

Propuesta de Grado

Relación Entre la Actitud Hacia los Trastornos Mentales y las Características Psicosociales en Personal Asistencial de la Clínica la Misericordia de la Ciudad de Cartagena

Yulieth Muñoz, Alexandra González, Tatiana Chacón

Universidad del Sinú

Facultad de Ciencias Humanas

Psicología

Cartagena de Indias, 2017

Relación entre la Actitud Hacia los Trastornos Mentales y las Características Psicosociales en Personal Asistencial de la Clínica la Misericordia

Planteamiento del Problema

Según Allport (1935) la actitud es el estado de preparación o disposición mental o psicológica y neutral, que se organiza a través de la experiencia y que influye en la respuesta del sujeto, mientras que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (2013), define un trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. En ese orden de ideas se puede decir que la actitud hacia los trastornos mentales es aquel estado del pensamiento que está determinado por la información o la experiencia que se tiene acerca de ellos o hacia alguien que lo padece que influye en la manera de comportarse, tanto personal como colectivamente frente a este tipo de enfermedades.

Por otro lado, debido a que en el marco de este estudio se maneja también la variable de características psicosociales, es necesario tener en cuenta, para la definición de estas, que los aspectos sociales del ser humano son definidos por Bronfenbrenner (1987) mediante una perspectiva ecológica, en la que reconoce diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro y los denomina el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad (Bronfenbrener, 1987). Por lo tanto, las variables psicosociales pueden definirse como aquel conjunto de características que identifican a una población en donde se incluyen, principalmente, su dimensión de desarrollo, la estructura de sus sistemas, el nivel de evolución personal dentro de esos sistemas y como está conformado su ambiente.

La conjugación de estas variables dentro del marco de una investigación siguen siendo factores que determinan los avances en cuanto a la atención de los trastornos mentales y es de ahí de donde deriva su importancia. En un estudio realizado en México con pacientes que padecen esquizofrenia y con sus familiares, en el que se buscaba conocer las principales necesidades clínicas y sociales a las que se enfrentan estos grupos y que se desarrolló a través de una investigación cualitativa a partir de grupos de discusión para cada unidad de estudio, se encontró que los familiares son maltratados y discriminados tanto por el personal de los servicios de salud general como por los de salud mental, resultado que confirmó las diferentes dificultades a nivel de actitud hacia personas con trastornos mentales, incluso en el área de la salud (Rascón y Valencia, 2010).

En Colombia también se han realizado publicaciones que enmarcan esta temática y que de alguna forma han buscado identificar factores que influyen en la atención de los enfermos mentales, un ejemplo de ello es un artículo publicado por la revista semana donde se hizo énfasis en los retos que tenía que afrontar el sistema de salud colombiano para atender al 15% de personas con trastorno depresivo, otro 15% con trastornos de ansiedad, el poco más del 10% de víctimas del conflicto armado, el 1% con esquizofrenia y el 0,5% con trastorno

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

afectivo bipolar, (mencionando solo a los que están registrados). Es un gran reto, contrastándolo con la escasez de psiquiatras, enfermeras especializadas, psicólogos y trabajadores sociales; el sub registro y los mitos que rodean la enfermedad mental como algunos de los problemas que enfrentan los pacientes en Colombia (Anónimo, 2013). Esta escasez de profesionales especializados se ha presentado aunque en Colombia las ciencias de la salud y ciencias sociales y humanas eran áreas bastantes escogidas por las personas que entraban a la universidad, esto puede evidenciarse en un estudio realizado por el ministerio de educación nacional en el año 2011, donde se describió la cantidad de egresados de educación superior que hubo desde el año 2001 hasta el año 2010. Los resultados arrojaron que el área de ciencias sociales y humanas se ubicó dentro de las 5 áreas en las que se graduaron más personas en dicho periodo de tiempo con un porcentaje de 19,3% y además, fue el segundo programa con mayor incremento de egresados año por año desde 2001 a 2010 con un porcentaje de 136,4%. En ciencias de la salud, se encontró un porcentaje de egresados de 9,0% lo cual hace referencia a un total de 147.718 egresados durante el periodo estudiado (Ministerio de Salud, 2011). Estos aspectos, evidencia la actitud que estaban teniendo los profesionales ante la idea de tratar con enfermos mentales y además el nivel de importancia que perciben estos frente a una salud mental adecuada dentro de la sociedad, así como la actitud de indiferencia frente al apoyo que necesitan las personas que lo padecen.

La situación evidenciada en los estudios anteriores se ha presentado a pesar de la prevalencia de los trastornos mentales, la cual ha sido descrita a través de varias investigaciones dentro de las cuales se encuentra la realizada por la Organización Mundial de la Salud (2002), donde se planteó que una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufría en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental, que en ese

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

momento había 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo, además, que los problemas de salud mental constituían cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial y que los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Estos datos fueron reconfirmados en estudios más recientes, un ejemplo de ellos es el proyecto epidemiológico de la Escuela Superior de Estudios Médicos (2012), donde se estimó que un 38,2% de la población de la Unión Europea padece alguna forma de enfermedad mental cada año. De la misma manera, en Colombia, también mediante una encuesta de salud mental realizada en el 2015 se comprobó que, la prevalencia de los trastornos mentales de tipo depresivo, bipolar, ansiedad generalizada, distímico, fobia social y de pánico es de un 9,1%, tienen una prevalencia en los hombres de 8,2% y en las mujeres de 10,1%. Doce meses después de estos resultados, se encontró que la prevalencia es del 4%, con una distribución por sexo del 3,2% para los hombres y el 4,8% para las mujeres. Igualmente mediante una publicación que realizó la OMS (2016) se estableció que los trastornos mentales comunes se encontraban en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial estaba afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. También se estableció que este aumento pudo deberse a las emergencias humanitarias y los conflictos. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad, hecho que aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas y a su vez las necesidades de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

capacitación, sensibilización y promoción del cambio de actitud hacia los trastornos mentales.

Llegando a este punto, conviene describir que ha pasado en Colombia en términos del panorama legal en cuanto al tratamiento de enfermos mentales. Para ello se toma como referente un estudio realizado por Arango, Rojas y Moreno (2008) donde plantearon que a pesar de que los términos generales de la ley 100 de 1993 de seguridad social integral de Colombia, señalaban los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad, la realidad en ese momento había mostrado una limitación de la prestación de los servicios y pocos recursos destinados a los programas de salud mental, dichos programas en muchos sitios pasaban a incluirse dentro de los planes de atención básica, dejando de lado la atención especializada debido a que se reducían los tratamientos a manejo de crisis, sin seguimiento en personas con recursos económicos escasos, además, con frecuencia se observaba una ausencia de apoyo a las familias y continuidad en el tratamiento.

Luego de aproximadamente 24 años, en Colombia volvió a surgir una ley encaminada a la atención de los trastornos mentales, esta ley surgió el 21 de enero de 2013 y se denominó la ley 1616, la cual podría ser considerada una de las más importantes hasta el momento en cuanto a salud mental se refiere. Por medio de esta, se expide la ley de salud mental especificando en el artículo 1 que el objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud. Además en el artículo 2 se especifican los ámbitos donde debe ser aplicada y se hace hincapié en que los sitios pertenecientes a estos ámbitos deben educarse de manera adecuada para la atención de problemáticas psicológicas. Si bien esta ley fue un gran

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

paso para el reconocimiento de la importancia que tiene la atención de los trastornos mentales y el derecho que tienen todas las personas de tener salud mental, el hecho de que apareció hace solo 4 años, es una muestra del descuido que se había tenido a los problemas de salud mental y más aun a su atención, teniendo en cuenta que el estudio de los trastornos mentales no es reciente y que la prevalencia de estos es amplia. Igualmente, la falta de ley durante tantos años y el no cumplimiento de estas, demuestra el poco nivel de importancia que se le había dado y se le sigue dando a los trastornos mentales y a los pacientes que los padecen por parte de las personas encargadas de la legislación nacional, del gobierno y de todo el estado en general.

Sin embargo, a la prevalencia, a los aspectos legales, a los mitos, entre otros, se suma otro aspecto de mucha relevancia e importancia. Este aspecto es el poco registro de los enfermos producto de la vergüenza que sienten estos y sus familiares por la estigmatización presente en la sociedad, lo cual afecta directamente la atención, ya que son pocos los que acuden a una ayuda y de los que se tiene conocimiento. Además, también es igual de importante la poca aplicación de esta ley en algunas partes de Colombia, teniendo en cuenta que en ciudades como Cartagena solo ha existido una sola institución pública para la atención de trastornos mentales.

Estas actitudes, indiscutiblemente afectan la humanización y calidad de la atención hacia las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, aun cuando estos factores son considerados un requisito primordial en la atención a cualquier tipo de enfermedad en Colombia, tal y como lo muestra un anexo técnico elaborado por el ministerio de salud en donde el principal objetivo es valorar, analizar y abordar la situación de calidad y humanización de la atención, buscando gestionar cambios favorables en este proceso para el

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

logro de resultados en el mejoramiento de la salud. En este documento se considera la calidad y humanización como la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención de cualquier individuo, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo (Ministerio de Salud, 2014). Es decir, el cumplimiento de una atención humanizada y de calidad no es una opción que tienen las organizaciones para prestar el servicio de atención a enfermedades físicas y mentales, es una obligación y un requisito legal, y que además están siendo evaluados por el ministerio de salud, debido a que se consideran factores que influyen y determinan el logro de mejores resultados en la salud de los pacientes. Dichos factores determinantes, primordiales y obligatorios se pueden lograr siempre y cuando se sigan unos parámetros actitudinales y de comportamiento que según Mayeroff y Watson, (1971) Citados por Quintero (2001) deben estar determinados por el firme propósito de promover el crecimiento y la salud facilitando el bienestar, con actitudes que manifiesten el respeto a la dignidad, apoyando la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las limitaciones y circunstancias de enfermedad; asegura además, que el cuidador debe ser capaz de sentir, desde adentro, lo que la otra persona siente y determinar lo que requiere para crecer, debe ser amable, responsable, tener empatía y brindar una buena atención.

Se estableció que en Cartagena no existe una actualización reciente de la prevalencia de los trastornos mentales que este publicada, teniendo en cuenta que estas pueden estar depositadas en las entidades correspondientes y no posee facilidad de acceso, lo cual está limitando la posibilidad de obtener información útil para las personas a cerca del estado de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

esta problemática en la ciudad. Además, en Cartagena actualmente no existe ningún estudio relacionado directamente con la actitud que tienen las personas del área de la salud y ciencias sociales y humanas y fuera de estas a cerca de los trastornos mentales, por ellos, este estudio está encaminado a la población institucional de la Clínica la Misericordia, la cual pertenece a la fundación Simón Santander encargada de brindar servicios de atención integral y neurociencias a pacientes con diferentes trastornos mentales, con una trayectoria de 8 años en Cartagena. La Clínica la Misericordia es una unidad terapéutica de corta, media y larga estancia para la observación y diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, trastornos psicológicos, tratamiento bio-psicosocial (psiquiátrico y psicológico) y tratamientos mediante servicios de atención integral y neurociencias a sus pacientes de enfermedades agudas o crónicas, en régimen de estancia abierta o cerrada con programas terapéuticos especializados. En ella Actualmente se encuentran laborando 70 profesionales del área de la salud, de los cuales 9 son jefes de enfermería, 46 son auxiliares de enfermería, 9 más son psiquiatras y 6 son médicos generales. Igualmente, se encuentran 5 profesionales del área de ciencias sociales y humanas, de los cuales 3 son psicólogos y 2 son trabajadores sociales.

Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la actitud hacia los trastornos mentales y las características psicosociales en personal asistencial del área de la salud y ciencias sociales y humanas de la Clínica la Misericordia?

Delimitación del Problema

La actitud ha sido definida por diferentes autores a lo largo de los años, y se puede considerar como un estado psicológico que se construye mediante los esquemas organizados

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

a partir de la experiencia y el contacto con el estímulo que se está percibiendo, al cual se responderá de una manera u otra dependiendo de ese estado psicológico creado con anterioridad (Allport, 1935). Esta variable y constructo teórico es considerada la más importante dentro de esta investigación, teniendo en cuenta que esta es direccionada a los trastornos mentales. Esta investigación se llevará a cabo dentro de una institución privada llamada Clínica la Misericordia, la cual está ubicada en la Ciudad de Cartagena y que está dedicada a la atención de pacientes que padecen algún tipo de enfermedad mental. El proceso, se llevará a cabo en un periodo de tiempo comprendido entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2017.

Objetivos

Objetivo general

Describir la relación entre la actitud hacia los trastornos mentales y las características psicosociales en personal asistencial del área de la salud y ciencias sociales y humanas de la Clínica la Misericordia.

Objetivos Específicos

Identificar las características psicosociales del personal asistencial de la clínica la misericordia a través de un cuestionario de caracterización.

Describir la actitud del personal hacia los trastornos mentales mediante la aplicación del cuestionario Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Relacionar la actitud hacia los trastornos mentales con la características psicosociales en el personal asistencial del área de la salud y ciencias sociales y humanas de la clínica la Misericordia

Justificación

Teniendo en cuenta la relevancia que tiene brindar una buena atención a las personas que padecen algún trastorno mental se consideró importante y oportuno realizar un estudio que fuese encaminado al estado de la actitud hacia los trastornos mentales dentro de un entorno especializado en salud mental, donde se realizan procesos de observación y diagnóstico de enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos así como tratamientos bio-psicosociales mediante servicios de atención integral y neurociencias, con el fin de entender a través de la aplicación del cuestionario escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales cual es la actitud que tiene el personal del área de la salud y ciencias sociales y humanas frente a los trastornos o enfermedades mentales y, con la aplicación de un cuestionario de caracterización, establecer cuáles podrían ser las características psicosociales que posiblemente están influyendo en dicha actitud.

A través de este estudio se busca la obtención de información útil que aporte los factores o condiciones que están incidiendo en la actitud del personal (profesión, nivel de educación, entorno social en el que crecieron, años laborando con personas con trastornos mentales, entre otros) frente a las personas que padecen trastornos mentales, y así, este estudio brinde información para el establecimiento de estrategias que ayuden al desarrollo de un proceso de trasmisión de conocimiento, sensibilización y formación integral lo cual puede ser a través de capacitaciones y diferentes mecanismos que sean dirigidos a la población en cuanto a las enfermedades mentales, además de actividades que ayuden al adecuado afrontamiento por

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

parte de los cuidadores hacia factores psicológicos, sociales y personales que posiblemente estén influyendo en su actitud hacia los enfermos mentales, teniendo en cuenta que las personas que lo padecen poseen los mismos derechos.

Además, las estrategias que posiblemente desarrolle, ya sea la clínica o cualquier otra entidad, puede mejorar la atención prestada por el personal de la institución, haciendo de esta un proceso humanizado que, a través del cambio de las posibles actitudes inadecuadas, se brinde una atención con base a los aspectos éticos y humanitarios y de esta manera se promueva un trato digno para sus pacientes, ya que, la calidad y humanización de la atención en cualquier entidad que preste servicios de salud es un requisito legal y que está siendo estudiado por las entidades correspondientes como una estrategia para el mejoramiento de los procesos de atención y logro de resultados en la salud de los pacientes. Es decir este estudio, pretende otorgar el primer paso a un proceso que permitirá mejorar la calidad de la atención que puede estar siendo influenciada por la actitud del personal y de esta forma la organización pueda cumplir con los parámetros y requisitos éticos y legales.

