

INVESTIGACIONES

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Irene Esguerra V.*

RESUMEN

La investigación de "Actitudes hacia la enfermedad mental: un estudio descriptivo con personas con antecedentes de enfermedad mental", fue realizado en dos instituciones psiquiátricas de Bogotá, tomando una muestra de 115 personas con antecedentes de enfermedad mental. Se utilizó una escala tipo Liker con 37 reactivos y cinco opciones de respuesta, y el análisis se centró en la valoración de los componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales de la actitud hacia la enfermedad mental.

Palabras Claves: Actitud/enfermedad del sistema nervioso. Attitude/Nervous System Diseases.

Descripción del problema

Aún cuando hay que reconocer que en nuestro país en los últimos 20 años tanto las instituciones psiquiátricas públicas como privadas han mejorado la atención a los enfermos mentales, con la integración de equipos interdisciplinarios, mayor atención a la rehabilitación y en menor grado a la familia, se continúa sin ofrecer verdaderas alternativas de recuperación, socialización y reinserción del individuo enfermo a la sociedad.

En el último Estudio Nacional de Salud Mental elaborado por la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud en el año 1993, se detectó que 14.3% de la

población estudiada presentó indicador positivo para psicosis, siendo mayor la frecuencia en mujeres y la prevalencia en la población joven.

Con relación a la detección de algunas situaciones específicas de Salud Mental se encontró que la escala de ansiedad muestra una prevalencia total del 9.6%, dato similar al de Estados Unidos, siendo mayor en el sexo femenino y asociada a bajos niveles sociales y a la vida exigente de las grandes ciudades, como Bogotá, Medellín, etc. Así mismo se encontró que el 25.1% de la población estudiada tiene algún grado de depresión clínica.

El Ministerio de Salud está empeñado en sacar adelante "La Reestructuración de la Atención en Salud Mental", basada en dos pilares: por un lado la desinstitutionalización de los pacientes crónicos que pueden

* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

tener un apoyo sociofamiliar, o de aquellos que con apoyo del Estado puedan vivir en sitios menos cronicantes, donde se respeten los derechos Civiles y Humanos de los pacientes; de otro lado, el establecimiento de programas de Atención Primaria en Salud Mental, que permitan una detección oportuna de las alteraciones de la conducta (1).

La Desinstitucionalización resulta entonces, un proceso muy complejo del cual la salida de los pacientes del hospital es solo uno de sus componentes; comprende además el mejoramiento de los hospitales mentales en los aspectos éticos, clínicos, institucionales y sanitarios, la creación de alternativas asistenciales extrahospitalarias, la proyección comunitaria de la asistencia y la superación del aislamiento en que se encuentra el enfermo mental, el Hospital Mental sino la Psiquiatría misma. (O.P.S. 1991).

Lo anterior supone la transformación de los actuales Hospitales Mentales en Centros de Atención y Rehabilitación Integral, con mayor apertura hacia la comunidad, la fortificación y apertura de nuevas unidades de salud mental en los hospitales generales, la apertura de consultas externas psiquiátricas en hospitales de primer nivel, la provisión de psicofármacos en todos los niveles de atención, la conformación y adiestramiento de equipos de salud mental comunitarios, la promoción de estrategias y modalidades comunitarias de atención y el desarrollo de nuevas alternativas.

Para lograr estos objetivos, se hace indispensable el cambio de "Actitud" hacia el enfermo mental, empezando por su propia familia, la comunidad, los equipos de salud. Es importante que, en lo posible, que el mismo enfermo cambie de actitud hacia su enfermedad, de manera que se comprometa más en su tratamiento y rehabilitación.

Se debe reconocer que la tarea de cambiar la "imagen de desechable" que se ha dado al enfermo mental, no es algo fácil, pues

detrás de esta imagen existen siglos de historia donde el enfermo mental se ha mantenido discriminado, aislado, y alrededor del cual se han elaborado gran cantidad de mitos y temores. Es importante no solo tratar la enfermedad o manejar los síntomas de ésta, sino tratar a la persona integralmente, facilitando el desarrollo de potencialidades, la rehabilitación y la reinserción social. Se deben desarrollar Programas concretos que permitan al enfermo mental reubicarse en su medio familiar, social y laboral.

