, la benevolencia, la restricción social y la percepción de la salud mental en la comunidad.

Al final, los datos de cada personal asistencial que fueron consignados en la ficha de recolección de datos y la escala CAMI se almacenaron en una matriz de Excel para su análisis consiguiente.

CAPÍTULO 5: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron almacenados y tabulados en una matriz de Microsoft Excel y procesados con un paquete estadístico SPSS V.21 para Windows.

Las variables obtenidas en la consolidación se analizaron estadísticamente utilizando el Chi Cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de 0,05 para medir la asociación de las variables de tipo cualitativa. Para las comparaciones según dimensiones de la escala CAMI se realizó el análisis de varianza ANOVA y prueba de comparaciones múltiples de Tukey.

Consideraciones éticas

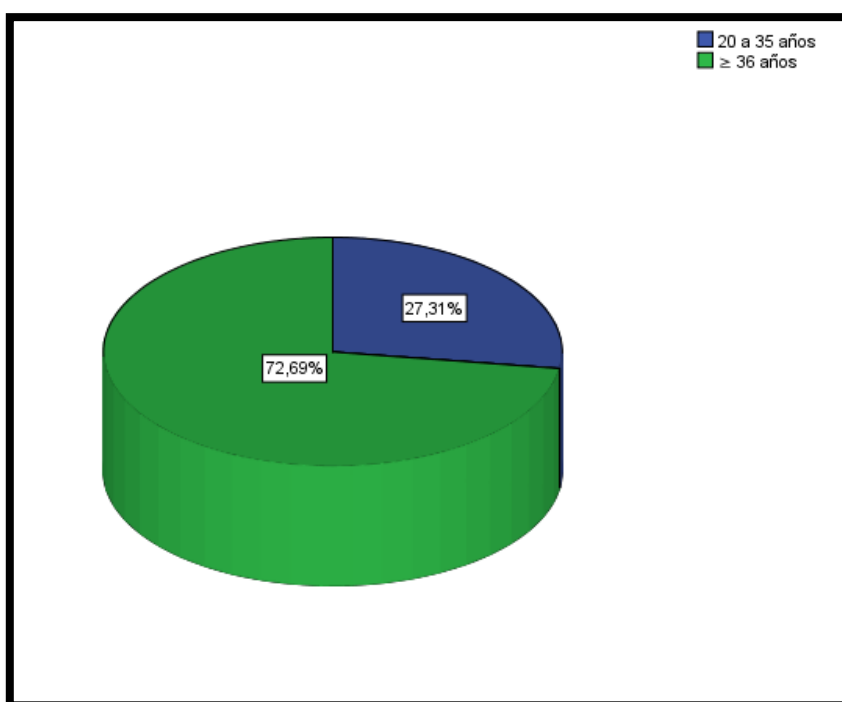
Para el presente estudio se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.
- Se guarda toda la información adquirida con absoluta confidencialidad y respetando el anonimato.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