Igualmente, a través del conocimiento de las características psicosociales se puede obtener la delimitación de las partes de la población que pueden estar necesitando mayor información y sensibilización. Por otro lado es importante para la población escogida, debido a los grandes avances que se pueden obtener en su atención y en la forma como enfrentan las diversas dificultades que pueden presentarse a raíz de la interacción o trato con personas que padecen una enfermedad mental, además que ayudara a la reducción de posibles emociones y sentimientos negativos que puede estar presentando el personal al relacionarse con pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental, que a su vez servirá para mejorar la dinámica laboral que puede estar siendo afectada.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Así mismo, se puede afirmar que los mayormente beneficiados en esta investigación, pueden ser las personas con trastornos mentales que estén dentro de esta institución y las que estarán en un futuro, puesto que obtendrán una mejor atención e incluso un mejor tratamiento, disminuyendo los sentimientos negativos que pueden estar experimentando debido a la estigmatización social que esta fuera y posiblemente este también dentro de la clínica.

Además la línea de investigación de la Universidad del Sinú Seccional Cartagena, sociedad y conflicto, se verá beneficiada con el aumento del impacto social a través de un aporte hacia el primer paso para desarrollar estrategias que posibiliten un cambio en la actitud y por ende en la atención hacia las personas con trastornos mentales, igualmente, puede obtener aportes en el cuerpo de conocimiento de la Universidad, así como información que sirva para el avance de la formación de futuros profesionales de la salud y de ciencias sociales y humanas.

Cabe mencionar que a través de estudios realizados por el ministerio de educación se estableció que las carreras con mayores egresados, desde el año 2001 al 2010, son las del área de la salud y ciencias sociales y humanas, lo cual demuestra la demanda que tienen estas y la cantidad de personas que se pueden considerar potenciales cuidadores y que pueden llegar a tratar con pacientes que padecen trastornos mentales debido a sus profesiones, en otras palabras, la cantidad de personas que deben tener sensibilidad hacia estas y conocimiento de cómo actuar frente a ellas. (Ministerio de Educación, 2011)

También se busca ser el punto de referencia para posibles investigaciones que establezcan las características psicosociales que están incidiendo en la actitud frente a los trastornos mentales en poblaciones mucho más amplias y significativas, que a su vez servirán de base

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

para proyectos en el mejoramiento de la atención y la priorización de personas con características socioeconómicas específicas que actualmente están siendo dejadas de lado en el tratamiento, debido a la no existencia de una verdadera salud mental comunitaria, además, si estas posibles investigaciones se hacen en pro de la intervención a la actitud, se establecerá cual es la población más afectada, y se dirigirá dicha intervención a esa población específica, lo que a su vez podría aportar al bajo registro existente de enfermos mentales y a la búsqueda de ayuda por personas que aún no conocen su condición.

Antecedentes

Tal y como lo afirman Zárata, Ceballos, Contardo y Florenzano (2006) a lo largo de los siglos las sociedades han luchado con el impacto de las enfermedades mentales, siendo comunes las actitudes de rechazo y evasión. Sociedades como las occidentales han ligado las ideas de moral y virtud con la salud y la razón, así como culturas previas unían locura con imágenes demoníacas, perversas, promiscuas y pecaminosas. Actualmente, pese a todos los cambios y avances que se han presentado a nivel mundial, algunos estudios han demostrado que los enfermos mentales siguen siendo estigmatizados como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano.

Dentro de los países que más han investigado acerca del tema de la actitud hacia los trastornos mentales se encuentra España, donde en el 2005 se realizó una investigación cuyo objetivo era conocer la opinión de los médicos de atención primaria sobre la demanda asistencial en salud mental, sus necesidades de formación y actitudes ante dichos trastornos. En este estudio, utilizando un cuestionario autorellenable, se pudo concluir que la mayoría de la población considera que los trastornos mentales están relacionados con, al menos, el 20% de las consultas, también se concluyó que la mayoría opina que debería haber mayor

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

formación específica en Salud Mental y mayor coordinación con los servicios especializados. Por otro lado, en cuanto a la actitud, la gran mayoría opino que no pueden hacerse cargo de la demanda de pacientes existentes. Es decir, este estudio demostró que esta población de médicos de atención primaria eran conscientes de la prevalencia que existía de los trastornos mentales (por lo menos en su lugar de trabajo) y además consideraban que no estaban capacitados, informados o entrenados para poder atender la cantidad de pacientes con trastornos mentales que ingresan a su lugar de trabajo (Latorre, López, Montañés y Parra, 2005).

Mientras tanto, en Colombia, Gómez (2005), realizó un estudio donde se evaluó el conocimiento existente sobre los trastornos depresivos en médicos de atención primaria y el efecto en el conocimiento de una intervención educativa para mejorar el reconocimiento y manejo de la depresión en estos médicos de la ciudad de Bogotá. A través de este estudio se concluyó que en el grupo de médicos de atención primaria evaluados existía un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos, el cual disminuyó con la intervención educativa realizada, observándose también efectos dentro del manejo hacia el trastorno; lo que demostró que dicha intervención educativa resultó útil para la disminución de la desinformación en cuanto a los trastornos mentales en esta población.

Colombia no ha sido el único país de América del sur interesado en este tipo de temáticas, en Chile también se han realizado investigaciones que han aportado al estudio de la actitud de personas del área de la salud frente a los trastornos mentales. Un ejemplo de ello fue un estudio realizado por Zárate, Ceballos, Contardo y Florenzano (2006) quienes realizaron un muestreo en base a la encuesta CAMI III (Community Attitudes Towardmentally III) el cual se le aplicó a los profesionales de la salud y a la población en general, con el objetivo de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

estudiar si existían diferencias hacia la percepción de los enfermos y si conocen o no a un enfermo mental. A partir de dicho estudio se estableció que al trabajar en el área de la salud, al igual que el conocer a un enfermo mental, se relacionan con una menor estigmatización con los enfermos mentales.

Sin embargo, a pesar de los resultados de la anterior investigación, en un estudio de revisión realizado en el año 2008 en México, acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones se manejó la siguiente hipótesis:

En Psiquiatría es muy común que se oculte la desinformación y la alteración de los hechos, a lo cual se adiciona la visión imprevisible y caprichosa de los complejos asuntos de los cuales se encarga. En buena parte, ello ocurre con el curso y participación del proceso técnico, que en muchas ocasiones no fija su mirada en dispar las dudas, reflexiones y conclusiones inadecuadas a las que llegan las personas respecto del proceder profesional y su objetivo, cuando deberían por el contrario reparar en los asuntos educativos de los pacientes y sus familiares, (Souza, Machorro y Moreno, 2008).

En este mismo informe Souza, Machorro y Moreno (2008) recomiendan que dentro de la actividad profesional se debe considerar educar a los pacientes con un referente que les sirva de guía para el manejo de sus problemas de salud para coadyuvar a resolver estas limitaciones que obstaculizan la buena atención de la salud social de la comunidad. Lo cual está directamente relacionado con la información que posee la sociedad en general a cerca de los trastornos mentales.

En este mismo año, nuevamente se realizó en Colombia, una investigación dirigida a esta temática. Dicho estudio, llevado a cabo por Augusto, Davila, Rojas, Moreno (2008) consistió

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

en una revisión donde se planteó un panorama epidemiológico y social a través de un análisis multifactorial de aspectos relacionados con la enfermedad mental, como la pobreza, la violencia, la fármaco dependencia y los desastres naturales, posteriormente se examinaron las necesidades en psiquiatría y salud mental con el fin de confrontarlas con el primer punto, para finalizar se evaluó mediante diferentes estrategias el estado de especialidad y las posibilidades de atención. Se concluyó que la formación del profesional en psiquiatría carece de los conceptos de psiquiatría comunitaria y de salud mental comunitaria debido a que su formación tiene un énfasis médico y asistencial. Estos resultados estarían directamente relacionados con la formación de los profesionales en Colombia, los cuales no le están dando importancia a una atención globalizada y equitativa, lo que a su vez influye en la actitud que existe en esta población hacia el enfermo mental y su atención.

Cuatro años más tarde Gajo et al, (2012) citado por Díaz (2014) planteo las limitaciones que los profesionales de enfermería presentan a la hora de tratar con un paciente psiquiátrico, las cuales influirán en su forma de dar cuidado ya que la falta de formación y conocimiento influye para ser capaces de abordar las necesidades de los enfermos mentales. Por lo tanto a esta falta de conocimiento, las enfermeras y enfermeros realizan un cuidado centrado en los aspectos físicos, desvalorizando las necesidades psicológicas del paciente, ya sea tratándolos de manera injustificada o no llegar a identificarlas. Y sumando las dificultades emocionales que experimentan los profesionales hacen que el cuidado a este tipo de personas no sea íntegro.

Los resultados anteriormente descritos pueden ser soportados por los obtenidos en un estudio realizado en Puerto rico con una muestra de profesionales en formación de la ciudad de Ponce con el objetivo de explorar los niveles del estigma que estos tenían o manifestaban

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

hacia quienes presentan problemas de salud mental, igualmente para explorar si existían diferencias en los promedios obtenidos en la escala de estigma entre las disciplinas de Psicología Clínica, Trabajo Social, Medicina y si existían diferencias significativas en los promedios obtenidos en la escala de acuerdo al género de los participantes para lo cual se les administró la Escala de Estigma y Salud Mental (EESMPR). Los resultados evidenciaron que los promedios en las dimensiones varían de acuerdo a la profesión, siendo los profesionales de medicina en formación los que obtuvieron la puntuación promedio más alta ($M=27.8$), seguido por los de trabajo social ($M=25.5$) y por los de psicología clínica ($M=24.5$) (Polanco et al, 2013)

Por otro lado, el panorama en España no había cambiado mucho luego de ocho años del estudio realizado por Latorre, López, Montañés y Parra, (2005) mencionado anteriormente. Esto se puede afirmar teniendo en cuenta la investigación realizada por Arrillaga, Sarasqueta, Ruiz y Sánchez (2014), quien al elaborar un estudio descriptivo transversal en el que se realizó la aplicación de un cuestionario auto administrado y anónimo, un apartado con datos sociodemográficos y laborales, y la encuesta sobre actitudes y conocimientos utilizando una muestra de personal sanitario de atención primaria de una comarca de Guipúzcoa que se extrajo de una población de 113 sujetos, con el objetivo de conocer las actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Al igual que lo concluido en el estudio anteriormente mencionado se descubrió que el personal sanitario de atención primaria percibía una falta de conocimientos en psiquiatría y una insuficiente relación con el centro de salud mental, sin embargo, también percibían en ellos mismos una buena predisposición a mejorar ambos aspectos y una actitud no negativa hacia el enfermo mental.

Marco legal

Considerando que el presente estudio se realizara mediante la investigación con humanos se debe tener en cuenta la resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En esta resolución en el título 2, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Artículo 6), se establece que la investigación con humanos se debe desarrollar teniendo en cuenta que esta se ajuste a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal y se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética en investigación de la institución. Este artículo se complementa con la ley número 1090, la cual fue incorporada el 6 de septiembre de 2006 donde se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología y se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones, y donde el congreso de Colombia decreto que la psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. En el título 2 de disposiciones generales (Artículo II) de esta ley se habla de la investigación con participantes humanos y se establece que la decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

En esta misma ley en el capítulo VI, el cual hace referencia al uso del material psicotécnico, en el artículo 45 se establece que el material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en psicología y que los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología. Así mismo, en el artículo 47 se establece que el psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas.

Además, se debe tener en cuenta el capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, donde, en el artículo 50 se establece que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Igualmente en el capítulo 3 artículo 36, se indica que se debe hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo. Además, establece que se debe utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas.

Todos los artículos e implicación legales mencionados anteriormente son relevantes para este estudio, debido a que en él se utilizara material psicotécnico para el establecimiento de la

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

actitud que posee el personal acerca de los trastornos mentales. Además, es necesaria la construcción de un consentimiento informado donde se establezca cual es el propósito de la investigación, que se realizara con fines académicos y no de intervención y en el cual se deje sentada la voluntad de los evaluados para la participación en el proceso investigativo.

Es de igual importancia la ley 1616 implementada en el año 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental, y que tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud y en donde además se especifican los ámbitos donde debe ser aplicada esta ley y se hace hincapié en que los sitios pertenecientes a estos ámbitos deben educarse de manera adecuada para la atención de problemáticas psicológicas. Se considera importante debido a que este fue un gran adelanto formal para el reconocimiento de la salud mental como un aspecto determinante para la salud integral de las personas y porque esta ley regula la forma como se están tratando los trastornos mentales en Colombia, aspecto que depende directamente de la actitud de las personas encargadas de hacerlo.

Marco Teórico

Actitud

Una de las definiciones más relevantes de la actitud es la establecida por Allport (1935) quien argumenta que la actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, que se organiza por medio de las experiencias, ejerciendo una influencia en la dirección y en la manera de dar una respuesta ante toda clase de objetos y situaciones. Igualmente Thurstone

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

(1976) Citado por Castro (2002) agrega que la actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico. Adicionalmente Ubillos (2004) citando a Vallerand (1994) asegura que esta variable es un constructo no observable directamente donde interviene la percepción y el pensamiento, es aprendida, perdurable y con una evaluación afectiva simple de agrado-desagrado con la cual se relacionan aspectos cognitivos y conductuales.

En ese sentido, la actitud se puede considerar como un estado perdurable experimentado por los seres humanos que refleja muchos aspectos mentales, los cuales se construyen a través de las experiencias y de los conocimientos establecidos ya sea directamente o aprendido mediante el contexto.

Características de la actitud

La actitud está constituida por 4 rasgos o características:

Siempre tiene un referente: generalmente existe un patrón que conlleva a la actitud, ya sea debido a una experiencia previa con un objeto de actitud similar o por una experiencia ajena.

Son evaluaciones sobre un objetivo: las actitudes son valoraciones o apreciaciones que se generan respecto a un objeto actitudinal, es decir, evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que reciben la denominación de objetos de actitud. Briñol, Falces y Becerra (2007).

Están representadas en la memoria: se refiere al grado y forma en la cual una actitud se mantiene a lo largo del tiempo. Powell y Kardes (1986) citado por Briñol, Falces y Becerra (2007) demostraron que, cuando se presenta un objeto actitudinal sobre el cual la persona

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

tiene formadas evaluaciones previas, estas evaluaciones influyen en las tareas que esté realizando, lo cual no ocurre cuando no se ha hecho una evaluación previa del objeto presentado.

Posee una naturaleza evaluativa: Para Castro (2004) la actitud puede ser considerada como juicios o valoraciones (connotativos) no como una simple descripción del objeto, lo cual implica respuestas de aceptación o rechazo, conformando su naturaleza evaluativa, siendo más complejo que la interacción con el objeto.

Componentes de la actitud

En el establecimiento de una actitud influyen varios aspectos del ser humano y que han sido abordados por distintos autores, los cuales han pretendido abordar el concepto de actitud de una forma más completa, dichos aspectos son:

Componente afectivo

Morales (1999) citado por Castro (2002) afirma que las actitudes implican una alta carga afectiva y emocional ya que reflejan los deseos, la voluntad y los sentimientos, lo cual se evidencia en la manera de actuar de las personas, destacando las experiencias propias que los determinan; siendo mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos del ambiente.

Componente cognitivo

Para Ubillos (2004), citando a Hollander (1978) también considera que en el establecimiento de una actitud influyen un conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre un objeto y la información que se tiene sobre este. Estas opiniones y creencias se pueden manifestar en los aspectos mencionados anteriormente y que fueron planteados por

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Thurstone (1976) Citado por Castro (2002), los cuales son los prejuicios, distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones.

