

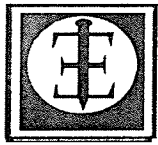
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE QUINTO Y
SEXTO AÑO DE CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO SOBRE PSIQUIATRÍA**

GUILLERMO ALFONSO DOMINGUEZ HERNÁNDEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en
Psiquiatría
Febrero de 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Guillermo Alfonso Dominguez Hernández

Carné Universitario No.: 100022818

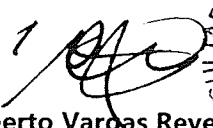
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO SOBRE PSIQUIATRÍA"**


Que fue asesorado: Dra. Virginia María Ortiz Paredes MSc.

Y revisado por: Dr. Jorge Enrique Villar Anleu

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2016.

Guatemala, 08 de febrero de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

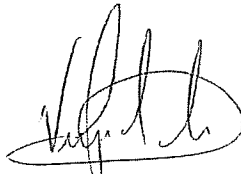

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 27 de julio de 2015

Señores
Comité de Selección, Evaluación y Promoción
Maestría en Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Por este medio hago constar que he asesorado el trabajo titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ACERCA DE LA PSIQUIATRÍA," realizado por el estudiante **Guillermo Alfonso Domínguez Hernández**, de la Maestría en Ciencias con Especialidad en Psiquiatría, quien ha cumplido con los requerimientos estipulados, por lo que lo doy por aprobado,



Virginia María Ortiz Paredes M.Sc.
ASESORA

c.c Dr. Guillermo Domínguez
Archivo personal

Guatemala, 27 de julio de 2015

Señores
Comité de Selección, Evaluación y Promoción
Maestría en Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Por este medio hago constar que he revisado el trabajo titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ACERCA DE LA PSIQUIATRÍA," en base a la "Guía para elaborar el Informe Final de Tesis" proporcionado por la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual corresponde al estudiante **Guillermo Alfonso Domínguez Hernández**, de la Maestría en Ciencias con Especialidad en Psiquiatría, y corroborando su cumplimiento con los requerimientos estipulados lo doy por aprobado,



Dr. Jorge Enrique Villar Anleu

REVISOR

c.c Dr. Guillermo Domínguez
Archivo personal

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	5
2.1. Concepto sobre Salud Mental.....	5
2.2. Psiquiatría.....	6
2.3. Prejuicios hacia la psiquiatría y enfermedades mentales.....	19
2.3.2. <i>Actitud de los profesionales</i>	20
2.4. Conocimientos.....	21
2.5. Actitudes.....	25
2.6. Prácticas.....	27
III. OBJETIVOS.....	28
4.1. Objetivo general:	28
4.2. Objetivos específicos:.....	28
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
4.1. Diseño general del estudio	29
4.2. Población y muestra.....	29
4.3. Variable	31
4.4. Procedimientos.....	33
4.4.1. Instrumento:.....	33
V. RESULTADOS	37
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	47
6.1. <i>Conclusiones</i>	48
6.2. <i>Recomendaciones</i>	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
VIII. ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	37
Tabla 2	37
Tabla 3	37
Tabla 4	38
Tabla 5	39
Tabla 6	40
Tabla 7	42
Tabla 8	42
Tabla 9	42
Tabla 10.....	43
Tabla 11.....	43
Tabla 12.....	44
Tabla 13.....	45
Tabla 14.....	46