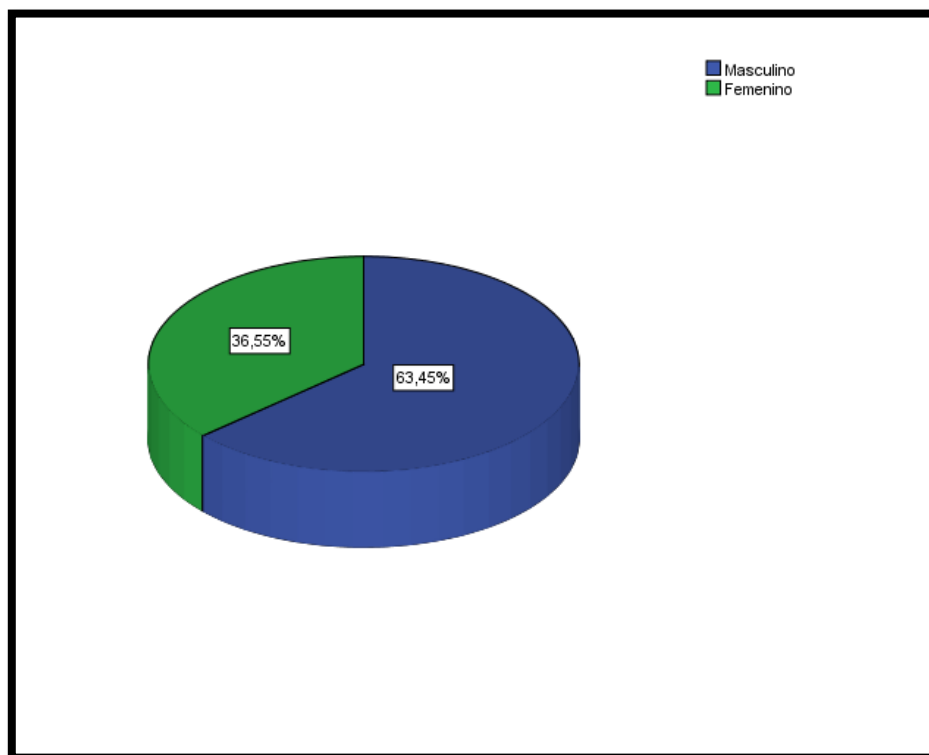


Fuente: Datos recolectados de la ficha de recolección de datos para personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En el **gráfico 1** se observa la distribución porcentual según edad del personal asistencial que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. Donde se aprecia que la edad que predominó en los participantes del estudio fue de 36 a más años con 72,69%.

GRAFICO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

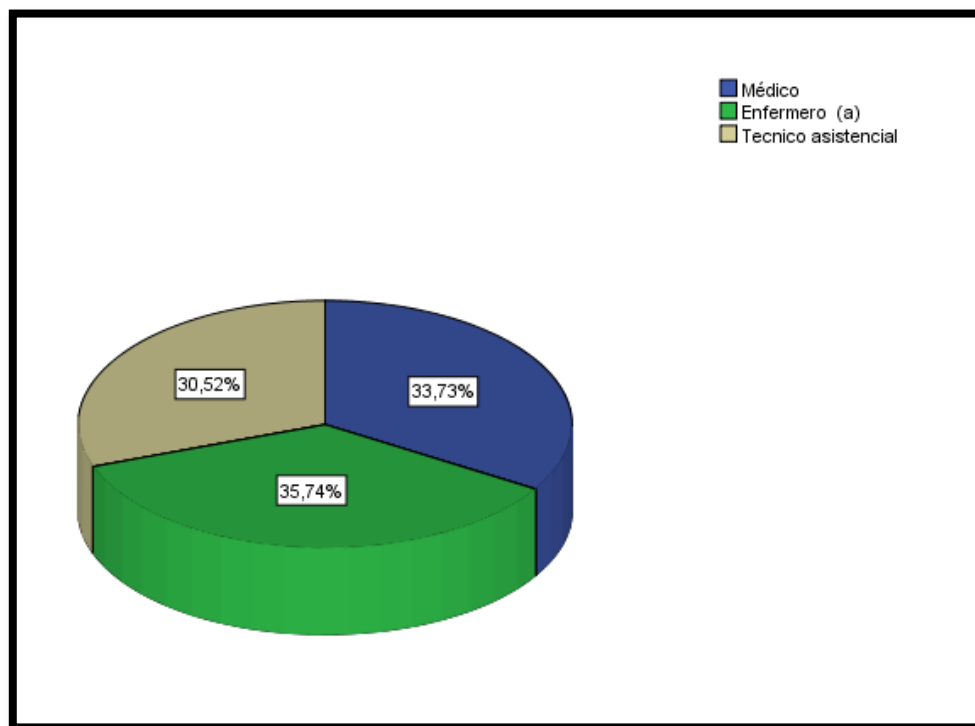


Fuente: Datos recolectados de la ficha de recolección de datos para personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En el **gráfico 2** se observa la distribución porcentual según sexo del personal asistencial que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. Donde se aprecia que del personal asistencial que participó, 63,45% son de sexo masculino y 36,55% de sexo femenino.