Es un hecho la persistencia de temores hacia el enfermo mental por parte de la familia, de su círculo de amigos, y en general por las personas de la comunidad. Muchos de esos temores y creencias hacen que se generen actitudes de rechazo hacia el enfermo mental, logrando así afianzar más la problemática de la persona con enfermedad mental, en lugar de constituirse en puntos de apoyo para su recuperación.

La investigación sobre "Actitudes del enfermo mental hacia la enfermedad mental" responde a planteamientos hechos por la División de Salud Mental del Ministerio de Salud sobre la necesidad de cambiar la imagen del enfermo mental y de generar nuevos procesos actitudinales hacia la enfermedad mental. Como etapa previa al cambio de actitudes es importante valorar las actitudes que existen hacia la persona con enfermedad mental por parte del paciente, la familia, el personal de salud que labora o no en instituciones psiquiátricas, y la comunidad.

Esta etapa de la investigación se centra en la valoración de la actitud de la persona con enfermedad mental hacia su enfermedad, por considerar de suma importancia la detección de éste componente actitudinal en el compromiso del paciente en su tratamiento y rehabilitación. Es una realidad permanente en las instituciones psiquiátricas las frecuentes rehospitalizaciones de los pacientes relacionada con la falta de continuidad en el tratamiento lo cual hace suponer una actitud

poco favorable hacia su situación de salud y hacia el proceso de recuperación.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar las actitudes hacia la enfermedad mental por parte de un grupo de personas que han sido tratadas por enfermedad mental en instituciones psiquiátricas, mediante la elaboración y aplicación de una escala específica.

Objetivos específicos

- Elaborar y validar un escala de medición de actitudes hacia la enfermedad mental, teniendo en cuenta los componentes afectivo, cognoscitivo y comportamental.
- Identificar y analizar las características actitudinales hacia la enfermedad mental, teniendo en cuenta los componentes afectivo, cognoscitivo y comportamental.
- Comparar las actitudes acerca de la enfermedad mental, considerando como referentes los valores internos de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio.
- Con base en los resultados proponer algunas estrategias tendientes a cambiar la actitud hacia la enfermedad mental, de manera que se favorezca su recuperación.

Marco teórico

El ser humano y la enfermedad mental

El ser humano es una criatura maravillosa y polifacética. Es una realidad única e irrepetible, es un ser concreto e individual que tiene una naturaleza específica: la humana.

El ser humano se concibe como un ser integral, en el cual sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual están interactuando permanentemente. Lo que afecta a una de sus partes afecta a las demás. El

enfermo mental es una persona y su enfermedad, por más deteriorante que sea no lo despoja de su condición de persona.

¿Quién es el enfermo mental? Es ante todo un "SER HUMANO", una persona que piensa, que siente y actúa de una manera particular, diferente a cualquier otra persona, un ser único e irrepetible. Una persona que tiene una serie de valores, de necesidades, de capacidades y de limitaciones. Una persona que tiene derecho a ser tratada como tal, con respeto y consideración. La enfermedad mental es una experiencia vivida de un ser humano, no es simplemente un diagnóstico, es algo que afecta a la persona como totalidad y a las personas que le rodean.

Cuando la enfermedad se presenta en forma inesperada y se inserta en la vida del ser, constituye para sí y para quienes le rodean en una dolorosa realidad. La enfermedad suscita la experiencia de la propia limitación, fragilidad y vulnerabilidad; experiencia que afecta a la persona como totalidad, que la saca de su cotidianidad, alterando sus proyectos existenciales, sus relaciones familiares, laborales, sociales, afectando su seguridad y autoestima, es decir afectando su vida en general.

La enfermedad mental, así como la enfermedad física, es una confrontación dolorosa de la vida, una realidad que causa sufrimiento y modificación en el desenvolvimiento de la persona a nivel personal, familiar y social. Uno de sus grandes sufrimientos es el sentimiento de ser "diferente" y por lo mismo ser excluido y apartado de los demás.

El enfermo mental es con frecuencia un marginado social, al no tener un trabajo y ser rechazado por la familia, y por la colectividad. Es, además, un marginado cultural, ya que se siente y actúa de modo diferente. Pero en lo más profundo de su ser desea comunicarse y relacionarse con los demás. Desea ser útil, ocupar un lugar en su familia y en la sociedad, derecho que muchas veces

se le limita. El enfermo mental es, a veces, tratado como un “niño pequeño”, sin voz ni voto, con el que no se cuenta y al que no suele hacerle caso. Es considerado como una persona incapaz de pensar y tomar decisiones, llegando así a afectar su autonomía y derechos de la persona. El enfermo mental muchas veces se queja de la falta de credibilidad que manifiestan las personas que le rodean a lo que él dice, muchas veces ni las personas cercanas ni los profesionales le creen, lo cual va afectando cada vez más sus relaciones y su autoestima.