RESUMEN

Objetivos.- Se realizó una investigación que describió conocimientos, actitudes y prácticas sobre psiquiatría en estudiantes de quinto y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. **Metodología.-** Estudio cualitativo, no experimental, transversal, descriptivo. Dos grupos poblacionales: 265 estudiantes de quinto que rotaron por el Hospital de Salud Mental y 132 estudiantes de sexto que realizaron ejercicio profesional supervisado en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Cuilapa. **Resultados.-** Estudiantes de quinto año: 77% entre 20 a 24 años, 53% masculinos y 90% no indígena. 50% superó prueba de conocimientos básicos. Al inicio de la rotación 91.7% tenían actitud favorable y 94.3% al finalizar. Prácticas, el 87.24% de estudiantes al finalizar la rotación, evidenciaron que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados, en comparación con 59.14% al inicio. Estudiantes de sexto año: 64% entre 20 a 24 años, 53% masculinos y 92% no indígena. 26% superó prueba de conocimientos, 92% con actitud favorable. Prácticas 72.37% evidencia que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados. **Conclusiones.-** El estudiante de quinto año tras rotar por el hospital de Salud Mental cuenta con conocimientos básicos, actitud favorable y buenas prácticas clínicas psiquiátricas. El estudiante de sexto año no cuenta con conocimientos básicos para práctica clínica de EPS, poseyendo actitudes favorables y buenas prácticas clínicas psiquiátricas. Los estudiantes de medicina que rotan por el Hospital de Salud Mental, adquieren conocimientos, buenas actitudes y prácticas hacia psiquiatría.

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala el proceso salud-enfermedad, se ha caracterizado por una perspectiva negativa, pues se destinan los recursos para combatir enfermedades y devolver la salud, lo que conlleva a que se dé mayor importancia a las manifestaciones “físicas u objetivas” (indicadores de morbilidad, mortalidad, desnutrición, pobreza, etc.), dejando en segundo plano la esfera psicosocial pues se considera “lo subjetivo”. Esto ocasiona que lo mental sea estigmatizado como algo sin importancia o de poca validez; dicho estigma existe en todas las sociedades, incluida la sociedad guatemalteca. Sin embargo, la discriminación no involucra únicamente al individuo, sino que el estigma y la discriminación afecta también a la familia de la persona, en el presente y, probablemente, en las futuras generaciones. ⁽¹⁾

La Salud Mental guatemalteca es producto de la causa y efecto de las interacciones sociales, debiendo ser entendida desde la problemática que atraviesa el país. Una de las mayores dificultades que enfrenta la elaboración de políticas públicas en Salud Mental, es que no se cuenta con suficiente información y preparación del personal de salud que atiende a la población en general, tanto a nivel público como privado.

El estigma ligado a la enfermedad mental y la discriminación se extienden también a los servicios sanitarios y hospitales psiquiátricos, fármacos psicotrópicos, psiquiatras y sobre todo estudiantes de pregrado de medicina, además personal de salud mental, lo que repercute profundamente en el desempeño de los mismos y por ende, es perjudicial para el enfermo mental. ⁽²⁾

Las teorías del “etiquetaje” e “interaccionista” coinciden en que existe prejuicio general contra los enfermos mentales sea cual fuere el contexto (cultural, regional, asistencial, etc.) ^(1,3,4), a pesar de la “biologización” del concepto de “locura”, que no ha mermado ni neutralizado, las respuestas negativas que inspira.

Existen procedimientos confiables de investigación de los prejuicios hacia la enfermedad mental, los cuales son estructurados mediante cuestionarios de investigación psicosocial o mediante las escalas de actitudes. Sin embargo las

actitudes no pueden estudiarse sin determinar el nivel de conocimiento sobre el concepto de "enfermedad mental".^(5,6)

El conocer las actitudes (derivadas de los componentes cognoscitivo, de reacción y afectivo) de los futuros profesionales es indispensable para predecir la calidad de los servicios de salud, así como la educación y acercamiento de la población a los mismos.

Varios estudios llevados a cabo en hospitales generales en España muestran que existe amplio rechazo de la enfermedad mental en las profesiones médicas en España.⁽⁷⁾ En un estudio realizado en la Universidad de Leipzig en estudiantes de Medicina (desde el año 1920) sobre esquizofrenia, se evidenció que los estudiantes, previo al estudio de la enfermedad, tendían a asociar la esquizofrenia con algún tipo de escisión mental de la personalidad y dicha asociación era más fuerte que en la población en general⁽¹⁾

Otras encuestas entre estudiantes de Medicina utilizaron las tradicionales escalas de "actitud hacia el enfermo mental" y descubrieron que las actitudes de los estudiantes hacia los enfermos mentales son tan negativas como las actitudes del público en general.⁽¹⁾