Componente conductual

El componente conductual de la actitud se refiere a las inclinaciones, disposiciones o propósitos conductuales que el sujeto posee ante el objeto (Rosenberg, 1960). Es decir que se encuentran íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, en otras palabras, poseen un carácter preconductual (Castro 2002). Además, Ubillos (2004) propone una importante relación entre el componente conductual y el componente cognitivo argumentando que si al formarse una actitud existe una experiencia directa con el objeto, mayor será la relación entre actitud afectiva y conducta manifiesta, cambiando posterior a una experiencia más extensa.

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico según Ubillos, Mayordomo y Páez (2004) tiene como base que un estímulo neutral el cual no incitaba una determinada respuesta, adquiere esta capacidad mediante la asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta, de esta manera la respuesta actitudinal se debe a la mera asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado.

Sin embargo, esta aproximación ha sido criticada ya que no llega a explicar los procesos que median entre la asociación de las respuestas evaluativas con los estímulos incondicionados.

La formación de actitudes a través de procesos de condicionamiento es un procedimiento utilizado muchas veces en la formación y cambio de respuestas afectivas en diferentes contextos, debido a que no requiere un esfuerzo mental por parte de la persona condicionada.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Un efecto parece confirmar esta idea: es más fácil aprender respuestas afectivas a estímulos con los que no hemos tenido ninguna experiencia previa que a aquellos que nos son conocidos.

Condicionamiento instrumental

Según la teoría del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte de la conducta del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor intensidad que aquellas que provoquen consecuencias negativas (Stroebe y Jonas, 1996, citado por Ubillos, Mayordomo y Páez, 2004).

Diferentes estudios se ha realizado en base a esta teoría uno de ellos fue realizado por (Hildum y Brown, 1965; Insko, 1965) parafraseado por Ubillos, Mayordomo y Páez, 2004 quienes demostraron que las actitudes podían modificarse a través del refuerzo diferencial. Dentro del estudio Insko (1965) entrevistó a una serie de estudiantes acerca de un tema de interés. A la mitad de ellos se les reforzó a través de respuestas verbales actitudinales favorables y a la otra mitad con respuestas actitudinales desfavorables. Posteriormente, se le entregó a los sujetos un cuestionario para valorar su actitud acerca del asunto fruto de la entrevista y se encontró que, una semana más tarde, los grupos -reforzados diferencialmente diferían en su actitud.

El enfoque de aprendizaje social o por imitación

Este enfoque sostiene que el ser humano, por su condición social, vive bajo la influencia de las actitudes, sentimientos y conductas de quienes le rodean.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Actualmente se ha generalizado según expresa Castro (2002) el enfoque que considera las actitudes como mediadoras entre los estímulos del entorno social y las respuestas o reacciones de las personas ante dicho ambiente. Suponiendo así, que la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal y, por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los que dichas experiencias han tenido lugar" (Castro, 2002 citando a Morales, 1999). Desde esta perspectiva los procesos cognitivos, afectivos y conductuales como parte de la experiencia, constituyen los antecedentes que en definitiva configurarán nuestras actitudes.

Fuerza de las actitudes

La fuerza de las actitudes está determinada en la medida en que sean relativamente estables en el tiempo y tengan la capacidad de predecir la conducta de las personas (Petty y Krosnick, 9), citado por (Briñol, Falces y Becerra, 2007).

Briñol, Falces y Becerra (2007) propusieron 2 indicadores de la fuerza de actitud, teniendo en cuenta que el Dane (2014) define los indicadores como una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que tiene como función describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad por medio de la evolución de una variable o la creación de una relación entre estas. Teniendo en cuenta este concepto dentro de los indicadores propuestos por Briñol y colaboradores se encuentran los indicadores objetivos y subjetivos definidos de la siguiente manera:

Indicadores objetivos

Dentro de los indicadores objetivos se encuentran la extremosidad, accesibilidad, ambivalencia, estabilidad, resistencia, potencial predictivo sobre la conducta y grado de conocimiento asociado con el objeto de actitud.

Extremosidad o polaridad

Este indicador se define mediante dos elementos, la dirección y la intensidad o polaridad. La dirección de las actitudes está referida a la valoración positiva, neutra o negativa que la persona atribuye al objeto actitudinal, mientras que la intensidad está relacionada con la magnitud de mayor o menor valor que el sujeto le da a el objeto actitudinal.

Accesibilidad

Se refiere a la rapidez con la cual se activan espontáneamente las actitudes cuando los sujetos se exponen al objeto de actitud; el grado de accesibilidad afecta la forma de interpretar la realidad por parte de las personas, debido a que según Roskos-Ewoldsen y Fazio, 1992, la accesibilidad de una actitud al dirigir la atención hacia aquellos estímulos del objeto actitudinal, influye en lo que la persona ve y también sobre las categorías mentales que se usan para evaluar y clasificar dichos estímulos.

Ambivalencia

Las actitudes ambivalentes hacia un objeto actitudinal se dan cuando una persona mantiene de forma simultánea dos evaluaciones de signo opuesto hacia dicho objeto.

Otra ambivalencia que se produce es la ambivalencia evaluativa que se da como resultado del conflicto entre la propia actitud y las actitudes que los demás tienen, o imaginamos que tienen. De la misma manera puede aparecer una cierta ambivalencia implícita entre las actitudes nuevas y las viejas, y entre las evaluaciones automáticas y las controladas.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Las actitudes ambivalentes no cumplen la labor de orientador de la conducta, incluso son un impedimento al tomar decisiones sobre el objeto de actitud, generando en la persona una incapacidad de actuar de forma concreta sobre el objeto de actitud, por lo cual, las actitudes ambivalentes son catalogadas como débiles y, en general, suelen estar asociadas con la búsqueda de estrategias que permitan resolver dicha ambivalencia.

Estabilidad

Este indicador de fuerza actitudinal expresa que una actitud es estable y, por tanto, fuerte, en la medida que es capaz de mantenerse intacta en el tiempo. Esta cualidad se puede evaluar midiendo la misma actitud en distintos momentos.

Resistencia

Este indicador de fuerza hace referencia a la capacidad de las actitudes para resistirse a información contraria. La resistencia de una actitud se distingue al exponer a las personas a información contraria a su actitud y evaluar su impacto persuasivo. En la medida en que la actitud no cambie como resultado de esta información contraria se puede hablar de una actitud fuerte.

Predicción de la conducta

Una característica importante de la fuerza de la actitud es la capacidad de esta para predecir la conducta de la persona frente a un objeto actitudinal con el cual ha tenido contacto con anterioridad o con un objeto que tiene características similares a el objeto actitudinal, es decir que una actitud es fuerte en la medida en que es capaz de influir en la conducta de una persona.

Aunque la actitud tenga la capacidad de predecir una conducta la relación entre estas no es lineal, la fuerza de una actitud y de igual manera su capacidad para influir sobre la conducta depende básicamente del proceso psicológico a través del cual se forme o se modifique dicha

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

actitud, es decir, las actitudes son fuertes en la medida en que se piensan y elaboran sobre el objeto de actitud.

Por otro lado, existen otros factores de la situación y de la persona que influyen sobre la relación conducta-actitud, mientras algunas situaciones propician que las personas actúen en conformidad con sus actitudes, otras situaciones, implican fuertes presiones sociales para comportarse de forma políticamente correcta reduciendo de esta manera la relación entre actitud y conducta.

Indicadores subjetivos de la fuerza de las actitudes

Estos indicadores se refieren en la mayoría de los casos a la estimación subjetiva o la percepción que las personas tienen respecto a los indicadores objetivos.

Confianza

La confianza se refiere a la seguridad con la que las personas mantienen sus actitudes, refiriéndose a la sensación de firmeza o validez subjetiva que el sujeto tiene con sobre a sus propias actitudes.

Briñol, Falces y Becerra 2007 citan diferentes autores para denominar los factores que influyen sobre la confianza respecto a las actitudes, entre estos se encuentran

Fazio y Zanna 1981, quienes expresan que las personas se sienten más confiadas en sus actitudes cuando estas están basadas en la experiencia directa con el objeto de actitud, de la misma manera Festinger 1957 propone que un factor que influye en el hecho de que las personas tengan mayor confianza en sus actitudes es el evento de que dichas actitudes coincidan con el consenso social, otro factor de confianza se da cuando las actitudes vienen a la mente fácilmente (Haddock, Rothman, Reber, y Schwarz, 1999).

Importancia

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

La importancia que la persona le da a su actitud contribuye a la fuerza de esta en la medida en la que la persona le da un significado o una relevancia a su propia actitud frente al objeto no al objeto actitudinal como tal. Una pregunta que puede llevar a la persona a realizar un juicio de su actitud sería ¿En qué medida consideras importante tu opinión sobre las personas con trastornos mentales?, la respuesta que la persona de a esta pregunta serviría para determinar la relevancia que la persona le da a su actitud.

Formación de las actitudes

Las personas tienen actitudes hacia la mayoría de los estímulos que lo rodean, aunque estas evaluaciones se pueden formar influenciadas por aspectos genéticos, como ocurre con estímulos muy concretos, como las serpientes, arañas o determinados sonidos y sabores, y cuyo origen parece estar en mecanismos parcialmente innatos que favorecieron a la especie en épocas ancestrales Briñol, Falces y Becerra (2007) asimismo opinan la mayoría de las actitudes tiene sus orígenes en el aprendizaje y el desarrollo social el cual surge según Castro (2002) como producto de la interrelación sujeto-medio, en la que los prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación juegan un papel determinante.

Existen diferentes teorías que permiten explicar la formación de las actitudes entre las que se encuentran: la teoría clásica de la formación de las actitudes la cual postula según Ubillos, Mayordomo y Páez (2004) que la formación de las actitudes se da mediante condicionamiento clásico y condicionamiento instrumental, teniendo en cuenta que esta teoría postula que las actitudes se aprenden de la misma manera como se aprenden otras respuestas.

Funciones de las Actitudes

Funciones adaptativas de las actitudes

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Este tipo de funciones fueron descritas por Páez, San Juan, Romo y Vergara (1991) citado por Expósito y Moya (2005) y fueron clasificadas de la siguiente manera:

Función evolutiva

La función evolutiva de la actitud propone que el comportamiento es orientado por la información previa que se tiene del objeto, esto permite evitar pensar que hacer cada vez que el objeto generador de actitud aparece, así, ante situaciones nuevas nuestras actitudes por medio de la información previa, nos permiten saber que esperar en esa situación.

Función utilitaria o instrumental

La función instrumental de la actitud le permite a la persona llegar a los objetivos que le generan beneficios tangibles o un ajuste a la situación, evitando objetivos no deseados.

Kant (1960) contribuye a este concepto expresando que los sujetos se esfuerzan por maximizar las recompensas y minimizar las sanciones, expresando actitudes favorables hacia aquellos objetos que lo satisfacen y actitudes desfavorables hacia aquellos que lo frustra. Es decir entonces que la formación de actitudes con respecto a esta función depende de las percepciones presentes o pasadas de la utilidad del objeto actitudinal para el individuo, teniendo en cuenta la claridad, consistencia y cercanía de recompensas y castigos, con relación a las actividades y metas del individuo, por tanto, entre más satisfacción le genere mayor serán las probabilidades de tener frente a el objeto actitudes favorables.

Función expresiva de valores

La actitud en este caso permite expresar abiertamente a los demás los pensamientos y sentimientos que queremos dar a conocer. Kant (1960) mantiene la misma perspectiva refiriéndose a la función expresiva de valores como aquella que le permite al sujeto manifestar sus valores centrales y mantener una expresión positiva de la manera como se concibe a sí mismo, por lo tanto, la satisfacción en esta situación se genera en la expresión de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

las creencias y en la confirmación de la propia identidad, no en la cuestión de ganar reconocimiento social o monetario, es decir entonces que las actitudes expresivas de valor no sólo dan claridad a la autoimagen, sino que también la moldean lo más cercana al deseo del corazón.

Función ideológica

Echebarría y Villareal (1995) manifiestan que las actitudes proporcionan una determinada explicación de las desigualdades existentes en la sociedad, si tal explicación se acepta, las desigualdades quedan legitimadas y justificadas.

Es decir se da cuando las actitudes tienen cierto respaldo institucional de las desigualdades existentes en la sociedad.

Función de separación

La función de separación según expresa Snyder y Miene (1994) consiste en atribuir a un grupo dominado características plenamente negativas. Por tanto esto se da cuando las actitudes atribuyen a un grupo inferior, dominado o sin poder, características negativas para justificar el trato despreciable o injusto que reciben. Por medio de esta función se aspira a ejercer un control sobre la posibilidad de que ese grupo menospreciado pueda salir de su situación de carencia de recursos.

Actitud de la congruencia

Según la teoría que plantean Osgood y Tannenbaum (1955) la congruencia se basa en la necesidad de mantener creencias coherentes con la actitud hacia una fuente de información. Es decir, es mantener una misma actitud respecto a dos objetos relacionados entre sí.

Tipos de Actitud

Actitudes implícitas

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Neto (2009) define las actitudes implícitas como aquellas actitudes de las cuales la persona no es consciente, además, poseen diversos métodos y procedimientos que la diferencian de las medidas explícitas al tener al menos una de estas características

Controlabilidad reducida: la persona no tiene la posibilidad de controlar estas actitudes debido a que aparecen de manera inconsciente.

Falta de la intención: no poseen intención debido a que su origen se puede dar a través de mecanismos de los cuales la persona no es consciente, como ocurre en el caso de la simple exposición, por medio de la cual se ha podido comprobar que repetidas exposiciones subliminales a determinados estímulos influyen en el incremento hacia la preferencia por esos estímulos (Briñol, Falces y Becerra (2007) parafraseando a Bornstein y D'Agostino, 1992; Briñol y cols, 2000).

Reducción de la conciencia de los orígenes, significado, u ocurrencia de una respuesta: las actitudes implícitas se caracterizan por ser evaluaciones cuyo origen no puede identificarse y rara vez se tiene un acceso completo y preciso a las causas de esas actitudes inconscientes a pesar de saber claramente cuáles son estas (Nisbett y Wilson, 1977, citado por Briñol, Falces y Becerra, 2007).

Actitudes Explícitas

Una respuesta explícita es controlable, es un hecho con conciencia, para lo cual se requiere de recursos cognitivos (Neto, 2009). (Gawronski y Bodenhausen, 2006, citados por Briñol, Falces y Becerra, 2007) añaden a este concepto que las actitudes explícitas serían el resultado de procesos propuestos, y orientadores de la conducta de aquellas situaciones donde la persona tiene la posibilidad de pensar.

Teoría de la acción razonada Fishbein, 1980

Se basa en el modelo, más general, conocido como de expectativa-valor, pretende predecir la conducta de las personas a partir de sus actitudes, siendo la conducta el resultado de un proceso racional y deliberado, al cual se llega después de varios pasos. Esta teoría se centra en la intención conductual, siendo predicho el comportamiento por la intensidad de la intención frente a una determinada situación, igualmente está influido por dos factores: la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva.

La actitud hacia la conducta depende de las creencias o la información que se tiene acerca de las consecuencias que se darían al realizar una conducta determinada y de la evaluación que la persona realiza sobre dichas consecuencias.

La norma subjetiva está compuesta por dos elementos las creencias normativas (referidas a las percepciones acerca de los deseos y expectativas de las personas o instituciones que este considere importantes) y la motivación para acomodarse con los referentes específicos.

Persuasión y Cambios de Actitud

Trasmitir un mensaje persuasivo es una forma de cambiar las actitudes y las conductas de las personas, buscando cambiar los pensamientos y creencias previas de los receptores del mensaje (Hovland, Lumsdaine y Sheffield 1949)

Se puede obtener un cambio en las creencias mientras se le proporcionen al receptor creencias distintas a las que ya tiene junto con incentivos, lo cual requiere de la atención, comprensión, aceptación y retención.