Como vimos anteriormente la enfermedad mental no solo afecta a la persona que la padece, sino que afecta a la familia. Con la llegada de la enfermedad se altera la estructura familiar, se cambian algunos roles, se deben asumir otros, surgen nuevas necesidades, preocupaciones y sentimientos. Puede surgir una sensación de frustración, de malestar, incluso puede presentar cierto resentimiento frente al enfermo, pues se ven afectados por muchas pérdidas, como por ejemplo pérdida de status, de amistades, de trabajo, de estabilidad económica, etc. No se puede desconocer que la familia puede verse enfrentada a situaciones de rechazo directo o encubierto por parte de los vecinos y amigos.

La familia a veces se avergüenza de la persona enferma por el qué dirán, por temor a las conjeturas y habladurías que se pueden elaborar a raíz de la enfermedad mental y los tabúes que le rodean. La sociedad a su vez, no sabe como tratar a esas personas, y pesa sobre ella muchos años de historia de temor y maltrato hacia el enfermo mental.

Ante la evidencia de enfermedad mental se ha observado que las familias reaccionan de diferentes maneras: algunas familias se sienten responsables de la enfermedad, presentan sentimientos de culpa, así la familia puede reprocharse por no haberle dado cuidados y cariño necesarios, o por el contrario por haberlo sobreprotegido, o puede buscar

explicaciones en otras enfermedades o hábitos de la familia. Otras veces la familia señala al mismo enfermo como responsable de su situación al considerar que no cuidó lo suficiente, que no hizo caso a las indicaciones que le hizo la familia, que se rodeó de malas amistades, etc.

La familia al reconocer que un miembro de su familia tiene una enfermedad mental y requiere hospitalización y tratamiento, va perdiendo poco a poco la confianza y la valoración que le tienen. Puede tener la tendencia a sobreprotegerlo, hasta el extremo de no dejarle tomar decisiones, o por el contrario irlo aislando (llegando incluso al abandono cuando la enfermedad se torna crónica). Muchas veces el enfermo mental se convierte en la oveja negra de la familia, en una carga económica y emocional, en una persona sin futuro. Dentro de este panorama al enfermo mental no se le permite expresarse, ni se le estimula lo suficiente para involucrarse más en su tratamiento y recuperación. En la medida que la enfermedad mental avanza, y se hacen repetidas las hospitalizaciones las personas cercanas a él no creen en su recuperación y lo van dejando cada vez más solo, obligándolo a refugiarse más en su enfermedad.

Las reacciones de la familia pueden ampliarse y afianzarse debido al desconocimiento que tienen acerca de la enfermedad, de su evolución, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. Muchas veces desean ayudar a la persona enferma pero no saben cómo hacerlo, desean ser útiles en el manejo del paciente y no se les indica qué deben hacer. Por ignorancia, en lugar de estimular al paciente hacia su recuperación, lo impulsan a la dependencia, al aislamiento, a la soledad.

Como lo expresa el doctor Cristo en su libro *Derechos del Enfermo Mental*: “La recuperación del enfermo mental ha tenido tantos tropiezos a lo largo de la historia, porque no se le acepta como él es. Parece que su

enfermedad le hubiera traído la degradación total. Se ve en él a un enemigo de la sociedad del cual hay que defenderse a como dé lugar y, en lo primero y casi único que se piensa es en encerrarlo, lo más lejos de la familia, y de los centros de atención comunes a otros ciudadanos. Se cree que con ocultar el problema este es menos grave. Si no se tuviera el peor de los conceptos sobre el enfermo mental, los planificadores del Estado no dejarían en los últimos lugares la atención a dichos pacientes. Nadie se detiene a pensar si detrás de esa figura que rechazan tantos, hay de pronto un tesoro que conviene, que vale y que es preciso descubrir” (2).