En un estudio con estudiantes de quinto año de Medicina, encontraron que la gravedad y agresividad del paciente se relacionaban con peor aceptación. Dichos autores mencionan que en los países subdesarrollados se contrata por necesidad a profesionales menos formados y que sus prejuicios suelen ser mayores que en los países industrializados.⁽⁸⁾

En 1990 se realizó un estudio en la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul de Brasil. Evaluando 376 alumnos que cursaban del 8° al 12° semestre de la carrera de medicina, evidenciando que el 52,8% de los encuestados presentaban actitudes positivas a la psiquiatría; 27,7% actitudes negativas y 19,5% se consideran neutros. En relación con las prácticas globales, 54% fueron favorables y 46% desfavorables.⁽⁹⁾

La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), provee el mayor número de profesionales médicos egresados al año en relación con universidades privadas,

contando con los únicos postgrados de especialización en psiquiatría del país. A pesar de egresar más profesionales, sus estudiantes de pregrado carecen de información continua, pertinente y especializada sobre la salud mental. Esta carencia es grave en la medida que afecta la calidad de los esfuerzos que se puedan realizar por mejorar la salud mental en Guatemala.

La experiencia acumulada en otros países ha enseñado que el abordaje temprano de los problemas de salud-enfermedad mental y su tratamiento preventivo, es más productivo que su combate curativo frontal; sin duda alguna las acciones preventivas se vuelven complicadas al carecer de personal asistencial con las cualidades necesarias.

Sin embargo desde el año 2009, en la Universidad de San Carlos de Guatemala, se implementó el programa de Salud Mental y Psiquiatría, como parte del pensum de estudios de los estudiantes de pregrado de la carrera de Médico y Cirujano. Realizando de esta manera la rotación por el Hospital de Salud Mental.

La presente investigación tuvo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina de quinto y sexto año de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Esto permitiría que los profesionales en salud (médicos) puedan informar acerca de las enfermedades mentales y así se pueda implementar campañas de sensibilización, enfocadas a reducir la discriminación en la población en general.

La idea del presente trabajo de investigación nace de la inquietud de su autor al haber experimentado adquisición de conocimientos y un cambio de actitud (favorable) hacia la psiquiatría, posterior a su rotación por el programa de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizada en el Hospital de Salud Mental.

Considerando los anteriores datos, está claro que el cambio de actitud hacia la enfermedad mental es parte esencial del proceso educativo, no sólo de los psiquiatras sino también de los médicos generales. Ya que los médicos generales juegan un papel importante en la atención primaria en salud y, por tanto, tienen mayor probabilidad de ser el primer contacto con el paciente con patología mental. Dicho

cambio se logra mediante el estudio de las enfermedades mentales, por lo que el conocimiento y su respectiva aplicación (práctica), juegan un papel importante en la modificación de las actitudes.

II. ANTECEDENTES

2.1. Concepto sobre Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁽¹⁰⁾

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX, utilizándose para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. Desde uso como “profilaxis mental” en Europa, hasta “higiene mental” en Estados Unidos. El término se utiliza de manera integral, es decir, desde la perspectiva bio-psicosocial del ser humano. Pretendiendo de esta manera, romper el fuerte eslabón de la concepción de la salud mental como la ausencia de enfermedad y, por tanto, lograr la prevención y promoción de la misma.^(10,11)

En distintos países, como en el caso de Guatemala, la mayoría de los recursos de atención en salud se destinan al tratamiento especializado de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental que permita promocionar y prever la aparición de enfermedades.⁽¹⁰⁾ En lugar de proporcionar atención en hospitales psiquiátricos, los países deben integrar la salud mental en el primer nivel de atención (asistencia primaria) y, a su vez, brindar atención de salud mental en los hospitales generales, creando servicios regionales y comunitarios que promuevan la salud mental.^(10,12,13)

El objetivo principal debe ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital del ser humano, garantizando así desde la infancia un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.^(11,12)