GRAFICO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN OCUPACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

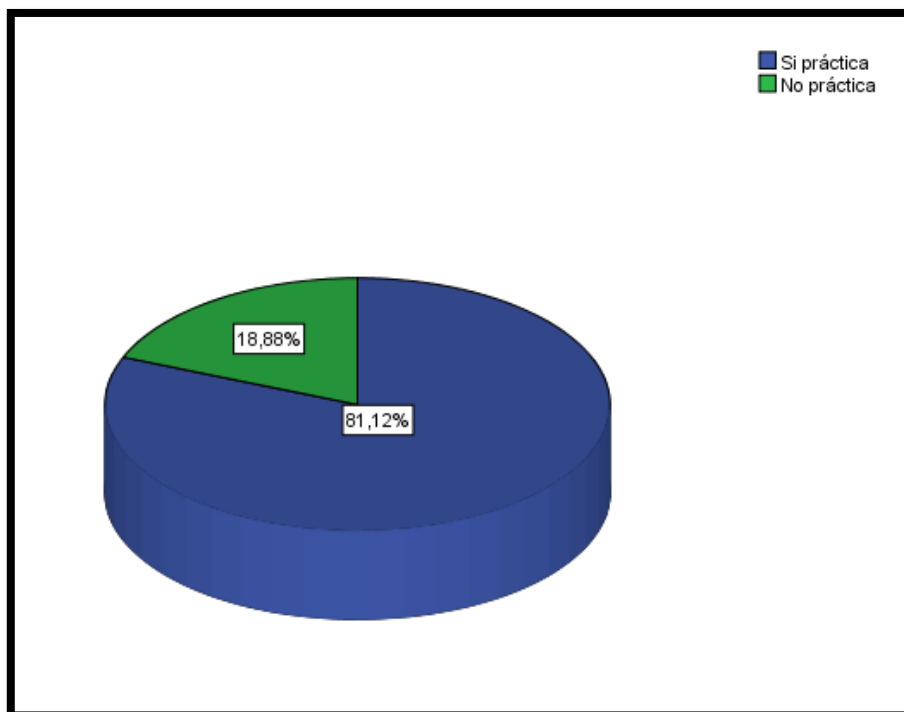


Fuente: Datos recolectados de la ficha de recolección de datos para personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En el **gráfico 3** se observa la distribución porcentual según ocupación del personal asistencial que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. En dicha población de estudio el 33,73% son médicos, 35,74% enfermeras y 30,52% técnicos asistenciales.

GRAFICO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RELIGIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

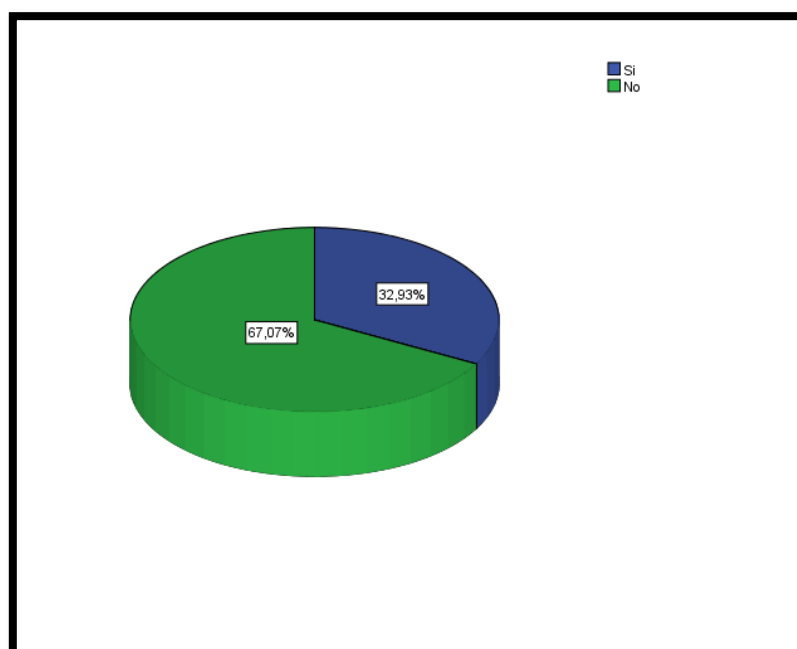


Fuente: Datos recolectados de la ficha de recolección de datos para personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En el **gráfico 4** se observa la distribución porcentual según la práctica de religión del personal asistencial que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. Se aprecia que el 81,12% practican algún tipo de religión en tanto que el 18,88% no lo práctica.

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA PRESENCIA DE ESTIGMA SOBRE EL PACIENTE PSIQUIATRICO POR EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.



Fuente: Datos recolectados de la escala CAMI aplicado al personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En el **gráfico 5** se aprecia el porcentaje del personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica que fueron el 32,93% (82), en tanto los que no presentaron estigma fueron el 67,07% (167) del total de la población en estudio.