Existen tres grupos de variables que pueden influir en el proceso de persuasión, las variables relacionadas con la fuente persuasiva (la credibilidad, el atractivo, semejanzas o

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

poder), las variables relacionadas con el mensaje (mensajes racionales o emotivos, información basada en ejemplos o estadísticas) y las variables relacionadas con el receptor

Otro aporte importante para comprender el cambio de actitud lo propone Kaniz (1960) expresando que a nivel psicológico, las razones que el individuo tiene para mantener o cambiar las actitudes depende de las funciones que desempeña para este, específicamente funciones de ajuste, defensa del yo, expresión del valor y conocimiento.

Las condiciones necesarias para modificar una actitud varían según las motivaciones que se tienen hacia esta. Las actitudes de defensa del ego, por ser atraídas por las amenazas, los llamamientos al odio y los impulsos reprimidos, y la sugestión, pueden ser cambiadas por el retiro de la amenaza, catarsis, y auto-discernimiento.

Las actitudes expresivas de los valores son despertadas debido a las señales asociadas con los valores del individuo y por la necesidad de reafirmar su propia imagen, cambiando para mostrarlas creencias nuevas convenientes o modificadas para ser aceptado.

Importancia de la evaluación de las actitudes

El estudio de las actitudes es importante para la comprensión de la conducta social humana debido a que, en primer lugar, las actitudes son significativas a la hora de adquirir nuevos conocimientos, son necesarias para asimilar y relacionar la información que se recibe del mundo en torno a dimensiones evaluativas. Segundo, las actitudes son esenciales a la hora de buscar, procesar y responder, a la información del entorno, y a la relacionada consigo mismo. En tercer lugar, las actitudes guardan una relación ceñida con la conducta humana y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Por tanto, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas (Briñol, Falces y Becerra, 2007)

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

En cuarto lugar, las actitudes conectan el contexto social en el que vivimos con la conducta individual, es decir, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos.

En quinto lugar, el cambio en las actitudes de las personas puede cambiar el contexto. Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios.

Actitud y Conducta

Albarracín, Blair, Mark (2010) manifiestan que las actitudes conscientes e inconscientes están predispuestas a guiar la conducta dado que los factores externos permiten la ejecución de esas acciones. Igualmente parafraseando a (Festinger,1957) el cual sostiene que las personas que adquieren una conciencia de que su comportamiento va en contra de sus principios, buscan que su comportamiento vaya en concordancia con sus actitudes, generando así actitudes que respalden su comportamiento, de la misma manera Albarracín, Blair, Mark (2010) citan a Bem (1965,1972) el cual postula que “cuando los individuos requieren expresar una actitud, en muchas ocasiones la infieren de implicaciones de un comportamiento pasado que suele ser predominante para ellos en un momento determinado.” Sin embargo, esto solo se da si las personas no están ni se sienten forzadas a realizar el comportamiento (Brehm, 1966).

Ética y Actitud Profesional

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

En el contexto global de la formación profesional se ha hecho necesario una inclinación hacia una formación que integre las capacidades y competencias necesarias para acceder al mundo laboral, junto a los valores y actitudes que moldean la personalidad del sujeto, contribuyendo al desempeño competitivo y eficaz de la profesión que se ejerce. De esta manera la ética profesional recupera y antepone ante cualquier otro interés, la razón social de la profesión proporcionándole a la sociedad los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades (Ibarra, 2005).

La ética recupera la dimensión moral de los componentes profesionales al entrelazarse con la razón social de la aplicación profesional. Por tanto para Hortal (2002) citado por Ibarra, 2005 p4) la responsabilidad profesional comprende 2 dimensiones:

Responder a las necesidades y problemáticas de la sociedad: proporcionando los bienes intrínsecos de la profesión como son la salud, la educación, la vivienda y la justicia.

En el marco de la prestación de bienes intrínsecos: la responsabilidad del profesional se centra en realizar de manera adecuada las actividades y tareas que demanda su profesión, haciendo uso de los conocimientos y especialidades con excelencia y calidad para la prestación de un servicio que apunta al beneficio de la sociedad.

Cada una de las profesiones tiene una identidad profesional que se configura a través de los valores y actitudes adoptadas por un gremio de profesionales, que junto al conocimiento teórico y habilidades, ejecutan diferentes actividades, especificando de esta manera su aportación profesional a la sociedad, esta identidad profesional no se establece en una sola extensión, es decir, que la identidad no se da por medio de una lista de elementos o características de un grupo, lo que realmente identifica una profesión es la integridad de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

diferentes combinaciones, la relación entre los elementos así como el contexto en que los elementos se relacionan entre sí (Ramió, 2005)

Español y Clos (2015) proponen en el desarrollo de la IX Jornada Científica Internacional de Investigación sobre Personas con Discapacidad diferentes acciones en la práctica de los profesionales con los usuarios con discapacidad proponiendo diferentes acciones identificadas con actitudes encaminadas hacia la autodeterminación y la calidad de vida de las personas.

Con mira a las relaciones interpersonales y ante la diversidad del tipo de discapacidad de los grupos de convivencia, se promueven relaciones de ayuda al otro, ayuda mutua, de apoyos naturales entre las personas, se estimula la comunicación con diferentes sistemas y maneras según las capacidades o necesidades de cada persona.

Se promueve la adaptación a las interacciones y la comunicación a través de diferentes sistemas y maneras según las particularidades comunicativas.

Interacciones: Se facilita la relación con compañeros y profesionales de otros servicios generando una mayor interacción con más cantidad de personas y entornos.

Apoyos: el profesional brinda su apoyo encaminado a potencializar el desarrollo de apoyos naturales por parte de compañeros, familiares y miembros de la comunidad.

Amistad: Se promueven relaciones de amistad facilitando patrones de conducta normalizados para establecerlas y mantenerlas.

Trastorno mental

El comportamiento humano es la manifestación final de la asociación en el sentido de la conciencia de los fenómenos de la vida psíquica, transportados para la comprensión en el

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

sujeto y la expresión en sus relaciones mediante el circuito funcional más adecuado psicofiológicamente. (Alonso, León, Sánchez, 1997). En ese orden de ideas un trastorno mental es definido por el DSM 5 como un síndrome que se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, manifestando una disfunción de los procesos psicológicos biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Pueden estar asociados con un estrés significativo o una discapacidad, social, laboral o de otras actividades importantes. Además, se debe tener en cuenta que para diagnosticar un trastorno mental se deben tener en cuenta la situación por la cual está pasando el individuo. Un comportamiento socialmente anómalo y los conflictos existentes entre el individuo y la sociedad, no son considerados un trastorno mentales si no son el resultado de una disfunción del individuo.

En este mismo sentido la Organización Mundial de la Salud (2016) expresa que existe una gran variedad de trastornos mentales con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Además, expresa que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales son tanto las características individuales en las que se encuentran la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, y los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales y el apoyo social de la comunidad. También afirma que otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Igualmente cabe destacar según la (OMS, citada por Bones, et al 2008) que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios.

De la misma manera (OMS, 2001b) citada por Hosman, Llopis y Saxena (2005) concluye que los trastornos mentales se pueden dar en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida.

La actitud hacia los trastornos mentales

Agudelo et al (2007) manifiesta mediante un estudio que la actitud hacia los trastornos mentales juega un papel importante dentro de la recuperación y recaída de los paciente, encontrando de esta manera que dentro las actitudes hacia los trastornos mentales se encuentra comúnmente la crítica como un factor de riesgo para las recaídas de los pacientes que presentan algunas enfermedades crónicas psiquiátricas, como el trastorno afectivo bipolar (TAB), la depresión y la esquizofrenia, igualmente se ha observado que la crítica y la hostilidad pueden ser más elevadas cuando se piensa que el enfermo es responsable de no controlar los síntomas.

Debido a la importancia de la actitud hacia las personas con trastornos mentales por parte del personal asistencial se espera que lo primordial para estos sea el cuidado siendo esta la acción de promover "el crecimiento y la salud, facilitando el bienestar, la dignidad, el respeto, la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

limitaciones y circunstancias de la enfermedad” (Guilligan 1982, citado por Quintero 2001).

Vezzoli¹, Archiati¹, Buizza, Pasqualetti, Rossi¹ y Pioli (2002) consideran que la estigmatización que recae sobre el paciente psiquiátrico es todavía un fuerte obstáculo para el proceso de integración de estos sujetos en la sociedad. Por tanto, es necesario identificar qué tipos de prejuicios existen y los tipos de variables con los que se asocian, para planear estrategias para reducirlos de igual manera expresan que “los estudios sobre la opinión de las personas frente a los pacientes psiquiátricos son importantes tanto para el futuro de la asistencia psiquiátrica como para el interés en constante crecimiento por el componente psicosocial de la enfermedad mental, en el que todavía influyen las actitudes de las personas”.

Variables Psicosociales

Una definición de las características psicosociales la postula Moreno y Moncayo en el (2015) definiendo las características psicosociales como un conjunto de elementos que participan en los cursos de acción del individuo, siendo un proceso de interacción individuo-sociedad, una acción humana enmarcada en una continua dialéctica entre el individuo y la sociedad, lo psíquico y lo social, lo subjetivo y lo objetivo.

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Una definición de los aspectos sociales del ser humano lo postula Bronfenbrenner (1979) citado por Torrico, Santín, Villas, Menéndez y Lopez (2002), quien propone como base de su teoría el hecho de que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

conducta humana y además considera el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre el ser humano activo y sus cambiantes entornos inmediatos.

Dentro de su teoría Bronfenbrenner plantea que el desarrollo psicológico del ser humano responde a la influencia de una variedad de factores estrechamente ligados al entorno ecológico en el que dicho desarrollo tiene lugar, lo que da como resultado un desarrollo dinámico y recíproco. Dentro del entorno ecológico presenta lo que para su teoría se conoce como estructuras seriadas o sistemas de relación, siendo éstos los entornos próximos de relación que tiene la persona, expresa que existen cuatro sistemas principales de relación que fluyen y se relacionan entre sí, es decir, son una organización anidada, siendo estos los Microsistema, Mesosistema, Macrosistema y Exosistema.

Microsistema

Es el nivel de relación más inmediato que tiene el sujeto, en el cual hay un patrón de roles, actividades y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado (Bronfenbrenner, 1987). El primer sistema de relación inmediato del ser humano es la familia considerada por Bronfenbrenner como aquel sistema que precisa y da forma en mayor medida al desarrollo de la persona desde su nacimiento. A medida que aumenta su desarrollo el ser humano va incluyendo nuevos microsistemas a su entorno, siendo lo más importante la adquisición de nuevos roles, el establecimiento de nuevas relaciones interpersonales y la realización de nuevas actividades.

Mesosistema

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Según Bronfenbrenner un Mesosistema es un nivel de relación que comprende las interrelaciones de 2 o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente”. (Ejemplo el trabajo, grupos del barrio).

En el nivel de Mesosistema se analiza centralmente el tipo de relación que se establece entre los diferentes microsistemas en los cuales la persona participa, los Mesosistemas sirven igualmente para transmitir información acerca de un entorno, esta información puede provenir de diferentes fuentes, comunicación oral o escrita, tradiciones, experiencias propias, además estos microsistemas influyen de manera significativa en la percepción y actitud que la persona tendrá en esos microsistemas en los que interactúa, (Musitu, Herrero, Cantera, Montenegro, 2004).

Exosistema

Un Exosistema son uno o más entornos que no tienen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales ocurren hechos que afectan el entorno que comprende a la persona en desarrollo (Bronfenbrenne, 1987). Montenegro, Olaizola, Musitu , Cantera (2004), ejemplifican que el microsistema laboral, afecta el sistema familiar en la medida en la que sujeto refleja en este entorno el estrés laboral, aumentando las tensiones familiares, igualmente estas tensiones laborales hacen al sujeto vulnerable, afectando su sistema laboral, generando un espiral de estrés que poco a poco va estropeando tanto las relaciones familiares como laborales.

Macrosistema

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Según Torrico (2002) el Macrosistema es el plano de relación más distante, constituye la ideología y los sistemas de creencia de la sociedad en la que se encuentra la persona, incluye el ordenamiento jurídico, los valores y tradiciones, la influencia de la religión, las políticas sociales entre otros, es decir que el Macrosistema se basa en factores características de la cultura y el momento histórico social. “Cuando se producen cambios en la sociedad, es normal encontrar cambios en los valores y las costumbres, que en ocasiones se traduce en cambios en las leyes”(Musitu, et al 2004) igualmente estos cambios pueden afectar el desarrollo de la persona, en ocasiones limándola. Un ejemplo de la influencia de los Macrosistemas sobre las actitudes lo ejemplifica Briñol, Falces y Becerramientras (2007) manifestando que algunas situaciones favorecen que las personas actúen en conformidad con sus actitudes y otras situaciones implican fuertes presiones sociales que denotan un comportamiento políticamente correcta (por ejemplo, comportamientos públicos en relación con grupos desfavorecidos) reducen la relación entre actitud y conducta. Otro ejemplo lo postula (Markus y Kitayama, 1991 citados igualmente por Briñol, Falces y Becerramientras 2007) quienes aportan que las culturas occidentales, fundamentalmente individualistas, favorecen que las personas se comporten coherentemente de acuerdo con sus actitudes, las culturas orientales, más colectivistas, valoran más los comportamientos orientados al grupo.

Marco conceptual

Actitud

Gordon Allpor (1935) decía que el concepto de actitud es probablemente el más distintivo e Indispensable de la Psicología social ya que para él la actitud es “Un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado”. (Silvia Ubillos Landa, 2004)

Trastorno mental

El trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Es importante saber que las enfermedades mentales se pueden tratar para lograr la recuperación o permitir que la persona que la padece pueda tener una mejor calidad de vida. (Avifes, 1986)

Salud mental

Para la OMS la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Anthony et al, 2004).

Psicosocial

Según el Comité Mixto OIT / OMS, los factores psicosociales consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, que pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. (Astudillo, S.F)

Ciencias de la salud

Teyssier (2000) dice que el proceso de la salud-enfermedad se determina por factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su tratamiento requiere de la contribución de otras ciencias (Sociales y Naturales) que contribuyan a formar las Ciencias de la Salud, lo cual aporta conocimiento que nos permite analizar y comprender diferentes aspectos, por lo tanto las Ciencias de la Salud son un conjunto de disciplinas que proporcionan los conocimientos adecuados para la prevención de las enfermedades que se encargan de adquirir los conocimientos necesarios para la aplicación en la promoción del bienestar de las personas.

Ciencias sociales y humanas

Para González (S.F) las ciencias sociales agrupan todas las disciplinas académicas que estudian el origen y el desarrollo de la sociedad, de las instituciones y de las relaciones e ideas que configuran la vida social. Las ciencias sociales están formadas por la Antropología, la Arqueología, la Sociología, las Ciencias políticas, la Economía, la Geografía, la Historia e Historiografía, el Derecho, la Psicología, la Criminología y la Psicología Social, ya que estas ciencias estudian aquello que no es incumbencia de las ciencias naturales. Y las ciencias humanas contribuyen a la formación humana del estudiante o del profesional por oposición a las disciplinas de carácter científico o técnico. Estas ciencias están integradas por aquellas ramas del conocimiento, estas comprenden el saber acerca de lo que hemos sido, o sea la historia y en cierto modo también la arqueología y la prehistoria.