2.1.1. *Enfermedad Mental.*

De acuerdo a la OMS, se podría definir a la enfermedad mental como: “un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de

la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.”⁽¹⁴⁾

En la psiquiatría clásica se trata de diferenciar entre salud y enfermedad mental, aplicando criterios de la medicina general hacia las enfermedades mentales. Llegando a definir de esta manera a las “verdaderas enfermedades mentales”, como aquellas que tienen una base fundamentalmente biológica y que requieren tratamientos farmacológicos.⁽¹²⁾ Considerando al resto de “problemas mentales”, de etiología psicosocial (no biológico), siendo necesario el uso de tratamientos o métodos psicológicos para su terapéutica; a su vez pueden explicarse como variaciones del modo de ser psíquico.^(15,16)

Sin embargo, existe otro punto de vista, considerando a la “salud-enfermedad mental” como una díada, siendo dos entidades con carácter propio, indicando que la salud es un concepto global mientras que la enfermedad es un concepto parcial y puede existir la salud a pesar de la enfermedad.⁽¹⁷⁾

A pesar de las diferentes perspectivas, el término salud mental es utilizado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y en la práctica, toda acción está encaminada a la recuperación de la salud o evitar su deterioro, lo que da un nuevo sentido al macro concepto de salud mental.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Lo que complica la definición del término salud o enfermedad mental es lo relativo a cada cultura o sociedad, pues lo que en una cultura puede ser considerado como normal y “sano” en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por “anormal” o patológico.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

2.2. Psiquiatría.

La psiquiatría (del griego psiqué, alma, e iatría, curación) es la especialidad médica dedicada al estudio de la enfermedad mental con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.⁽¹⁾

Resulta ilustrativo contemplar las decisivas divergencias en las definiciones de la Psiquiatría propuestas por distintos psiquiatras condicionados por el paso del tiempo y sobre todo por la orientación ideológica de cada autor. La Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 1992) indica que el objetivo de la Psiquiatría es “tratar la enfermedad mental y promover la Salud Mental (...) lo mejor posible, de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados y que debe servir los mejores intereses del paciente (...) y para alcanzar estos objetivos, necesita de una investigación y de una formación continuas”.⁽¹⁾

El abordaje de las personas que padecen de algún trastorno mental, la clasificación de las enfermedades y su tratamiento tienen su razón en distintas épocas y distintas perspectivas teóricas que han influido en la comprensión y aproximación a la enfermedad mental y, por lo tanto, en el desarrollo de la psiquiatría como su herramienta principal. La visión historicista (entender el pasado con el mismo pasado) permite comprender cómo la historia de la psiquiatría se ha desarrollado a través de distintas formas e ideas revolucionarias, conjuntamente con actitudes populares ancladas en creencias supersticiosas u opuestas al pensamiento dominante. Sin embargo, la tendencia de la sociedad históricamente ha sido ver a la persona que padece una enfermedad mental como un individuo violento/agresivo o burlesco que no se recupera.^(1, 18, 19)

2.2.1. Orientaciones teóricas sobre psiquiatría.

La actitud de los psiquiatras en un mismo país, inclusive en un mismo centro asistencial, es muy variada, puesto que se comparten concepciones diferentes en la evaluación de un sujeto o de un fenómeno como tal. Todo esto es debido a los distintos avances en Psiquiatría biológica, Psiquiatría de Comunidad y la participación de la sociedad en los programas de Salud Mental, pues cada vez se hace más difícil distinguir cuál es el campo propio de la Psiquiatría, delimitándolo de otras ciencias afines. En el contexto de esta polémica en la que se encuentra la psiquiatría, tres son los modelos básicos en que se suelen agrupar las tendencias de pensamiento y sus diferentes formas de operar del sistema psiquiátrico:

- Modelos biológicos (incluidos los médicos)

- Modelos psicológicos
- Modelo social

Los tres grandes modelos teóricos por los que se rige la psiquiatría actual, se fueron desarrollando progresivamente a lo largo de los siglos. Lo que ha ocasionado que en el campo de la psiquiatría aparezcan enfrentados dos grupos opuestos: los que aplican preferente o exclusivamente tratamientos biológicos a sus pacientes y los que se aproximan a ellos con abordajes psicosociales. ^(1, 13-19)