TABLA 1
ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO CAMI.

	gl	F	Sig.
Entre dimensiones y dentro de dimensiones	3	32,89	0,00

Fuente: escala CAMI aplicado al personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En la **tabla 1** se observa el análisis de varianza con una significación estadística de 0,00, lo cual demuestra la existencia de diferencias estadísticas significativas entre las dimensiones de la escala CAMI aplicada al personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

TABLA 2

PRUEBA DE COMPARACIÓN MÚLTIPLE DE MEDIAS DE ACUERDO CON EL CRITERIO DE TUKEY DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO CAMI.

N ⁰	Dimensiones	Promedio	Sig. α 0,05
1	Percepción de la salud mental	3,174	a
2	Benevolencia	3,064	b
3	Restricción social	3,011	b
4	Autoritarismo	2,863	c

Fuente: escala CAMI aplicado al personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

En la **tabla 2** se observa que según la prueba de comparaciones múltiples de Tukey, la dimensión que obtuvo mayor promedio de puntuación fue la Percepción de la salud mental con 3,174 seguido de las dimensiones de Benevolencia y Restricción social con 3,064 y 3,011 respectivamente siendo estadísticamente similares entre sus promedios y el menor promedio de puntuación fue la dimensión Autoritarismo con 2,863.

TABLA 3

ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTIGMA Y LA EDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

EDAD	PRESENCIA DE ESTIGMA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
20 a 35 años	21	30,88%	47	69,12%	68	100%
>=36 años	61	33,70%	120	66,30%	181	100%
TOTAL	82	32,9%	167	67,1%	249	100%

Prueba de chi-cuadrado

	valor	gl	Sig. Estadística
Chi- cuadrado de Pearson	0,175	1	0,673

En la **tabla 3** se observa que el personal asistencial que presenta mayor estigma sobre el paciente psiquiátrico fluctúa entre 36 a más años. Al establecer la relación entre la edad y la presencia de estigma, se obtuvo un chi-cuadrado calculado de 2,174 que es inferior al valor crítico de la tabla de distribución de chi-cuadrado (5,991), por tanto no existe relación de dependencia entre ambas variables en estudio.

TABLA 4**ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTIGMA Y EL SEXO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.**

SEXO	PRESENCIA DE ESTIGMA				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
Masculino	44	27,84%	114	72,52%	158	100%
Femenino	38	41,75%	53	58,25%	91	100%
TOTAL	82	32,9%	167	67,1%	249	100%

Prueba de chi-cuadrado

	valor	gl	Sig. Estadística
Chi- cuadrado de Pearson	20,28	1	0,025

En la **tabla 4** se observa que el personal asistencial con mayor estigma sobre el paciente psiquiátrico son de sexo femenino con un 41,75% y el 27,84% son de sexo masculino. Al establecer la relación entre el sexo y la presencia de estigma, se obtuvo un chi-cuadrado calculado de 20,28 que es superior al valor crítico de la tabla de distribución de chi-cuadrado (3,84), por lo tanto existe relación de dependencia entre ambas variables en estudio.

TABLA 5

ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTIGMA Y LA OCUPACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

OCUPACIÓN	PRESENCIA DE ESTIGMA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Médico	23	27,38%	61	72,62%	84	100%
Enfermera (o)	29	32,58%	60	67,42%	89	100%
Técnico asistencial	20	26,31%	56	73,69%	76	100%
TOTAL	82	32,9%	167	67,1%	249	100%

Prueba de chi-cuadrado

	valor	gl	Sig. Estadística
Chi- cuadrado de Pearson	12,43	2	0,003

En la **tabla 5** se observa que el personal asistencial que presenta mayor estigma sobre el paciente psiquiátrico es el personal de enfermería 32,58% en tanto que los médicos tienen un 27,38% de estigma sobre el paciente con patología psiquiátrica. Al establecer la relación entre la ocupación y la presencia de estigma, se obtuvo un chi-cuadrado calculado de 12,43 que es superior al valor crítico de la tabla de distribución de chi-cuadrado (5,991), por lo tanto existe relación de dependencia entre ambas variables en estudio.

TABLA 6

ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTIGMA Y LA RELIGIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2016.