Hipótesis y Sistema de Variables

Hipótesis

Correlacional

Las variables psicosociales están relacionadas con la actitud hacia los trastornos mentales del personal asistencial de la clínica la misericordia.

Nula

Las variables psicosociales no están relacionadas con la actitud hacia los trastornos mentales del personal asistencial de la clínica la misericordia.

Alterna

En la clínica la misericordia no existe una actitud negativa por parte del personal asistencial hacia los pacientes con trastornos mentales.

Sistema de variables

| Variables | Indicadores |
|-----------|-------------|
|-----------|-------------|

| | |
|---|---|
| <p>Actitud hacia los Trastornos Mentales</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Deseos profesionales en cuanto al trato en el futuro con pacientes mentales. ● Disposición a vivir cerca de un enfermo mental ● Pensamientos discriminatorios ● Disposición a estar cerca de un enfermo mental en un centro hospitalario ● Posición frente a los términos informales utilizados para referirse a un enfermo mental ● Posición frente a la hospitalización ● Disposición de compartir vivienda con un enfermo mental ● Posición frente a los derechos de los enfermos mentales ● Disposición a compartir con enfermos mentales en eventos sociales ● Disposición a confiar en un enfermo mental ● Posición frente a las capacidades intelectuales de los enfermos mentales |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Edad ● Sexo ● Estado civil |

| | |
|---|--|
| <p>Características Psicosociales</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Lugar donde vive actualmente ● Lugares donde vivió anteriormente ● Nivel educativo ● Profesión ● Especialización ● Tiempo laborando con enfermos mentales ● Tipo de relación con el paciente ● Tiempo dedicado a los pacientes semanal ● Tipo de familia ● Tipo de relación con la familia del paciente |
|---|--|

Metodología

Método

Se empleó un tipo de investigación cuantitativa de tipo correlacional, según Hernández, Fernández, Baptista (2006) este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto particular, en este se realiza una asociación de variables mediante un patrón predecible para un grupo poblacional. Se eligió este método debido a que se buscaba una relación entre las variables de actitud hacia los trastornos mentales y las características psicosociales del personal asistencial de la clínica la Misericordia.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Para Hernández, Fernández, Baptista (2006) los estudios de corte transversal son diseños de investigación en los cuales se realiza una recolección de datos en un solo momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación. Se puede afirmar entonces, que en esta investigación se utilizó el método de corte transversal, se aplicó tanto el Cuestionario de Variables Psicosociales y la Escala de Actitud hacia los Trastornos Mentales en un determinado intervalo de espacio y tiempo, sin que fuese necesaria alguna otra evaluación.

Población

La población participante pertenece a una clínica psiquiátrica ubicada en la ciudad de Cartagena dedicada a la atención, hospitalización y tratamiento de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. En ella, actualmente se encuentran laborando 120 empleados en diferente tipo de cargos, entre los cuales se encuentran porteros, recepcionistas, personal administrativo, personal del aseo y personal asistencial.

Muestra

El muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo por conveniencia ya que fue un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que se seleccionó a los participantes teniendo en cuenta ciertos criterios de inclusión que facilitaron la investigación, y así se caracterizó para obtener muestras representativas mediante la inclusión (Creswell, 2014). La muestra utilizada fue de 56 participantes de los cuales 6 son médicos generales, 2 son médicos psiquiatras, 40 son auxiliares de enfermería 3 son psicólogos 3 son enfermeros jefes y 2 son trabajadores sociales.

Criterios de inclusión

Se tomaron de la población todos aquellos que tienen contacto directo con las personas que requieren del servicio asistencial. Además, se eligió todos aquellos que hacen parte de las áreas de ciencias sociales y humanas, y ciencias de la salud. Igualmente, debían estar de acuerdo al momento de participar en la investigación manifestándolo mediante el consentimiento informado.

Técnicas de Recolección de Información

Para la recolección de información se utilizaron dos cuestionarios: el Cuestionario de Características Psicosociales el cual permite explorar los sistemas de relación que tiene el sujeto en su vida cotidiana y la relación que tienen con los pacientes psiquiátricos. Para evaluar la actitud que tiene el personal frente a los trastornos mentales se utilizó la Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales que fue aplicada por Fernández, Torres y Carballal(1998), en futuros técnicos de salud, este cuestionario consta de 20 ítems, cada uno de ellos consta de cinco alternativas de respuesta, de las cuales se debe elegir una, dependiendo del grado de acuerdo que suscite cada enunciado.

Análisis de los Resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, el cual es definido por la UAM (S.F) como un sistema de análisis estadístico y gestión de información capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos, generando sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos que permiten

descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables y predecir comportamientos.

Resultados

Fiabilidad de la Escala de Actitud

Para estimar la fiabilidad de la prueba se utilizó el Alfa de Cronbach, el cual arrojó como resultado una puntuación de .728 como se muestra en la tabla 1, lo que indica que existe una fiabilidad aceptable.

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| .728 | 20 |

Tabla 1. Alfa de Cronbach

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------------|-----------------|
| Alfa de Cronbach | Parte 1 | Valor | .502 |
| | | N de elementos | 10 ^a |
| | Parte 2 | Valor | .644 |
| | | N de elementos | 10 ^b |
| | N total de elementos | | 20 |
| Correlación entre formularios | | | .563 |
| Coeficiente de Spearman-Brown | Longitud igual | | .720 |
| | Longitud desigual | | .720 |
| Coeficiente de dos mitades de Guttman | | | .720 |

Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad

| | | |
|---|---------------------|---------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo | | ,538 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Aprox. Chi-cuadrado | 289,689 |
| | Gl | 190 |
| | Sig. | ,000 |

Tabla 3. Prueba de KMO y Bartlett

Por medio de la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual dio como resultado una significancia de,000, se pudo establecer que no es significativa la hipótesis nula de variables iniciales incorrelacionadas; siendo menor que 0,05 se puede afirmar que es adecuada la realización de análisis factorial.

Análisis factorial

| Componentes | Comunalidades | |
|-------------|---------------|------------|
| | Inicial | Extracción |
| Ítem 1 | 1,000 | ,531 |
| Ítem 2 | 1,000 | ,527 |
| Ítem 3 | 1,000 | ,815 |
| Ítem 4 | 1,000 | ,719 |
| Ítem 5 | 1,000 | ,704 |
| Ítem 6 | 1,000 | ,681 |
| Ítem 7 | 1,000 | ,718 |
| Ítem 8 | 1,000 | ,662 |
| Ítem 9 | 1,000 | ,607 |
| Ítem 10 | 1,000 | ,748 |
| Ítem 11 | 1,000 | ,739 |
| Ítem 12 | 1,000 | ,607 |
| Ítem 13 | 1,000 | ,564 |
| Ítem 14 | 1,000 | ,562 |
| Ítem 15 | 1,000 | ,422 |

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

| | | |
|----------------|-------|------|
| Ítem 16 | 1,000 | ,708 |
| Ítem 17 | 1,000 | ,630 |
| Ítem 18 | 1,000 | ,568 |
| Ítem 19 | 1,000 | ,714 |
| Ítem 20 | 1,000 | ,656 |

Tabla 4. Método de extracción: análisis de componentes principales

Teniendo en cuenta la solución factorial que indica que entre más cerca del 1 mejor es la extracción factorial, se encontró que los ítem 3, 10, 11 son los que mejor quedan representados con dicha solución factorial. El que peor queda representado es el ítem número 15 con una extracción de .422

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de extracción de cargas al cuadrado | |
|------------|-----------------------|---------------|-------------|---|---------------|
| | Total | % de varianza | % acumulado | Total | % de varianza |
| 1 | 3,788 | 18,941 | 18,941 | 3,788 | 18,941 |
| 2 | 2,144 | 10,718 | 29,659 | 2,144 | 10,718 |
| 3 | 1,767 | 8,837 | 38,496 | 1,767 | 8,837 |
| 4 | 1,546 | 7,731 | 46,226 | 1,546 | 7,731 |
| 5 | 1,319 | 6,593 | 52,819 | 1,319 | 6,593 |
| 6 | 1,210 | 6,051 | 58,871 | 1,210 | 6,051 |
| 7 | 1,108 | 5,539 | 64,409 | 1,108 | 5,539 |
| 8 | ,996 | 4,978 | 69,387 | | |
| 9 | ,955 | 4,775 | 74,163 | | |
| 10 | ,908 | 4,538 | 78,701 | | |
| 11 | ,688 | 3,440 | 82,141 | | |
| 12 | ,670 | 3,348 | 85,489 | | |
| 13 | ,631 | 3,155 | 88,644 | | |
| 14 | ,528 | 2,641 | 91,284 | | |
| 15 | ,457 | 2,285 | 93,569 | | |
| 16 | ,349 | 1,745 | 95,314 | | |
| 17 | ,307 | 1,535 | 96,849 | | |
| 18 | ,250 | 1,252 | 98,101 | | |
| 19 | ,218 | 1,092 | 99,193 | | |
| 20 | ,161 | ,807 | 100,000 | | |

Tabla 5. Varianza total explicada

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Mediante esta tabla se observan los autovalores de la matriz de varianza-covarianzas y el porcentaje de la varianza que representa cada uno de ellos.

Variables Psicosociales

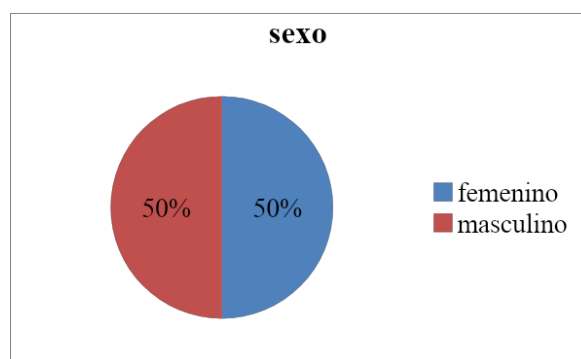


Figura 1. *Sexo*

Teniendo en cuenta la frecuencia, se observa que la población tiene una distribución del 50% masculino y el 50% femenino.

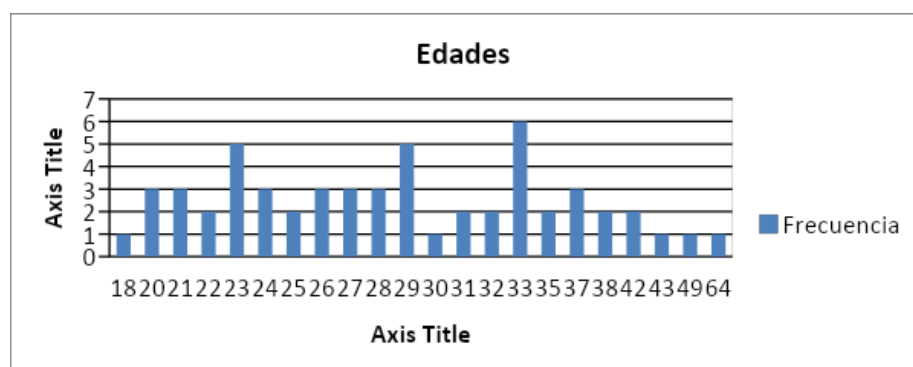


Figura 2. *Distribución de edades*

Por medio de la figura anterior se observa que las edades oscilan entre los 18 y 64 años. La mayor parte del personal tiene 33 años, lo cual se expresa en un porcentaje del 10,7%. La

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

minoría de personas evaluadas tienen 18, 30, 43, 49 y 64 con un porcentaje de 1,8% respectivamente.

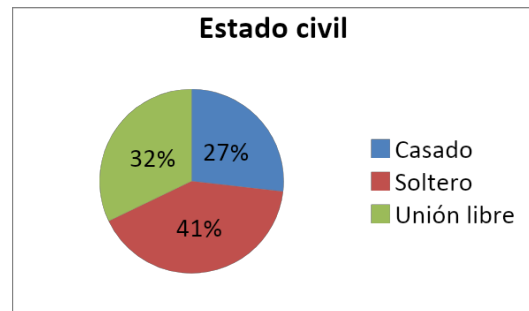


Figura 3. *Estado civil*

Por medio de la figura anterior se observó que el estado civil con mayor porcentaje fue el de solteros con un 41% de la población, seguido por unión libre con un 32% y casados con un 27%.

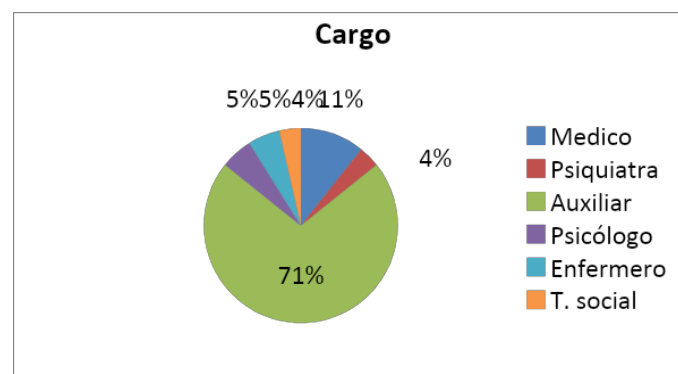


Figura 4. *Cargo*

En la figura anterior se describe la distribución del personal teniendo en cuenta el cargo desempeñado en la clínica. Se puede evidenciar que el mayor número de participantes son auxiliares de enfermería con un porcentaje de 71,4%, mientras que el menor número de

participantes se desempeñan como trabajadores sociales y psiquiatras con un porcentaje de 3,6%.

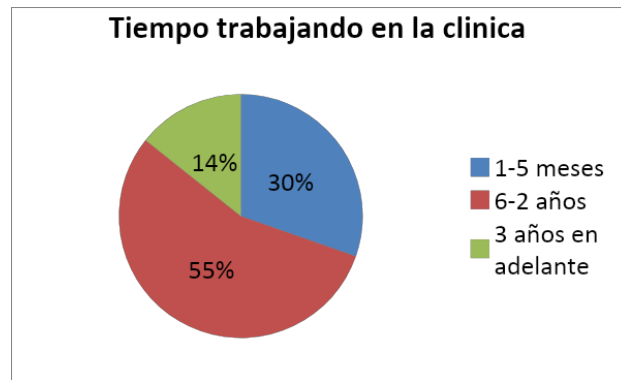


Figura 5. *Tiempo trabajado en la clínica*

La figura anterior muestra el porcentaje de la distribución del tiempo trabajado en la clínica, ubicándose el mayor número de participantes en un tiempo de 6 meses a 2 años con un porcentaje de 55%, y siendo el menor porcentaje para 3 años en adelante con un 14% de la población.

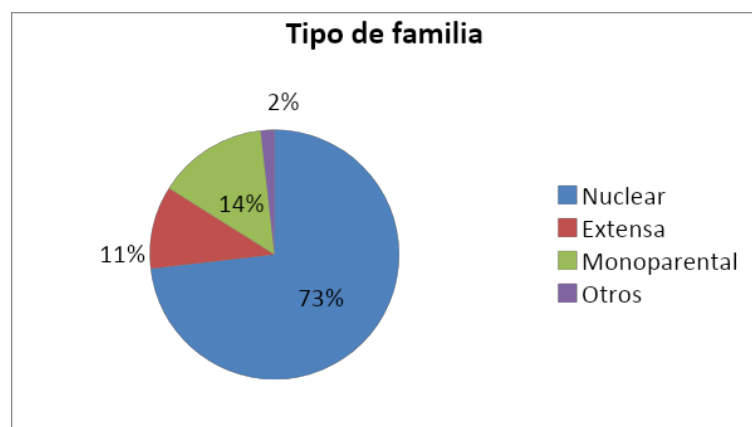


Figura 6. *Tipo de familia*

Teniendo en cuenta la figura anterior se evidencia que el tipo de familia más frecuente entre los sujetos evaluados; la mayor parte de la muestra tienen un tipo de familia nuclear con

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

un porcentaje de 73,2, seguidos por el tipo de familia monoparental, en donde se observa un porcentaje de 14,3%. La minoría de sujetos evaluados tiene otro tipo de familia, seguidos del tipo de familia extensa con un porcentaje de 10,7%.