Cuando se ve a los enfermos mentales en las calles la gente se inquieta pero no para ayudarlos, sino para rechazarlos, porque los considera un peligro. Sin embargo la peligrosidad que representa el enfermo mental es ínfima si se le compara con los delitos cometidos por los llamados “normales”.

Concepto de actitud

El concepto de actitud es uno de los más importantes en psicología social y ha sido el centro de un buen número de investigaciones. Las actitudes no son solamente un concepto que explica una buena parte de la conducta humana, sino que son importantes medios para predecirla y para modificarla.

A pesar de las muchas interpretaciones de la actitud existen varios elementos en que se aprecia un acuerdo. Así existe el consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. Otro punto común es la persistencia de la actitud, lo cual no significa que sea inmutable (aún cuando el cambio de actitud suele ser lento, las personas general continuamente nuevas actitudes y modifican las antiguas). Así mismo se ha encontrado como característica de las actitudes la consistencia en las manifestaciones conductuales y la cualidad de direccionalidad de las mismas. En general se consi-

dera que la actitud tiene una connotación que indica preferencia con respecto a resultados que implican al objeto, que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas, neutrales o negativas provocadas por aquel. Las actitudes guían los pensamientos, los sentimientos y la conducta.

Desde el punto de vista psicológico, la actitud se considera como un sistema integrado por tres componentes:

- Un componente cognoscitivo (conocimientos).
- Un componente afectivo (sentimientos).
- Un componente conductual (comportamiento) (3).

Componente cognoscitivo

Es un conjunto de categorías que los seres humanos utilizan para dar nombre a todos los estímulos. Esas categorías definen el conjunto de características que debe poseer un objeto para pertenecer a alguna de esas categorías. Es decir que para que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario conocerlo, es decir, disponer de una representación cognoscitiva. En ocasiones puede suceder que el conocimiento que se tiene del objeto no sea real, que no se ajuste a las características propias del objeto ni a sus cualidades, sin embargo, la intensidad de las actitudes no varía, ya que la persona le ha otorgado una carga afectiva, a favor o en contra, que es muy difícil de variar.

Componente afectivo

Es la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Es el sentimiento o carga emotiva que depositamos sobre un objeto social. El componente afectivo se forma por los contactos que hayan ocurrido entre el objeto social y las circunstancias placenteras o desagradables que se produzcan.

En varios estudios –Rosenberg, 1960– se ha demostrado que hay congruencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de la actitud y que si hay cambios en uno de ellos, un cambio similar ocurrirá en el otro (4). Es decir, que a mayor conocimiento del objeto de la actitud, le otorgamos mayor carga afectiva, y, así mismo, en la medida que aumenta nuestra afectividad hacia algo o alguien, aumenta el interés para conocerlo.

Componente conductual

Consiste en la tendencia a actuar o reaccionar comportamentalmente de un cierto modo con respecto al objeto social de la actitud.

Este componente ayudará a predecir qué conducta mostrará un individuo cuando se enfrente con el objeto de la actitud. Es componente conductual la activación, o la disposición a actuar de un modo específico hacia el objeto de la actitud.

Actitudes y enfermedad mental

Las actitudes sociales crean una predisposición a la acción hacia el objeto de la actitud categorizado y evaluado positiva o negativamente. Sin embargo, este componente no siempre sigue una línea congruente con el componente cognoscitivo y afectivo. Así, una persona puede tener una actitud fuertemente negativa (componente afectivo) hacia otra que conoce bien (componente cognoscitivo) y no obstante relacionarse con ella de forma cordial en una situación dada. Ello se debe a que los componentes cognoscitivos y afectivos pertenecen a la esfera privada de la persona, mientras que la conducta es pública y está sujeta a la presión social. El comportamiento no se encuentra únicamente determinado por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que deben hacer: el comportamiento muchas veces está en función de las normas sociales (5).

Aún cuando se reconoce que llevar a las personas a un cambio de actitud es un pro-

ceso largo y dispendioso, es importante partir de la identificación de las actitudes existentes en el grupo, con el fin de intentar algún método concreto para modificarlas. En el caso de los enfermos mentales es necesario identificar cuáles son las actitudes que tienen hacia su enfermedad, para luego sí llegar a proponer estrategias para cambiarlas.