RELIGIÓN	PRESENCIA DE ESTIGMA				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Si práctica	68	33,66%	134	66,34%	202	100%
No práctica	14	29,78%	33	70,22%	47	100%
TOTAL	82	32,9%	167	67,1%	249	100%

Prueba de chi-cuadrado

	valor	gl	Sig. Estadística
Chi- cuadrado de Pearson	0,258	1	0,611

En la **tabla 6** se observa que el personal asistencial que practica algún tipo de religión presenta estigma sobre paciente psiquiátrico con 33,66% y los que no practican ninguna religión 29,78%. Al establecer la relación entre la práctica de religión y la presencia de estigma, se obtuvo un chi-cuadrado calculado de 0,258 que es inferior al valor crítico de la tabla de distribución de chi-cuadrado (3,841), por lo tanto no existe relación de dependencia entre ambas variables en estudio.

DISCUSIÓN

La salud mental es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de enfermedades; y en el 2020 serán responsables del 15% del total de los años de vida perdidos por discapacidad. (3)

En el Perú se realiza poca investigación sobre el estigma social de la enfermedad mental, una de las barreras puede ser el interés mínimo que se tiene en esta área y a la falta de existencia de instrumentos en nuestro contexto que sean comparables con los que se utilizan en otros países. El hecho de haber realizado el presente estudio con la escala CAMI, en el cual se determinó un alfa de Cronbach de 0,841 Autoritarismo, 0,832 Benevolencia, Restricción social 0,861 y Percepción de la salud mental en la comunidad 0,812 (Anexo 03) demostrando una fuerte fiabilidad, permitirá que se pueda seguir investigando en este tema a nivel nacional y de igual manera, facilite compararnos con otros estudios a nivel internacional.

El estigma de las personas aquejadas de enfermedades mentales acaba afectando a su tratamiento, debido en parte, por las actitudes negativas que presenta el colectivo de profesionales sanitarios. (2) Por ello, el objetivo principal de esta investigación fue determinar la prevalencia y factores asociados al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

En base a los resultados obtenidos mediante la realización de este estudio se logró demostrar que un 32,9% del personal asistencial presenta estigma sobre el paciente psiquiátrico siendo la percepción de la salud mental la que tiene mayor influencia, lo cual supone un porcentaje significativo, en comparación con el estudio de Amaya y colaboradores en el 2011 en el cual el porcentaje del personal asistencial que presenta estigma hacia los pacientes con patología psiquiátrica fue de 24% (5). De igual manera, Polanco y colaboradores en el 2013 demostraron que los profesionales de la salud presentan un 15,1% de estigma y en general no están exentos de estigmatizar a los pacientes con los que trabajan. (7)

En este estudio, se analizó la relación entre la edad y la presencia de estigma, obteniéndose un chi-cuadrado de 2, 174 que es inferior al valor crítico de la tabla

de distribución de chi-cuadrado (5,991) con $p = 0,673$ ($p > 0,05$), por tanto no existe relación de dependencia entre ambas variables. En contraste con el estudio llevado a cabo por Moreno y colaboradores en el 2014, en el cual la edad si se asocia estadísticamente con la presencia de estigma, siendo las personas mayores de 35 años con menor estigma ($p < 0,05$). (18) Coincide con el estudio de Andrade-Loch y colaboradores, que determinaron que la mayor edad se correlaciona con los estereotipos positivos y menos prejuicios ($p = 0,012$). (8)

Así mismo, se analizó la relación entre la presencia de estigma y el género, demostrando que el personal asistencial con mayor estigma sobre el paciente psiquiátrico son de sexo femenino con un 41,75% ($p = 0,025$), resultado que difiere con el estudio de Moreno y colaboradores, en el cual se encontró diferencias significativas entre sexos en referencia a las actitudes estigmatizantes siendo los hombres los que tienden a exhibir actitudes más estigmatizantes 54,97% ($p = 0,006$). (18) Condordando con el trabajo realizado por Polanco y colaboradores en el cual se observó que los varones reportaron niveles más altos de estigma ($p = 0,047$)(7) y Ochoa et al en 2015 que determinaron que el estigma hacia la enfermedad mental es diferente en función del género, encontrando que los hombres tienen conductas más estigmatizadoras que las mujeres, especialmente en aquellos ítems que están más relacionados con el autoritarismo. (6) Se sugiere que las mujeres son más positivas y más abiertas a la integración de las personas con una enfermedad mental pero a la vez también muestran conductas de miedo y de evitación.