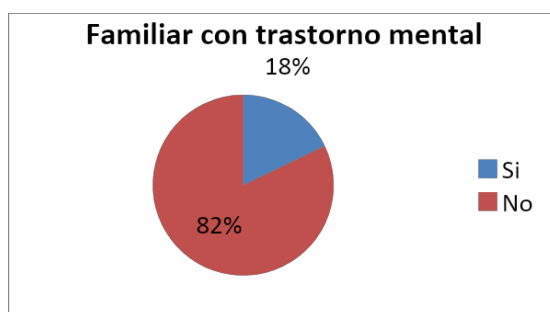


Figura 7. Familiar con trastorno mental

Teniendo en cuenta el porcentaje de las distribuciones de la población se puede observar que el 82% de la población no tiene familiares con trastornos mentales, solo en 18% de la población tienen o han tenido un familiar con trastorno mental.

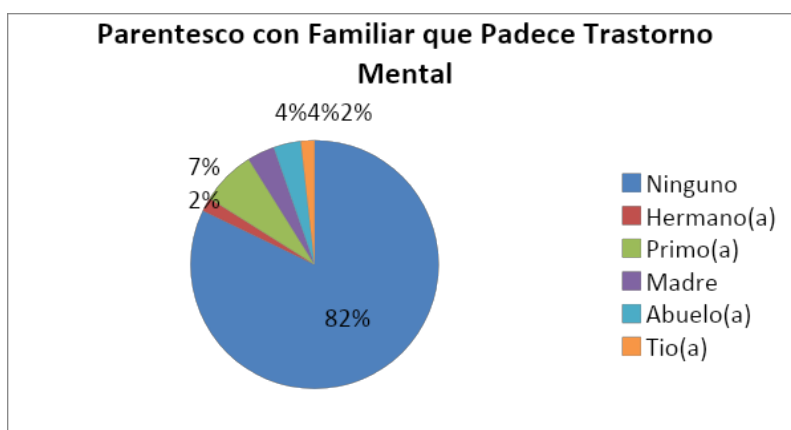


Figura 8. Parentesco

Teniendo en cuenta la figura anterior se observa que de los participantes con familiares con trastornos mentales el mayor porcentaje lo tiene la categoría primo(a) con un 7%.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

seguido de madre y abuelo(a), con un porcentaje de 3,6%. El mayor porcentaje de la población no tiene un familiar con trastorno mental.

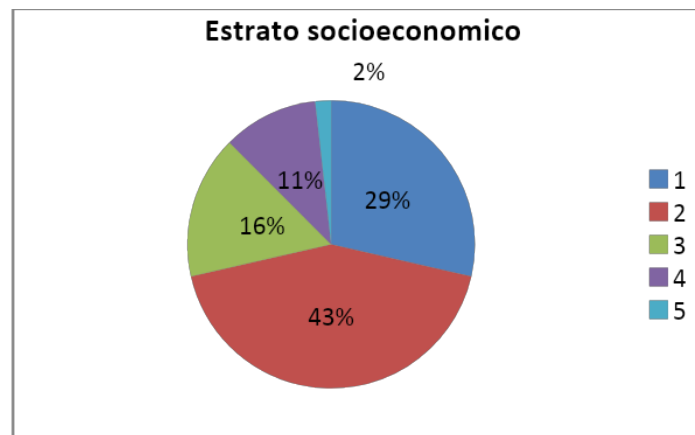


Figura 9. *Estrato socioeconómico*

En la figura anterior se establecen la frecuencia absoluta en cuanto a los estratos de los sujetos evaluados. Se puede observar, que la mayor parte de participantes pertenecen al estrato 2, seguido del estrato 1 con un porcentaje de 42,9% y 28,6 respectivamente, mientras que la minoría pertenece al estrato 5 con un porcentaje de 1,8%.

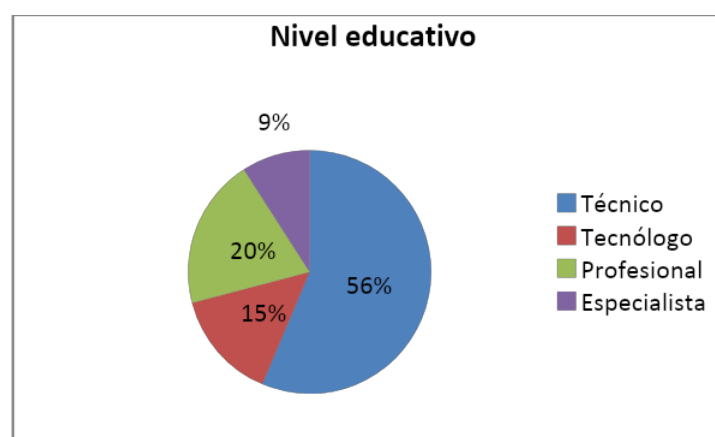


Figura 10. *Nivel educativo*

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Mediante la figura anterior se observa el nivel educativo de los participantes, la mayoría tiene una formación técnica con un porcentaje de 56% seguidos de la formación profesional con un porcentaje de 20%. La formación con menor proporción fue la de magister con un porcentaje de 1,8% seguida de los especialistas con un porcentaje 9%.

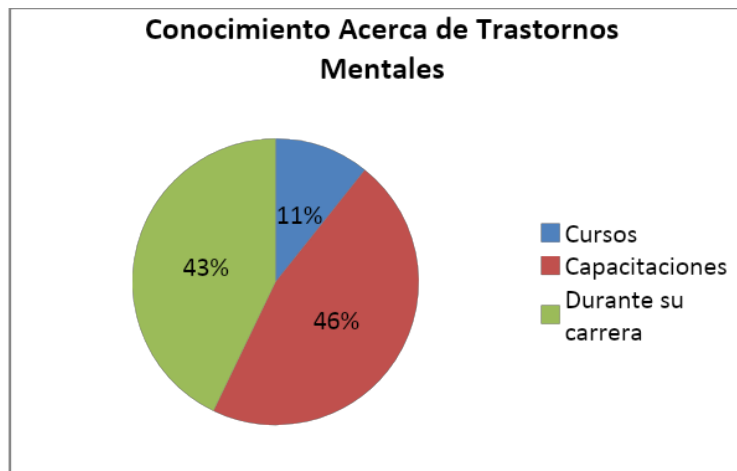


Figura 11. *Conocimiento acerca de los trastornos mentales*

Al revisar el conocimiento acerca de los trastornos mentales por parte del personal evaluado, se estableció que la mayoría ha recibido sus conocimientos acerca de estos a través de capacitaciones con un porcentaje del 46,4% seguido de los que obtuvieron este conocimiento durante su carrera durante su carrera, con un porcentaje de 42,9%. Solo el 10,7% ha recibido algún curso específico sobre trastornos mentales

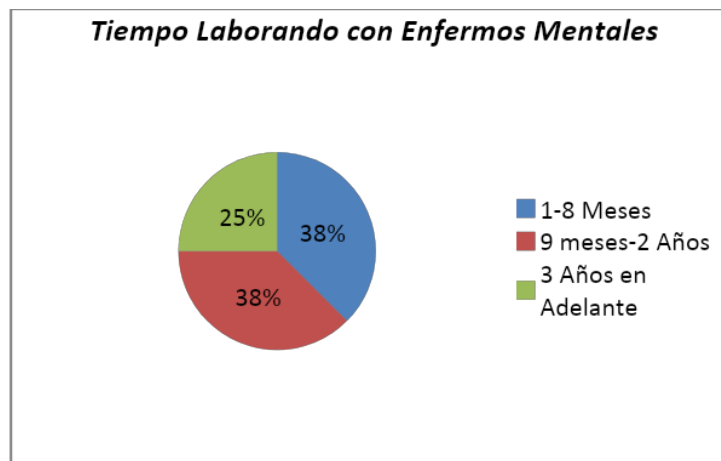


Figura 12. *Tiempo laborando con enfermos mentales*

Teniendo en cuenta la figura anterior se observa que el 38% de la población tiene de 9 meses a 2 años laborando con enfermos mentales, mientras el 25% de la población tiene 3 años en adelante laborando con enfermos mentales.

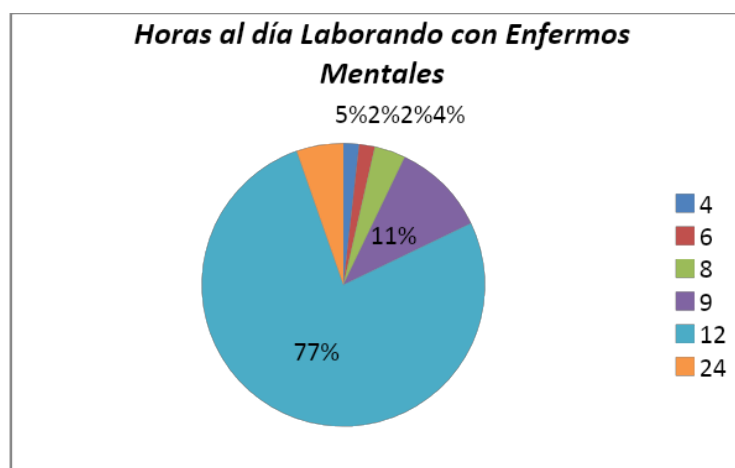


Tabla 13. *Horas al día laborando con enfermos mentales*

Tiendo en cuenta la gráfica anterior se observa que el 77% de la población tiene un tiempo de 12 horas de trabajo, mientras los de menor porcentaje son aquellos que trabajan 4 y 6 horas al día con un 2%.

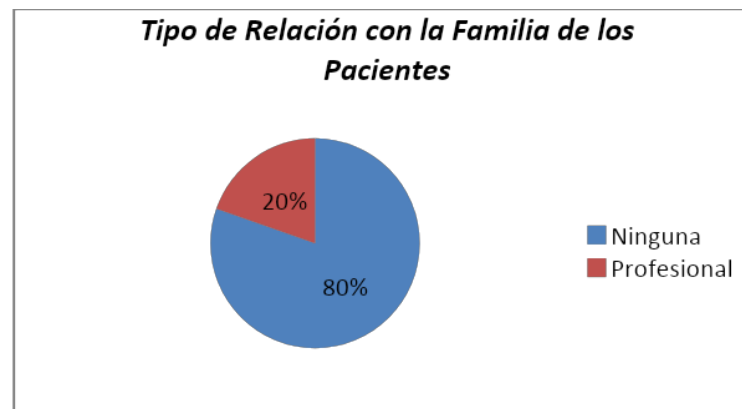


Figura 14. Tipo de relación con la familia de los pacientes.

Por medio de la gráfica anterior se puede observar que el mayor porcentaje de la población con un 80% no tiene ningún tipo de relación con los familiares del paciente y un menor porcentaje de 20% con una relación profesional.

Relación entre Actitud hacia los Trastornos Mentales y las Variables Psicosociales

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Negativa | 8 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| Media | 40 | 71,4 | 71,4 | 85,7 |
| Positiva | 8 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 6. Niveles de Actitud

La tabla muestra los resultados a nivel de frecuencia en cuanto a la actitud que tiene el personal evaluado hacia los trastornos mentales. Se puede evidenciar que el 71,4 % de las personas arrojaron en la escala aplicada una actitud media con una frecuencia de 40, mientras que el 14,3% tiene una actitud negativa y en la misma proporción, presentan una actitud positiva con una frecuencia de 8 respectivamente.

| Sexo | Negativa | Media | Positiva | Total |
|-------------------|----------|--------|----------|-------|
| Femenino | 4 | 20 | 4 | 28 |
| Masculino | 4 | 20 | 4 | 28 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |
| Porcentaje | 14,28% | 71,42% | 14,28% | 100% |

Tabla 7. Nivel de Actitud y Sexo

Mediante la tabla anterior se puede observar la relación existente entre el nivel de actitud y sexo, ubicándose el mayor porcentaje de la población en actitud media siendo de un 71,42%, mientras que con un porcentaje igual el resto de la población se ubica en un 14,28 por ciento respectivamente en actitud positiva y negativa.

| | Valor | Gf | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,000 ^a | 2 | 1,000 |
| Razón de verosimilitud | ,000 | 2 | 1,000 |
| Asociación lineal por lineal | ,000 | 1 | 1,000 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 8. Pruebas de Chi-Cuadrado

Mediante la aplicación del estadístico Chi-cuadrado se logró establecer que no existe ninguna relación entre el sexo y el nivel de actitud hacia los trastornos mentales.

| Edad | Nivel de Actitud | | | Total |
|------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | |
| 18 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 20 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 21 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| 22 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 23 | 1 | 4 | 0 | 5 |
| 24 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 25 | 0 | 1 | 1 | 2 |

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

| | | | | |
|--------------|---|----|---|----|
| 26 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 27 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 28 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| 29 | 0 | 3 | 2 | 5 |
| 30 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 31 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 32 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 33 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| 35 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 37 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 38 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 42 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 43 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 49 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 64 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 9. Nivel de actitud y edad

Teniendo en cuenta los datos arrojados por la tabla anterior se puede observar que las edades de 23 y 33 años corresponde a un 10% respectivamente sobre el total de los sujetos ubicados en actitud media, seguido por las edades de 20, 24, 26, 27, 29 y 37 años con un porcentaje de 7,5% sobre el total de la población ubicada en la media. Con respecto a las edades ubicadas en actitud positiva encontramos que la edad de 33 años tiene el 25% de la población mientras que las edades de 23, 30, 31, 35 y 43 años tienen el 12,5% respectivamente en relación a la población total ubicada en dicha actitud. Con relación a la actitud negativa encontramos que la edad de 29 años tiene el 25%, mientras las edades de 21, 25, 28, 31, 35, 49 con un 12,5% respectivamente con relación a la población total de dicha actitud.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|--------------------------------|---------------------|-----------|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 50,400 ^a | 42 | ,175 |

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

| | | | |
|-------------------------------------|--------|----|------|
| Razón de verosimilitud | 51,086 | 42 | ,159 |
| Asociación lineal por lineal | ,158 | 1 | ,691 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 10. *Pruebas de Chi-Cuadrado*

Con relación a la correlación existente entre las variables de edad y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas dos variables.

| Estado Civil | Nivel de Actitud | | | Total |
|--------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | |
| Casado | 2 | 9 | 4 | 15 |
| Soltero | 2 | 18 | 3 | 23 |
| Unión Libre | 4 | 13 | 1 | 18 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 23. *Estado civil y Actitud*

Mediante los resultados anteriores se observa que con relación a la actitud negativa, el mayor porcentaje con referencia a la cantidad de sujetos que puntuaron dicha actitud con el 50% se encuentran ubicados en una relación de unión libre, mientras el resto de personas con un porcentaje de 25% respectivamente se ubican en casado y solteros.

Con respecto a la actitud media la mayor población son solteros con un 45% con referencia a la población ubicada en dicha actitud, con actitud positiva encontramos que la mayor población se encuentran casados siendo un 50%, seguido de los solteros con un 37,5% y los de unión libre con un 12,5%.