Las actitudes de las personas hacia la enfermedad mental, no surgen en el momento que se presenta la enfermedad, sino, que ellas se han ido formando a lo largo de la vida. Desde muy pequeños los seres humanos aprenden de sus mayores que hay algunas personas que tienen un comportamiento extraño y que son potencialmente peligrosos, a quienes se les llama “locos”. Aprenden a evitarlos, aprenden a rechazarlos. Cuando se presenta la enfermedad mental en un miembro de la familia, estas actitudes no desaparecen, por el contrario se hacen evidentes, llevando a las personas a una situación ambivalente: sienten que deben ayudar a esa persona cercana, pero al mismo tiempo aparecen las actitudes negativas de temor, de rechazo, etc.

La persona que llega a enfermar mentalmente, también llega a su situación de enfermedad con una actitud formada previamente hacia la enfermedad mental y hacia las personas con enfermedad mental. Actitudes que, algunas veces, se van modificando con la vivencia que tienen en la institución psiquiátrica, al tener la experiencia de compartir con personas con diferentes manifestaciones de la enfermedad mental, al ingresar al mundo doloroso del enfermo mental. Al ingresar ellos al grupo de personas con enfermedad mental, empiezan a formar parte del “objeto de la actitud” y a recibir los efectos de la actitud negativa hacia el enfermo mental que prevalece en nuestra sociedad, y lo que es más difícil de aceptar empiezan a ver cambios de actitud muy marcados de personas cercanas a ellos como familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

En las actitudes que tiene el enfermo mental hacia su enfermedad mental influyen múltiples factores: las actitudes que apreció desde niño en los padres, adultos y grupos de pares hacia las personas con enfermedad mental; la o las experiencias negativas con relación al comportamiento de personas con enfermedad mental; el desconocimiento o falta de información acerca de la enfermedad mental; el efecto nocivo de algunos programas de televisión o de radio donde se presenta una imagen distorsionada del enfermo mental y de las instituciones psiquiátricas, que en lugar de promover hacia un cambio positivo de actitud, afianzan la actitud negativa.

Marco metodológico

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo, en el cual se busca describir la relación entre variables y no deducir relaciones de causa efecto. Para la recolección de la información se elaboró una escala de actitudes, donde se tienen en cuenta las tres dimensiones de la actitud: cognoscitiva, afectiva y comportamental.

Población y muestra

La población está constituida por todas las personas con antecedentes de enfermedad mental, que hayan estado hospitalizadas para su tratamiento, en servicios especializados de Santafé de Bogotá.

La muestra se tomó de forma intencionada de un grupo de pacientes y expacientes de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, y de un grupo de personas hospitalizadas en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Kennedy. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Personas con antecedentes de enfermedad mental, que hayan sido tratadas y hospitalizadas en institución psiquiátrica.

- Personas que hayan superado su fase crítica de la enfermedad, y que se encuentren en capacidades mentales de responder el cuestionario.
- Personas que voluntariamente quisieran responder el cuestionario.

Finalmente la muestra quedó conformada por 90 personas (pacientes y expacientes del programa de Apoyo y seguimiento) de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y por 25 pacientes de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Kennedy. La diferencia numérica se debió a la capacidad de hospitalización de cada una de las instituciones, así mientras la Clínica de la Paz tiene una capacidad para 270 personas, la unidad de salud mental sólo tiene disponibles 15 camas en la Unidad de Salud Mental.

TABLA 1
DISTRIBUCION POR INSTITUCIONES

INSTITUCION	No. CASOS	%
Clínica de Ntra. Sra. de la Paz	90	78.3
U.S.M. Hospital Kennedy	25	21.7
TOTAL	115	100

Técnica de recolección de datos

Inicialmente se elaboró una escala de diferencial semántico, en donde se pedía a los pacientes que cuantificaran los conceptos de enfermo mental, enfermedad mental y tratamiento de la enfermedad mental, en una serie de escalas con adjetivos bipolares. Sin embargo, al aplicarla en un grupo piloto conformado por 50 pacientes, se encontró que los items no tenían poder discriminatorio, razón por la cual se cambió en su totalidad el instrumento.

El instrumento que se elaboró finalmente es una escala tipo Likert. En esta técnica se

ofrecen varias proposiciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema y luego se pide a las personas que indiquen el grado en que concuerdan o discuerdan con la opinión expresada. Una vez sometido el instrumento a prueba de validez por conjueces y de determinar la confiabilidad del instrumento en una prueba piloto con 22 pacientes, se hicieron los ajuste necesarios y quedó conformado por 37 reactivos con cinco opciones de respuesta, donde el mayor valor (cinco puntos) se asignó a la actitud positiva y el menor valor (un punto) a la actitud negativa.