Al analizar la relación entre la presencia de estigma y la ocupación del personal que labora en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, se observó que el personal asistencial que presenta mayor estigma sobre el paciente psiquiátrico es el personal de enfermería 32,5% en tanto que los médicos tienen un 27,3% de estigma sobre el paciente con patología psiquiátrica. Estos datos coinciden con los resultados de Amaya y colaboradores, quienes encontraron que el personal de enfermería presenta mayor estigma hacia el paciente con patología psiquiátrica con 62%.

Finalmente, en el presente estudio se analizó la relación entre la práctica de religión y la presencia de estigma, obteniéndose un chi-cuadrado de 0,258 que es inferior al valor crítico de la tabla de distribución de chi-cuadrado (3,841) con $p = 0,611$, por tanto no existe relación de dependencia entre ambas variables.

CAPÍTULO 7:

CONCLUSIONES

- La frecuencia del estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna 2016 fue de 32,9%.
- Se encontró que el género y la ocupación se asocian al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.
- Se encontró que tanto la edad como la práctica de religión no están asociadas estadísticamente al estigma sobre pacientes psiquiátricos por personal asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

CAPÍTULO 8:

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna realizar un programa de salud fomentando actividades de cuidados de la salud mental y concientización acerca del estigma sobre el paciente con patología psiquiátrica en el personal asistencial que labora en dicha institución con el objetivo de reducir el estigma.
- Se recomienda la ejecución de estudios en otros hospitales de la región para comparar frecuencias e identificar otras características asociadas al estigma sobre pacientes con enfermedades mentales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: OMS.
- 2.-Rondón M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2006; 23 (4): 237-38.
- 3.-Corrigan, Patrick. Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*. 2002.
- 4.-Fiestas Saldarriaga, Fabián et al. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. Instituto Nacional de Salud. Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, Centro Nacional de Salud Pública. Diciembre, 2012. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Resumen%20Ejecutivo%202012%20-%202011_%20PREVALENCIA%20DE%20VIDA%20Y%20EDAD%20DE%20INCICIO%20DE%20TRASTORNOS%20PSIQUI%C3%81TRICOS%20EN%20EL%20PER%C3%9A%20URBANO.pdf
- 5.-Amaya, Jessica. Estigma sobre pacientes con patología psiquiátrica por familiares de pacientes y personal asistencial del Hospital Policlínico Arce, Mayo a Noviembre 2011. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJzfKFscnKAhXkkIMKHVL8ChIQFgggMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.ues.edu.sv%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D588%26Itemid%3D85&usq=AFQjCNFk8ktuVLwzqiiEKpGTjPRYYx5ihw&sig2=OFsH2XPgl1VUELnEQZqx8Q&bvm=bv.112766941,d.cWw
- 6.-Ochoa, Susana et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Rev Psiquiatr Salud Ment Barcelona*. 2015. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=0&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=0&accion=L&origen=zonadetectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1888-9891\(15\)00047-6.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=0&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=0&accion=L&origen=zonadetectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1888-9891(15)00047-6.pdf&eop=1&early=si)
- 7.- Polanco-Frontera, Norika et al. Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad* vol.4 no.3 Antofagasta 2013. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-74752013000300003&script=sci_arttext&tlng=es

8.- Andrade-Loch, Alexandre et al. O estigma atribuido pelos psiquiatras aos individuos com esquizofrenia. Rev. Psiquiatr. Clin vol.38 no.38 Sao Paulo 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000500001&script=sci_arttext

9.- Uribe Restrepo M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Universidad Médica 2007. VOL. 48 N° 3 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>

10.- Zárate, Carolina et al. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. Rev Chil Neuro-psiquiat 2006; 44 (3): 205-214. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300006

11.- Castro-Cuba, Pedro et al. Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de paccintes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta méd. Peruana vol.30 no.2 Lima abr./jun.2013 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000200003&script=sci_arttext

12.- Kaplan y Sadock. Psiquiatria clínica Manual de bolsillo. Wolters Kluwer 5° Edición España 2012 pp. 1

13.- León Castro, Hector. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VI N° 1 Enero-Junio 2005, pp 33-42. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4%20ESTIGMA%20Y%20ENFERMEDAD%20MENTAL.pdf>

14.- Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1° ed. Madrid. Editorial Complutense. 2009.

15.- Arnaiz A, Uriarte J. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. N° 26. 2006. Pg 49-59

16.- Sánchez L E, Arboleda F J, Cardona G A, Córdoba S A, Ibañez M, Pérez I, Ruiz A, Vallejo A. Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia. Universidad del Rosario. Bogotá. 2010.