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 4,327 ^a | 4 | ,364 |
| Razón de verosimilitud | 4,269 | 4 | ,371 |
| Asociación lineal por lineal | 2,617 | 1 | ,106 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 24. Pruebas de Chi-Cuadrado

Con relación a la correlación existente entre las variables de estado civil y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas variables.

| Cargo | Nivel de Actitud | | | Total |
|-------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | |
| Medico | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Psiquiatra | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Auxiliar | 7 | 31 | 2 | 40 |
| Psicólogo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Enfermero | 0 | 2 | 1 | 3 |
| T. social | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 25. Cargo y nivel de actitud

Con relación a los cargos y al nivel de actitud, se observa que la mayor parte de los médicos poseen una actitud media con un 50%, seguido de una actitud positiva con un 33,33% referente al número total de médicos evaluados. Los psiquiatras se encuentran uno con actitud positiva y el otro con actitud media. De la población de auxiliares el 77,5% se encuentra ubicado en actitud media, mientras el 100% de los trabajadores sociales se encuentran ubicados en dicha actitud y los enfermeros tiene un 66,66% en actitud media y el

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

33,33% en actitud positiva, a diferencia de estos los psicólogos tienen el 66,66% de su población en actitud positiva y el 33,33% en actitud media.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 15,843 ^a | 10 | ,104 |
| Razón de verosimilitud | 14,451 | 10 | ,153 |
| Asociación lineal por lineal | ,058 | 1 | ,809 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 26. Pruebas de Chi-Cuadrado

Respecto a la correlación existente entre las variables de cargo y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas dos variables.

| Tiempo trabajando en la clínica la misericordi a | Nivel de Actitud | | | |
|---|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| 1-5 Meses | 2 | 13 | 2 | 17 |
| 6-2 Años | 4 | 22 | 5 | 31 |
| 3 Años en adelante | 2 | 5 | 1 | 8 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 27. Tiempo de trabajo y nivel de actitud

Respecto a la relación existente entre el tiempo trabajando en la clínica y el nivel de actitud, se encuentra que el 70,92% de la población de entre 6 meses y 2 años de trabajo se encuentra en una actitud media, respecto al tiempo de 1 a 5 meses se observa que el 76,47%

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

también se encuentra en actitud media e igualmente el 62,5% de los trabajadores con más de 3 años trabajando se encuentran en dicha actitud. Con relación a la actitud positiva y negativa se encuentra que de los participantes con un tiempo de 1 a 5 meses tienen el 11,76% por ciento de su población en actitud positiva e igualmente un 11,76% en actitud negativa, mientras que los participantes con un tiempo de 6 meses a 2 años tienen el 16,12% de su población con actitud positiva y el 12,90% en actitud negativa. Los participantes con 3 años o más años de trabajo tienen un 12,5% de su población en actitud positiva y un 25% sobre el total de su población en actitud negativa.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,078 ^a | 4 | ,898 |
| Razón de verosimilitud | ,971 | 4 | ,914 |
| Asociación lineal por lineal | ,146 | 1 | ,702 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 28. Pruebas de Chi-Cuadrado

Con relación a la correlación existente entre las variables tiempo y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas dos variables.

| Tipo de Familia | Nivel de Actitud | | | Total |
|---------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | |
| Nuclear | 6 | 29 | 6 | 41 |
| Extensa | 1 | 5 | 0 | 6 |
| Monoparental | 1 | 5 | 2 | 8 |
| Otros | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 29. *Tipo de familia y nivel de actitud*

Teniendo en cuenta los resultados se observa que la mayoría de los sujetos con actitud media se encuentran en familias nucleares siendo de un total de 72,5%, ubicándose por ende un 12,5% en familias extensa y monoparental respectivamente y un 2,5% en la categoría de otros tipos de familia. Con relación a la actitud positiva y negativa se observa que un 16,66% de la población total de sujetos con familia extensa se encuentran en actitud negativa y un 0% en actitud positiva, mientras los participantes con familia monoparental tienen un 12,5% en actitud negativa y un 25% de su población en actitud positiva.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,160 ^a | 6 | ,904 |
| Razón de verosimilitud | 3,169 | 6 | ,787 |
| Asociación lineal por lineal | ,096 | 1 | ,757 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 30. *Pruebas de Chi-Cuadrado*

Con relación a la correlación existente entre las variables tipo de familia y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas dos variables.

| | Nivel de Actitud | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Negativa | Media | Positiva | Total |
| ¿Ha tenido algún familiar con trastorno mental? | Si | 1 | 7 | 2 | 10 |
| | No | 7 | 33 | 6 | 46 |
| | Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 31. *Familiar con trastorno mental y nivel de actitud*

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Por medio de los resultados arrojados se puede observar que la mayoría de los participantes que tienen un familiar con trastorno mental tiene una actitud media, de esta misma manera el 71,7% de los participantes que no tienen un familiar con trastorno mental se ubican en actitud media.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,438 ^a | 2 | ,803 |
| Razón de verosimilitud | ,429 | 2 | ,807 |
| Asociación lineal por lineal | ,418 | 1 | ,518 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 32. Pruebas de Chi-Cuadrado

Con relación a la correlación existente entre las variables familiares con trastorno mental y nivel de actitud por medio del estadístico Chi-cuadrado se comprobó que no existe relación entre estas variables.

| Parentesco con familiar que padece trastorno mental | Nivel de Actitud | | | |
|---|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| Ninguno | 7 | 33 | 6 | 46 |
| Hermano(a) | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Primo(a) | 1 | 3 | 0 | 4 |
| Madre | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Abuelo(a) | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Tío(a) | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 33. Parentesco y nivel de actitud

Se estableció que el mayor número de personas que se ubicaron en una actitud media no han tenido ningún familiar con algún tipo de trastorno mental evidenciado en una frecuencia de 33, mientras que solo 1 persona que ha tenido algún familiar con trastorno mental obtuvo

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

una actitud negativa. En cuanto a la actitud positiva, se puede observar que el 13,0% de los sujetos evaluados que no han tenido un familiar con algún tipo de trastorno mental poseen una actitud positiva hacia estos.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10,378 ^a | 10 | ,408 |
| Razón de verosimilitud | 9,194 | 10 | ,514 |
| Asociación lineal por lineal | 1,587 | 1 | ,208 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 34. Pruebas de Chi-Cuadrado

Teniendo en cuenta los resultados de Chi-cuadrado, se puede afirmar que no existe ningún tipo de correlación entre la actitud hacia los trastornos mentales y tener un familiar con algún tipo de trastorno mental.

| Estrato socioeconómico | Nivel de Actitud | | | |
|------------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| 1 | 3 | 12 | 1 | 16 |
| 2 | 4 | 18 | 2 | 24 |
| 3 | 0 | 7 | 2 | 9 |
| 4 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 35. Estrato socio económico y nivel

De acuerdo a lo observado en la tabla, la mayoría de personas con una actitud media pertenece a un estrato socioeconómico 2 con un porcentaje del 75%. Igualmente, se puede apreciar que el menor número de personas con actitud positiva se ubican en los estratos 1 y 5 con una frecuencia de 1 cada uno, también se puede apreciar que en los estratos 3 y 5 no se

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

obtuvo ningún tipo de actitud negativa y que el mayor porcentaje de actitud positiva es de personas pertenecientes al estrato 2 (16,6%).

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 11,375 ^a | 8 | ,181 |
| Razón de verosimilitud | 10,392 | 8 | ,239 |
| Asociación lineal por lineal | 4,897 | 1 | ,027 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 36. Pruebas de Chi-Cuadrado

Teniendo en cuenta los resultados de Chi-cuadrado, se puede afirmar que no se evidenció ningún tipo de correlación entre la actitud hacia los trastornos mentales y el estrato socioeconómico.

| Conocimiento acerca de trastornos mentales | Nivel de Actitud | | | |
|---|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| Cursos | 1 | 5 | 0 | 6 |
| Capacitaciones | 3 | 20 | 3 | 26 |
| Durante su carrera | 4 | 15 | 5 | 24 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 37. Nivel de actitud y conocimiento

En la tabla se puede apreciar que la mayor parte de personas que marcaron una actitud negativa han obtenido información sobre los trastornos mentales solo a través de sus carreras con un porcentaje del 16,6%, mientras que el mayor número de personas que puntuaron una

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

actitud media han realizado algún tipo de capacitación con una frecuencia de 20, además se observa que la mayor cantidad de personas con una actitud positiva ha tenido una preparación en trastornos mentales solo durante su carrera, con un porcentaje del 20,8%

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 17,272 ^a | 8 | ,027 |
| Razón de verosimilitud | 15,335 | 8 | ,053 |
| Asociación lineal por lineal | 4,902 | 1 | ,027 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 38. Pruebas de Chi-Cuadrado

A través de la aplicación del Chi-cuadrado se obtuvo una correlación entre el nivel de actitud hacia los trastornos mentales y el conocimiento acerca de estos de un 0,027.

| Tiempo laborando con enfermos mentales | Nivel de Actitud | | | |
|--|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| 1-8 Meses | 5 | 14 | 2 | 21 |
| 9-2 Años | 1 | 18 | 2 | 21 |
| 3 Años en adelante | 2 | 8 | 4 | 14 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 39. Tiempo laborando con enfermos mentales

En la tabla anterior se muestra que la mayor cantidad de personas que puntuaron una actitud negativa son aquellas que llevan de 1-8 meses laborando con enfermos mentales, mientras que la mayor parte de personas que marcaron una actitud positiva han trabajado de 3 años en adelante con enfermos mentales.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,400 ^a | 4 | ,171 |
| Razón de verosimilitud | 6,274 | 4 | ,180 |
| Asociación lineal por lineal | 2,518 | 1 | ,113 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 40. Pruebas de Chi-Cuadrado

Con referencia a la correlación, según los resultados arrojados por el Chi-cuadrado, se puede afirmar que no existe una relación entre el tiempo laborando con enfermos mentales y la actitud hacia estos.

| Horas al día laborando con enfermos mentales | Nivel de Actitud | | | |
|--|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | Total |
| 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 6 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 8 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 9 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| 12 | 7 | 32 | 4 | 43 |
| 24 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 41. Horas al día y nivel de actitud

Respecto a las horas al día laborando con enfermos mentales se puede observar que la mayor cantidad de personas que evidenciaron una actitud negativa trabajan 12 horas con personas que padecen algún tipo de trastornos mentales, representados por un porcentaje del

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

16,27%. En porcentaje menor, se evidencia que la mayor parte del personal que tiene una actitud positiva también trabaja 12 horas con enfermos mentales con un porcentaje del 9,3%.

| | Valor | Gl | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 18,721 ^a | 10 | ,044 |
| Razón de verosimilitud | 15,453 | 10 | ,116 |
| Asociación lineal por lineal | ,801 | 1 | ,371 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 42. Pruebas de Chi-Cuadrado

A través de la aplicación de Chi-cuadrado de logro establecer un nivel de correlación entre las horas al día laborando con enfermos mentales y el nivel de actitud del 0,044, es decir, si existe una correlación entre el número de horas al día que se trabaja con pacientes que padecen enfermos mentales y la actitud del personal hacia estos.

| Nivel Educativo | Nivel de Actitud | | | Total |
|---------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | Negativa | Media | Positiva | |
| Técnico | 4 | 25 | 2 | 31 |
| Tecnólogo | 3 | 5 | 0 | 8 |
| Profesional | 1 | 6 | 4 | 11 |
| Especialista | 0 | 4 | 1 | 5 |
| Magister | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 8 | 40 | 8 | 56 |

Tabla 43. Nivel educativo y nivel de actitud

La tabla muestra que la mayor parte de la población que marco una actitud negativa tiene un nivel educativo técnico evidenciado en un porcentaje del 12,90%, mientras que la mayor

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

parte de personas que obtuvieron una actitud positiva tienen un nivel educativo profesional, con un porcentaje del 36,36%.

| | Valor | Gf | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------------------|---------------------|-----------|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 17,272 ^a | 8 | ,027 |
| Razón de verosimilitud | 15,335 | 8 | ,053 |
| Asociación lineal por lineal | 4,902 | 1 | ,027 |
| N de casos válidos | 56 | | |

Tabla 44. Pruebas de Chi-Cuadrado

El nivel de correlación establecido a través del Chi-cuadrado es del 0,027, esto quiere decir que si existe una correlación entre el nivel educativo y la actitud hacia los trastornos mentales.

Discusión

El propósito de esta investigación fue identificar y describir las principales variables psicosociales que se relacionan con la actitud hacia los trastornos mentales del personal asistencial de una clínica psiquiátrica. Se pretendió, sobre todo, esclarecer los aspectos de la vida cotidiana que ejercen un papel fundamental en el componente actitudinal, en cuanto a trastornos mentales, de personas que se enfrentan diariamente a pacientes que padecen algún tipo de estas enfermedades y que por ende, afecta la manera de actuar frente a ellas y la atención que se brinda dentro de la clínica. El estudio, fue realizado con 56 trabajadores de la clínica La Misericordia, una entidad que brinda servicios psiquiátricos en la ciudad de Cartagena, entre las personas elegidas para la evaluación la gran mayoría eran auxiliares de

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

enfermería seguidos de médicos, enfermeros jefes, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de esta investigación se puede afirmar que la mayor parte del personal asistencial de la Clínica la Misericordia posee una actitud media con relación a los trastornos mentales, esto quiere decir, que la actitud hacia los trastornos mentales es un tema que requiere ser reforzado dentro de esta entidad, teniendo en cuenta que es necesaria una actitud positiva para una atención humanizada, tal y como lo afirman Albarracín, Blair, Mark (2010) quienes manifiestan que las actitudes conscientes e inconscientes están predispuestas a guiar la conducta dado que los factores externos permiten la ejecución de esas acciones, aspecto que confirma (Castro 2002) al proponer un componente conductual de la actitud, la cual él mismo define como un carácter preconductual. Al concebir la atención humanizada como una acción, entonces se debe considerar la actitud como un aspecto esencial dentro del ejercicio de esta. Es importante señalar, que la atención humanizada es un aspecto fundamental en cualquier entidad donde se brinden servicios de salud, debido a que en Colombia esta se ha convertido en un requisito que está siendo evaluado y supervisado por entidades que buscan valorar, analizar y abordar la situación de calidad y humanización de la atención, para así, gestionar cambios favorables en el logro de resultados en el mejoramiento de la salud (Ministerio de Salud, 2014).

Igualmente, se encontró que, en esta población la actitud hacia los trastornos mentales está relacionada con el conocimiento que poseen las personas acerca de dichos trastornos. Este resultado es comparable con los obtenidos por Gómez (2005) en un estudio realizado en Colombia, debido a que se demostró que con la intervención de vacíos y desconocimientos

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

acerca de los trastornos mentales, en personal que pertenece al área de la salud, fue posible mejorar el manejo que médicos de atención primaria le estaban dando a la depresión, es decir, ambos resultados recalcan la importancia del conocimiento dentro de la actitud y la intervención de los trastornos mentales. Además, este mismo resultado reafirma la teoría de Páez, San Juan, Romo y Vergara (1991) en su explicación de las funciones de la actitud en donde afirman que la actitud tiene una función evolutiva, la cual propone que el comportamiento es orientado por la información previa y del conocimiento procesado que se tiene del objeto.