Análisis de datos

Para facilitar el análisis de datos éstos se ingresaron al Programa Estadístico SPSS (Statistical Package for de Social Sciences). Las variables sociodemográficas se manejaron únicamente con frecuencias y porcentajes, mientras que las variables específicas de la actitud se manejaron con la Prueba t de Student.

Datos sociodemográficos.

El mayor porcentaje de personas de la muestra, 79.1%, son adultos, entre 20 y 50 años, es decir personas que se encuentran en plena etapa de productividad a todo nivel: personal, familiar, social y profesional. En cuanto al sexo se encontró que el 52.2% eran hombres, mientras que el 47.8% eran mujeres. Con relación al estado civil se encontró que un alto porcentaje de la muestra, un 67.8%, no tienen pareja estable pues son solteros, viudos o separados, mientras que un 32.2% corresponde a personas casadas o en unión libre.

Datos relacionados con la actitud hacia la enfermedad mental

Para hacer el análisis de la actitud hacia el enfermo mental se hizo primero el análisis descriptivo de cada uno de los componentes de la actitud, y luego un estudio comparativo usando los valores internos de cada variable sociodemográfica, a través de la prueba t de Student.

1. Dimensión cognoscitiva

Con relación a la dimensión cognoscitiva de la actitud de los enfermos mentales hacia la enfermedad mental se puede apreciar que un alto porcentaje de la población da una puntuación media (entre 50 y 80) o baja (entre 49 y 64); solo un 7.8% dan un puntaje alto a ésta dimensión.

**TABLA 2
RESULTADOS DIMENSIÓN
COGNOSCITIVA**

PUNTAJE	FREC.	%
41 A 48	4	3.5
49 A 56	15	13.0
57 A 64	38	33.0
65 A 72	34	29.6
73 A 80	15	13.0
81 A 88	7	6.1
89 A 96	2	1.7
TOTAL	115	100
Media aritmética = 65.322		
Desviación = 9.528		
Varianza = 90.782		

Esto demuestra que el conocimiento que poseen los enfermos mentales sobre su condición de tales es muy escaso, y por lo mismo, deficiente. Es así como seguramente su actitud hacia la enfermedad mental recibe mucha mayor influencia de las creencias y los mitos de la cultura popular.

A pesar de que la mayor parte de los pacientes tiene más de una hospitalización, que han recibido tratamiento, y que han vivido la experiencia de enfermar mentalmente tienen un conocimiento limitado o distorsionado acerca de la enfermedad mental. Aún cuando no se puede desconocer la tendencia del paciente a no reconocer su

enfermedad, parece que es poco el tiempo que dedica el equipo interdisciplinario para informar al paciente acerca de su enfermedad, su tratamiento y su rehabilitación.

2. Dimensión afectiva

PUNTAJES	FREC.	%
11 A 15	2	1.7
16 A 20	11	9.6
21 A 25	42	36.5
26 A 30	32	27.8
31 A 35	21	18.3
36 A 40	6	5.2
41 A 45	1	0.9
TOTAL	115	100
Media aritmética = 26.357		
Desviación = 5.449		
Varianza = 29.688		

Como se aprecia en la Tabla 3 un porcentaje alto de pacientes, 82.6, asignan una puntuación media (entre 21 y 35) y un 11.3% una puntuación baja al componente afectivo de la actitud hacia la enfermedad mental, mientras que sólo un 6.1% dan una puntuación alta (entre 36 y 45). Es decir que la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con la categoría "enfermedad mental" es moderada o baja. Como vimos anteriormente esta respuesta puede estar relacionada directamente con las experiencias desagradables o negativas que han tenido los enfermos mentales durante todo el tiempo de evolución de la enfermedad, donde han podido apreciar la desconfianza que se les tiene, la poca credibilidad que se les da, y los términos peyorativos con que se hace referencia al enfermo mental en todos los ámbitos sociales.

En general se aprecia que hay correspondencia entre la dimensión cognoscitiva y la afectiva, es decir que a menor conocimiento que se tenga sobre el objeto de la actitud, en este caso la enfermedad mental, menor es la respuesta emotiva.