17.- Duncan Perdersen. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol. VI N° 1 Enero-Junio 2005. Pp 3-14.

18.- Moreno Ana María et al. Diferencias de la población en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. Psychology, Society Education. Vol.6, N1 España 2014 pp17-26 Disponible en: <http://www.psyse.org/articulos/moreno.pdf>

19.- Raheb-Vidal. Clasificación en Paidopsiquiatria. Conceptos y Enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, Cie-10. Universidad autónoma de Barcelona 2007-2009 Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/clasificacion_cie_dsm_iv.pdf

20.- Fuentes et al. Nueva clasificación de los trastornos mentales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Órgano oficial de la Sociedad Chilena de Neurología. Vol 52 N1 Chile 2014 disponible en: http://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL ASISTENCIAL

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____
Femenino: _____
3. Estado civil: Soltero _____ Casado _____
Conviviente _____ Viudo _____
Divorciado _____
4. Ocupación: Médico _____
Enfermera(o) _____
Técnico asistencial _____
5. Religión: Si practica _____
No practica _____

ANEXO 02

ESCALA CAMI (*Community attitudes Toward mentally Illness*)

AUTORITARISMO

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Una de las principales causas de enfermedad mental es la falta de disciplina y falta de voluntad.					
2. La mejor manera de manejar a un enfermo mental es encerrarlo bajo llave.					
3. Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de personas normales.					
4. En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado.					
5. Pacientes con enfermedades mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño.					
6. Una enfermedad mental es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad.					
7. El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social.					
8. Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales.					
9. Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales.					
10. Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental.					

BENEVOLENCIA

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla.					
2. Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales					
3. Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad.					
4. Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados.					
5. Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible.					
6. Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía.					
7. Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad.					
8. El gasto público en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero.					
9. Existen suficientes servicios de salud mental.					
10. Es mejor evadir a las personas con problemas mentales					

RESTRICCIÓN SOCIAL

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental.					
2. El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad.					
3. Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado.					
4. No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente.					
5. Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluido para realizar trabajos públicos.					
6. No se le deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales.					
7. Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal.					
8. Nadie tiene derecho de excluir a los enfermos mentales de su vecindario.					
9. Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone.					
10. Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras.					

PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local.					
2. La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de comunidad.					
3. Los servicios de salud mental deberían ser otorgados con facilidad en cada comunidad.					
4. El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio.					
5. Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales.					
6. Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales.					
7. Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios.					
8. El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad.					
9. Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales.					
10. El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio.					

ANEXO 03

ALFA DE CRONBACH DE LA ESCALA CAMI (*Community attitudes Toward mentally Illness*)

	Alfa de Cronbach	N de elementos
AUTORITARISMO	0,841	10
BENEVOLENCIA	0,832	10
RESTRICCIÓN SOCIAL	0,812	10
PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD	0,861	10

TOTAL: 0,857

Escala de Valoración

0 – 0,01	No es confiable
0,02 – 0,49	Baja confiabilidad
0,50 – 0,75	Moderada confiabilidad
0,76 – 0,89	Fuerte confiabilidad

ANEXO 04

MEDIA DE PUNTUACIONES EN CADA ÍTEM DE LA ESCALA CAMI

Estadísticas de ítem

	Media	Desviación estándar
1. Una de las principales causas de enfermedad mental es la falta de disciplina y falta de voluntad.	2,31727	1,149922
2. La mejor manera de manejar a un enfermo mental es al encerrarlo bajo llave.	1,39357	,551500
3. Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de personas normales.	3,34940	1,059904
4. En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado.	2,88755	1,101413
5. Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño.	2,73092	1,189626
6. Una enfermedad mental es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad.	3,00000	1,298262
7. El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social.	4,18072	1,137462
8. Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales.	2,61446	1,223078
9. Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales.	2,72289	1,099632
10. Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental.	3,48594	1,066727
1. Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla.	3,82731	,888035
2. Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales.	4,32530	,655776
3. Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad.	4,32932	,542530
4. Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados.	3,88755	,886392
5. Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible.	4,32129	,684792
6. Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía.	1,82731	,910455
7. Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad.	2,23695	,981728