Otro de los resultados obtenidos en esta investigación, describe una correlación entre el nivel educativo y la actitud hacia los trastornos mentales en el personal asistencial evaluado. Este hallazgo se puede explicar teniendo en cuenta el aporte de Vallerand (1994) en la conceptualización del término actitud, debido a que asegura que esta variable es un constructo no observable directamente donde interviene la percepción y el pensamiento y que, sobre todo, es aprendida. Lo anterior explica el hecho de que a través del desarrollo profesional y personal las personas puedan ir moldeando una actitud determinada hacia los trastornos mentales que determinen o guíen su comportamiento hacia las personas que los padecen. (Ibarra, 2005) también hace referencia a esto al establecer que la actitud profesional va ligada a la ética y la formación de valores durante el perfeccionamiento de una profesión; se puede asumir entonces que al hablar de una formación profesional se debe hacer hincapié en un proceso que integre las capacidades y competencias necesarias para acceder al mundo laboral, junto a los valores y las actitudes que moldean la personalidad del sujeto, contribuyendo al desempeño competitivo y eficaz de la profesión que se ejerce. De esta manera la ética profesional recupera y antepone ante cualquier otro interés, la razón social de la profesión proporcionándole a la sociedad los bienes y servicios necesarios para satisfacer

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

las necesidades. Todo esto teniendo en cuenta que entre más se desarrolle el ser humano tanto profesional como personalmente, más valores y actitudes deben ir incorporando dentro de su quehacer.

El número de horas que el personal permanece en contacto con pacientes que padecen algún trastorno mental fue identificada como una de las variables que poseen correlación con la actitud de estos hacia los trastornos mentales, esto puede deberse al agotamiento que genera el atender al más de 100 pacientes que están diagnosticados con algún trastorno mental y en diferentes grados de cronicidad y deterioro. Según Robazzi et al (2010), el trabajo realizado de manera excesiva favorece significativamente los agravios a la salud psíquica y mental de los trabajadores de la salud, en especial en profesionales que son médicos, psicólogos, dentistas y miembros del equipo de enfermería, siendo los padecimientos más comunes estrés ocupacional, estrés crónico, sufrimiento emocional, además de quejas físicas y psíquicas en general.

Dentro del grupo de variables psicosociales estudiadas, se encontró que no existe ningún tipo de correlación entre la actitud hacia los trastornos mentales y variables como: el sexo, la edad, el estado civil, el cargo desempeñado en la clínica, el tiempo que lleva cada uno trabajando en la clínica La misericordia, el tipo de familia, el haber tenido algún familiar con trastorno mental, el estrato socioeconómico, el tiempo laborando con enfermos mentales, el tipo de relación con la familia del paciente, el lugar de origen y lugar de crianza.

Conclusión

Durante la investigación se lograron establecer las variables psicosociales del personal asistencial de la clínica La Misericordia, teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la vida de los sujetos evaluados que enmarcan su desarrollo en diferentes áreas de esta. Además, se identificó que a nivel general, la actitud que existe en el personal es una actitud media,

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

partiendo de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Actitud escogida. Por último se realizó la correlación entre las variables psicosociales y la actitud hacia los trastornos mentales en el personal asistencial, encontrando correlación entre la actitud hacia los trastornos mentales del personal y variables psicosociales como: el nivel educativo de los participantes, el conocimiento que poseen estos acerca de los trastornos mentales y las horas que permanecen en contacto con los pacientes, motivo por el cual se acepta parcialmente la hipótesis general, la cual afirma que hay una correlación entre las variables psicosociales y la actitud hacia los trastornos mentales. Es preciso afirmar entonces, que si bien no se obtuvo correlación entre todas las variables psicosociales seleccionadas en este estudio y la actitud hacia los trastornos mentales, existen aspectos del desarrollo y aprendizaje humano que determina la evaluación o juicio que una persona realiza frente a un estímulo específico y en ese sentido (retomando el aspecto preconductual de la actitud mencionado anteriormente) existen variables psicosociales del personal asistencial que están incidiendo en el tipo de atención que se brinda a los pacientes en la clínica La Misericordia.

Recomendaciones

Proporcionar opciones de respuesta para identificar el tipo de relación que tiene el personal con la familia del paciente

Realizar procesos de capacitación, psicoeducación y sensibilización en trastornos mentales al personal asistencial de la Clínica la Misericordia

Incorporar programas de desarrollos de carreras que promuevan el mejoramiento de los niveles educativos del personal asistencial de la clínica La Misericordia

Idear estrategias que contrarresten el exceso de horas que trabaja el personal con pacientes que padecen trastornos mentales (pautas activas, integraciones, entre otros)

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Profundizar en cuanto otras variables psicosociales que posiblemente estén incidiendo en la actitud hacia los trastornos mentales de una población en específico.

Es importante mencionar que el campo de investigación relacionado con la atención hacia los trastornos mentales ha sido descuidado por la rama de la psicología, y es conveniente promover proyectos investigativos que evalúen el tipo de actitud que se está manejando en las diferentes entidades que intervienen en el proceso de recuperación de personas con trastornos mentales y las condiciones de su vida cotidiana que influyan en dicha actitud, reflejándose así en el comportamiento y en el tipo de atención que se brinda en estos lugares.

Referencias

- Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana salud publica* .
- Anonimo. (2013). La atención en psiquiatría “será igual de precaria”. *Semana* .
- Anthony et al, 2. (2004). *Conceptos, evidencia emergente, practica* . Francia : OMS.
- Arturo Del Castillo Arreola, G. S. (2014). Apoyo Familiar en el Manejo. En J. M. JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS, *Enfermedad y Familia* (pág. 116). Toluca, Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Astudillo, P. (S.F). Factores Psicosociales . *Departamento de salud ocupacional instituto de la salud publica de Chile* .
- Avifes. (1986). *Entidad sin animo de lucro* .
- Bronfenbrener. (1987). *Teoria Ecologica* .
- Bustamante, J. C. (2002). Análisis de los componentes actitudinales de los Docentes hacia la enseñanza de la Matemática. . *Universitat Rovira I Virgili*.
- California, D. R. (S.F). *Definiciones de estigma y*. California : California's Protection .
- Cesar Augusto, A. D. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría . *Revista Colombiana de Psiquiatría* .
- Clemens Hosman, E. J.-L. (2005). *Prevención de los Trastornos mentales, Intervenciones Efectivas y Opciones de Politicas*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud .

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

- Core, S. (2000). *Sensación y Percepción* . Mexico: McGRAW-HILL.
- Creswell, J. W. (2014). *Diseño de la investigación: Métodos cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos*. California: Adele Hutchinson .
- Cuesta, M. (S.F). Introducción al muestreo.
- DANE. (2014). Guía para Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores. DANE.
- Davidoff, L. L. (1999). *Introducción a la psicología* . Mexico : McGRAW-HILL.
- Dolores Albarracín, B. T. (marzo de 2010). *MANUAL DE ACTITUDES*. Obtenido de psicología experimental.
- Edufisica, G. d. (S.F). LAS ACTITUDES. *Revista EDU-FISICA*.
- Esperanza Torrico Linares, C. S.-D. (2002). El Modelo ecologico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología . *Universidad de Murcia*.
- Francisca Expósito, M. M. (2005). *Aplicando la psicología social* . Madrid: Ediciones Pirámide.
- Freud, B. c. (S.F). *Psicoterapia Breve* .
- Gómez, B. G. (2005). Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión.
- GONZÁLEZ, M. (s.f.). LAS CIENCIAS SOCIALES: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN . *El área social en la E.G.B. Servicio de publicaciones del Ministerio de Educación,*.
- Gonzalo Musitu, J. H. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria*. UOC.
- J.M. Latorre Postigo, J. L. (octubre de 2005). *ScienceDirect* .
- Jerónimo Barranco Navarro, M. C. (7 de Marzo de 2011). *Scribd*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/51667482/Psicologia-Social-Esquema-Tema-2-Percepcion-social-y-procesos-cognitivos>
- Kátia Bones Rocha, K. P. (2008). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables. *Psicothema*.
- KATZ, D. (1960). THE FUNCTIONAL APPROACH TO THE STUDY OF ATTITUDES.
- Luis FERNANDEZ RIOS, M. T. (1998). Una Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud . *R.A.E. N. Vol. VII/. N. o 27* .
- Madrid, U. A. (2008). *UAM*. Obtenido de https://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/introspss.pdf

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

- Manuel Alejandro Moreno C, J. E. (2015). Abordaje psicosocial. Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado. *ResearchGate*.
- María Eugenia Agudelo Arango, M. v. (2007). Percepción de la crítica familiar en pacientes. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 213,214.
- Martinez, M. (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. . Bogota .
- MELGAREJO, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 47-53.
- Monica Sacchi, M. H. (2007). Percepción del Proceso de Salud Enfermar Atención y Aspectos que Influyen en la Baja Utilización del Sistema de Salud, en Familias Pobres de la Ciudad de Salta. *Salud Colectiva* .
- Nacional, M. d. (Diciembre de 2011). *Graduados de Colombia* .
- Neto, F. (2009). Implicit and explicit attitudes among students. *Pontificia Universidad Javeriana*.
- Núria Español, C. C. (2015). *PROFESIONALES: La actitud del profesional para promover la autodeterminación de las personas con discapacidad*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- P. Ridruejo Alonso, M. L. (1997). *Psicología Médica* . España: McGRAW - HILL INTERAMERICANA .
- Pablo Briñol, C. F. (2007). *Psicología Social*. España: McGraw-Hill.
- Palladino, A. C. (2010). Introducción a la Demografía . *Universidad Nacional del Norte* , 1.
- Pérez, R. M. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicologica* .
- Perez, S. P. (S.F). El concepto de adolescencia. *Manual de practicas clinicas para la atenció*.
- Polo, C. A. (Julio de 2009). *UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)*. Obtenido de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401514/401514_Material_CursoCORE/Modulo_Psi_social_Exe/leccin_4__percepcin_social_y_tipos.html
- Quintero, B. (2001). Etica del Cuidado Humano bajo los Enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson . *Ciencia y Sociedad* , 17 .
- R. Vezzoli, L. A. (2002). Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur Psychiatry Ed*.
- Robazzi, M. L., Mauro, M. Y., Dalri, R. d., Silva, L. A., Secco, I. A., & Pedrão, L. J. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermeria* .

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Roberto Hernandez Sampieri, C. F. (2006). *Metodología de la investigación* . Mexico : McGraw-Hill _ Interamericana .

Ruiz, M. Á. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 9.

Salud, M. d. (2014). Calidad y humanización de la atención en salud .

Salud, M. d. (2014). Calidad y humanización de la atención en salud .

Silvia Ubillos Landa, D. P. (2004). Actitudes. *Dialnet*, 301-326.

Silvia Ubillos, S. M. (2004). ACTITUDES: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y ACCIÓN PLANIFICADA. *Psicología social, cultura y educación*.

Sobrino, E. R. (2015). EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS,ACTITUDES, OPINIONES Y CREENCIAS QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL. *EIR de Salud Mental del HGUGM* , 41-52.

Stephen Worchel, J. C. (2002). *Psicología Social*. Mexico: Thomson.

Teyssier, J. G. (2000). CIENCIAS DE LA SALUD I. *COLEGIO DE BACHILLERES*.

Ubillos, S. (S.F). COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y. *Psicología Social, Cultura y Educación*.

Anexos**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES**

Yo, _____ con CC _____ expedida en _____;funcionario(a) de la clínica La Misericordia una vez informado(a) sobre los propósitos, los objetivos y los procedimientos que se evaluarán dentro de esta investigación autorizo a Yulieth Vanessa Muñoz castellar (Cc.1.044.932.003), Alexandra Gonzales Mattos (CC. 1.047.474.567) y Tatiana Patricia Chacón Arrieta (CC. 1.047.474.014), estudiantes de la Universidad del Sinú de Cartagena para la participación en el proyecto de investigación titulado **“Relación Entre la Actitud Hacia los Trastornos Mentales y las Características Psicosociales en Personal Asistencial de la Clínica la Misericordia de la Ciudad de Cartagena”** así mismo para la aplicación del Cuestionario de Variables Psicosociales y la Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales de Fernández, Torres y Carballa.

Adicionalmente se me informó que: 1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.2.No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. 3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad del Sinú de Cartagena bajo la responsabilidad de los investigadores. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como para otros empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Para mayor constancia se firma el día _____ del mes _____ del 2017

Cuestionario de Características Psicosociales

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Cargo: _____

Tiempo trabajando en clínica La Misericordia 1 a5 meses 6 meses a 2 años

3 años en adelante

Lugar de nacimiento: _____

Lugar en el cual creció: _____

Lugar en cual se encuentra viviendo: _____

Tipo de Familia: Nuclear Extensa Mono parental Otro

Cual: _____

Ha tenido algún familiar con trastorno mental. No Si

Parentesco _____

Estrato Socioeconómico al que pertenece: 1 2 3 4 5 6 7 8

Nivel educativo: Técnico Tecnólogo Profesional Especialista Magister

Doctorado

Posee conocimientos sobre los Trastornos Mentales a través de Cursos Capacitación
Durante su carrera

Tiempo laborando con enfermos mentales: 1 a 8 meses 9 meses a 2 años 3 años
en adelante

Horas al día en contacto con pacientes psiquiátricos _____

Días a la semana en contacto con pacientes psiquiátricos _____

Tipo de relación o cercanía con la familia del paciente: _____

Revisado y Aprobado por la Asesora Metodológica de la Universidad del Sinú Kelly Arrollo Velandia

Escala de Medición de Actitudes hacia los Enfermos Mentales

Aplicado por Fernández, Torres y Carballal (1998) en futuros técnicos de salud, este cuestionario consta de 20 ítems, cada uno de ellos consta de cinco alternativas de respuesta, de las cuales deberás elegir una, dependiendo del grado de acuerdo que suscite cada enunciado.

1. En mi futuro profesional preferiría no tratar a enfermos mentales

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

2. No tendría ningún inconveniente en que en mi comunidad vecinal habitase un enfermo mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

3. No debiera aconsejarse que los enfermos mentales estuviesen en contacto con personas normales, ya que, debido a su propia dolencia, saldrían perjudicados

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

4. Si estuviese ingresado en un hospital general, no tendría inconveniente en compartir habitación con un enfermo mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

5. A los "locos", en caso de que alteren el orden público, lo mejor sería internarlos en un hospital psiquiátrico

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

6. No tendría inconveniente en compartir vivienda con una persona aun sabiendo que padece una enfermedad mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

7. No sería de mi agrado que un enfermo mental se afiliase a una organización a la que pertenezco

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

8. Todo enfermo mental debiera tener derecho, como cualquier persona, a un trabajo remunerado

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

9. Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están "locos", para estar prevenidos hacia ellos

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

10. En los manicomios debiera permitirse a los internados la misma libertad que la que existe en los hospitales generales.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

11. No rehusaría alquilar un piso aunque supiera que tendría como vecino a un enfermo mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

12. No aceptaría de buen grado compartir mesa en un comedor público con un enfermo mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

13. Invitaría a pasar unos días en mi casa a un amigo aunque supiera que padece una enfermedad mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

14. No iría de viaje con una persona que padeciese una enfermedad mental

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Indiferente
- D. En desacuerdo
- E. Muy en desacuerdo

15. Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales

- A. Muy de acuerdo

ACTITUD HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y VARIABLES PSICOSOCIALES

- B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo
- 16.** No pondría un negocio con una persona que tuviera una enfermedad mental
- A. Muy de acuerdo
 - B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo
- 17.** Aunque supiera que padece una enfermedad mental, confiaría mis problemas a un amigo
- A. Muy de acuerdo
 - B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo
- 18.** No debiera dejar matricularse en la Universidad a personas que padeciesen enfermedades mentales, ya que ocupan el puesto de otras más capacitadas
- A. Muy de acuerdo
 - B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo
- 19.** Dejaría quedar solo en mi casa a un conocido aun sabiendo que padece un trastorno mental
- A. Muy de acuerdo
 - B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo
- 20.** No confiaría dinero a cargo de un enfermo mental
- A. Muy de acuerdo
 - B. De acuerdo
 - C. Indiferente
 - D. En desacuerdo
 - E. Muy en desacuerdo