3. Dimensión comportamental

Con relación al componente comportamental de la actitud hacia la enfermedad mental se aprecia en la Tabla 4 que un altísimo porcentaje, 92.2%, se encuentra en puntuación media (entre 36 a 50) y puntuación baja (entre 21 y 35). Sólo un 7.8% corresponde a una puntuación alta en ésta dimensión. Es decir que la tendencia conductual de las personas encuestadas frente a la enfermedad mental es negativa, parece ser que debido a la influencia de sus propias vivencias, el enfermo mental tiende a rechazar a las personas con antecedentes de enfermedad mental. Así, al preguntarles sí permitiría que sus hijos hicieran amistad con personas con antecedentes de enfermedad mental o si se les debiera prohibir tener hijos, muchos de ellos se inclinan por las respuestas negativas.

PUNTAJE	FREC.	%
21 A 25	1	0.9
26 A 30	7	6.1
31 A 35	15	13.0
36 A 40	31	27.0
41 A 45	30	26.1
46 A 50	22	19.1
51 A 55	6	5.2
56 A 60	3	2.6
TOTAL	115	100
Media aritmética = 41.035		
Desviación = 7.238		
Varianza = 52.385		

De acuerdo a lo anterior se puede comprobar que en general hay congruencia entre los tres componentes de la actitud hacia la enfermedad mental, y si se tiene en cuenta que uno de los factores más poderosos cuando se crea una actitud o se influye sobre ella es la experiencia directa que el individuo ha tenido con el objeto de la actitud, se puede concluir que la experiencia de enfermar y ser tratado como enfermo mental ha dejado una marca negativa en las actitudes hacia la enfermedad mental.

4. Puntuación total en la escala de actitud

En la Tabla 5 se encuentran los puntajes totales obtenidos mediante la escala de actitud hacia la enfermedad mental. Con los siguientes resultados:

- Puntuación Baja (entre 81 y 110) = 11.4%
- Puntuación Moderada (entre 111 y 150) = 71.2%
- Puntuación Alta (entre 151 y 170) = 17.4%

TABLA 5 RESULTADOS PUNTUACION TOTAL		
PUNTAJE	FREC.	%
81 A 90	1	0.9
91 A 100	4	3.5
101 A 110	8	7.0
111 A 120	22	19.1
121 A 130	19	16.5
131 A 140	26	22.6
141 A 150	15	13.0
151 A 160	9	7.8
161 A 170	11	9.6
TOTAL	115	100
Media aritmética = 132.026		
Desviación = 19.659		
Varianza = 386.464		

Se aprecia, que al igual que en el análisis individual de cada componente de la actitud, se tienen las mayores puntuaciones entre los valores moderados (71.2%). Las actitudes extremas (baja y alta) se encuentran presentes en grupos relativamente pequeños.

Conclusiones

- En un porcentaje alto personas de la muestra prima una actitud moderada y baja hacia la enfermedad mental. Es decir que existe una predisposición a reaccionar negativamente hacia la enfermedad mental.
- La puntuación moderada y baja es congruente en los tres componentes de la actitud: dimensión cognoscitiva, afectiva y psicomotora, sin embargo se aprecia un porcentaje mayor de la muestra con dicha puntuación en las áreas cognoscitiva (92.1%) y comportamental (92.2%).
- El factor cognoscitivo moderado y bajo es decisivo en el desarrollo de la actitud hacia la enfermedad mental. Esto hace suponer que las personas poseen un conocimiento limitado y distorcionado sobre la enfermedad, bien sea porque no se les ha dado escasa información sobre ésta, sobre su tratamiento y su manejo. Siguen prevalesciendo creencias y mitos que se han venido afianzando a través de diferentes épocas.
- Los puntajes asignados a la dimensión afectiva y comportamental pueden estar relacionados con experiencias negativas que hayan tenido las personas de la muestra en su tiempo de evolución de la enfermedad, bien sea dentro o fuera de la institución psiquiátrica. No se puede desconocer que en general el enfermo mental es objeto de rechazo y maltrato por parte de la sociedad, y a veces de la misma familia, como lo demuestran otros estudios sobre actitud hacia la enfermedad mental.