8. El gasto fiscal en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero.	1,82731	,812141
9. Existen suficientes servicios de salud mental.	2,12450	,990154
10. Es mejor evadir a las personas con problemas mentales.	1,93173	,706649
1. No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental.	2,87149	1,088591
2. El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad.	1,89157	,772700
3. Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado.	2,42169	,872341
4. No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente.	2,28916	,850002
5. Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluido para realizar trabajos públicos.	2,32129	1,036233
6. No se le deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales.	3,96787	,999482
7. Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal.	4,11245	,715191
8. Nadie tiene derecho de excluir a los enfermos mentales de su vecindario.	4,18072	,709576
9. Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone.	3,48193	,889383
10. Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras.	2,57430	,973180
1. Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local.	3,65462	,889675
2. La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de comunidad.	3,95181	,600476
3. Los servicios de salud mental deberían ser otorgados mediante facilidades entregadas en cada comunidad.	4,13655	,558503
4. El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio.	3,55422	,940826
5. Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales.	3,71888	,666966
6. Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales.	2,67068	1,010022

7. Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios.	2,59839	,911042
8. El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad.	2,78715	,991331
9. Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales.	2,54217	,879441
10. El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio.	2,12450	,801059

ANEXO 05

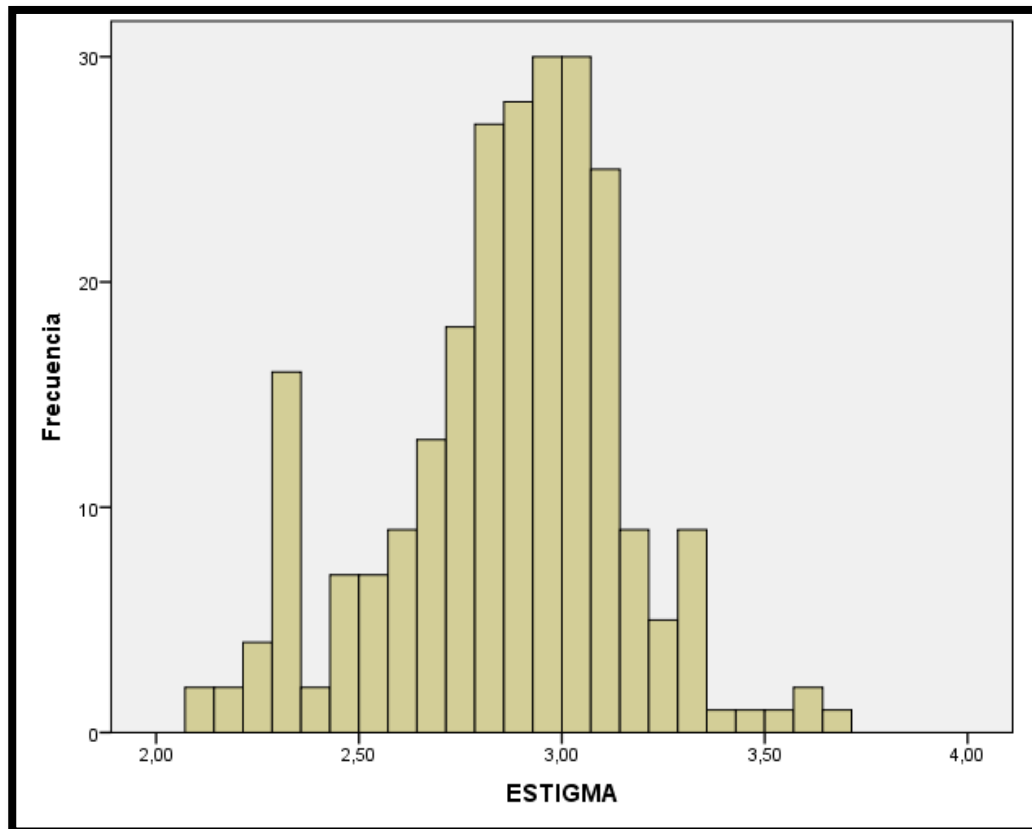
MEDIA DE PUNTUACIONES DE CADA DIMENSION DE LA ESCALA CAMI

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
Autoritarismo	249	28,6827	4,47301
Benevolencia	249	30,6386	3,09752
Restricción social	249	30,1124	3,30984
Percepción de la salud mental de la comunidad	249	31,7390	2,87090
N válido (por lista)	249		

ANEXO 06

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA ESCALA CAMI



Media = 3,03

Desviación estándar = 0,225

N =249