- Al comparar las variables sociodemográficas con las dimensiones de la actitud se puede afirmar que el nivel sociocultural y económico incide ampliamente en la percepción de la enfermedad, es decir que a mayor nivel sociocultural existe una mejor actitud. Datos que concuerdan con los de estudios anteriores.
- La percepción más negativa de la enfermedad mental de acuerdo a los grupos de edad se encuentra en personas entre 40 y 49 años, quienes a su vez tienen mayor número de hospitalizaciones.

Recomendaciones

- Teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación se hace necesario implementar estrategias que busquen instaurar un cambio de actitud de las personas hacia la enfermedad mental que padecen. En la medida que la persona mejore su actitud es posible que se involucre más en su tratamiento y rehabilitación. Estas estrategias deben darse a todo nivel, desde el mismo Ministerio de Salud, las instituciones psiquiátricas, hasta la consulta individual.
- Para mejorar la actitud hacia la enfermedad mental se deben realizar cambios en los conocimientos que se dan acerca de la enfermedad y su tratamiento. No se puede pretender un autocuidado responsable al egresar de la institución mientras no se le explique al paciente qué tiene, cuál es su tratamiento, cuáles son los efectos de ese tratamiento, cómo puede aprender a identificar sus signos de recaídas para que busque ayuda antes de que se agudice su situación y deba ser hospitalizado. Esto es responsabilidad de todo el equipo de salud y en especial de enfermería. No debemos olvidar que toda persona tiene derecho a conocer su diagnóstico y su tratamiento, y el enfermo mental es una persona, tan pronto esté en capacidad de entender se le debe explicar. La educación constante, por razón de la enfermedad, debe mantenerse para reforzar o crear actitudes y aptitudes necesarias para la rehabilitación integral del enfermo mental. Para afianzar estos cambios actitudinales en los pacientes se deben dar también cambios en la actitud y en el trato que se les brinda. Cambios que deben darse a todo nivel, partiendo del personal que labora en instituciones psiquiátricas y de salud general, ampliándose luego a la familia y a la comunidad. Aún cuando generar un cambio de actitud es muy difícil, en especial en el caso de la enfermedad mental donde hay raíces tan arraigadas, se debe empezar por algo, y un paso importante sería una adecuada orientación a la persona enferma y a su familia desde el mismo inicio de la enfermedad. Para lograr este cambio se debe creer en la recuperación del enfermo mental, en que son personas útiles para sí y para los demás.
- Para llevar a efecto las Políticas del Ministerio de Salud de disminuir la hospitalización y la desinstitucionalización de los pacientes crónicos, se hace necesario la creación de programas extrahospitalarios y de proyección comunitaria que ayuden a fortalecer la autoestima de los pacientes, a mejorar la actitud de los pacientes hacia su enfermedad y a promover cambios en la actitud de las personas de la familia y la comunidad hacia el enfermo mental, de manera que se conviertan en recursos de apoyo, y dejen de ser agentes de rechazo y aislamiento. Se deben organizar programas de apoyo y seguimiento al hogar, que les brinden posibilidades de consulta de sus inquietudes y de reforzamiento en el manejo de su enfermedad.
- Se debe ampliar la investigación de identificación de actitudes en otros sectores de la población, como son la familia y la comunidad. Así mismo en estudiantes y profesionales vinculados al área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD. División de Comportamiento Humano. Boletines 2 y 3 de marzo de 1992.
2. CRISTO, Gustavo. Derechos del enfermo mental. p. 46.
3. WHITTAKER, James. La Psicología Social en el mundo de hoy. México: Trillas, 1979. p. 240.
4. Ibid., p. 245.
5. NOVEL, Gloria. Enfermería Psicosocial. Barcelona: Salvat. p. 33.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIAS GALICIA, Fernando. *Actitudes, opiniones y creencias*. México: Trillas, 1980.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. División de comportamiento humano. *Estudio Nacional de Salud y consumo de sustancias psicoactivas*. 1993.
- ESCALANTE, Carlos. *Las escalas en investigación social*. Bogotá: Edit. U. Nal. 1989.
- HABER, Judith et al. *Psiquiatría Texto Básico*. Barcelona Salvat. 1981.
- RESTREPO, Luis Carlos. *Libertad y Locura*. Bogotá: Arango Editores. 1991.
- SUMMNER, Gene. *Medición de actitudes*. México: Trillas. 1984.
- WHITTAKER, James. *La psicología social en el mundo de hoy*. México: Trillas. 1979.