2.2.1.1.1.1. Modelo Biológico.

Este modelo supone que el sujeto que muestra determinadas alteraciones respecto a los rasgos considerados normales en una población (alteraciones conductuales), está enfermo, debido a una causa o etiología francamente demostrable (o que se supone se evidenciará en el futuro), que producen unos síntomas, que permiten la aplicación de una etiqueta diagnóstica. Identificada así la enfermedad, se puede proponer un tratamiento sintomático e idealmente etiológico y presuponer un curso determinado de la enfermedad, lo que permite establecer un pronóstico. Como consecuencia de este proceso realizado por el médico, el paciente adquiere la situación de enfermo ante la sociedad, lo que le sitúa en condiciones de exigir de ésta determinadas prerrogativas: abandono de algunas responsabilidades, atención afectiva particular, protección económica, etc. Por su parte, la Sociedad le exige que cumpla los requisitos que conlleva el rol de enfermo: aceptación de sus limitaciones, observancia cuidadosa de los consejos del médico, etc. ^(1, 19-21)

2.2.1.1.1.2. Modelo Psicológico. ^(1, 13-16, 19-21)

Este modelo se basa en distintas teorías y métodos que explican la enfermedad mental en base al desarrollo “mental” del ser humano, su conducta y su forma de interactuar. Existen tres modelos psicológicos (aunque existen muchos más), que son los más utilizados en investigaciones: el modelo cognitivo, el cognoscitivo (o cognitivo-

conductual) y el modelo psicoanalítico (psicología del “yo” y el freudiano – lacaniano).

- Modelo conductista

En este caso no puede hablarse de un modelo en sentido estricto, pero pueden indicarse una serie de postulados fundamentales.

Como punto de partida hay que señalar que sus raíces se encuentran en los principios básicos de la teoría del aprendizaje, y consecuentemente, éstos serán sus pilares teóricos.

La raíz principal es el condicionamiento en cualquiera de sus modalidades: clásico (pavloviano) y operante (skinneriano). En el pavloviano la base del condicionamiento es la asociación tiempo-espacial de los estímulos condicionado e incondicionado (que precede al primero y lo controla), mientras que en el skinneriano lo fundamental es el refuerzo posterior de la respuesta, lo que condiciona la fijación y reiteración de la misma. En ambos casos el cese o suspensión de la situación gratificante (estímulo incondicionado en el condicionamiento clásico y refuerzo en el operante), abocan a la reducción o extinción de la conducta condicionada.

En este marco teórico, la conducta normal o patológica, aparece como fruto del condicionamiento o falta del mismo. De esta forma el comportamiento normal se aprende, al igual que el patológico, en función de los principios que sustenta la teoría del aprendizaje.

- Modelo Cognoscitivo (Cognitivo-conductual)

Este modelo, creado por Aaron Beck parte del "concepto esencial" de cognición, implicando que cada ser humano integra experiencias a partir de la percepción (personal) de la realidad y su comparación automática (sin consciencia voluntaria) de experiencias pasadas; es

decir, el significado que da cada individuo a su realidad externa e interna en circunstancias específicas.

Así, dos individuos con experiencias, personal (interna) y/o cultural (externa) diferentes, pueden captar sensorialmente una misma situación pero concederles diferente significado y por tanto realizar distintas conductas.

En síntesis, este modelo postula que el ser humano primero elabora cogniciones (pensamientos o ideas) y, como consecuencia, siente (conducta afectiva) para ulteriormente actuar (conducta expresada). La conducta, en este modelo, está determinada por las cogniciones que la preceden.

El objetivo diagnóstico de este enfoque se orienta a la elucidación de las cogniciones patológicas, de los pensamientos automáticos y del diálogo interno alterado en juego. En lo terapéutico, el uso de técnicas cognoscitivas específicas permite al sujeto, luego de identificar los elementos que gatillan sus sentimientos y, eventualmente, su conducta, neutralizarlos o corregirlos.

- Modelo psicoanalítico ⁽²²⁾

Conocido también como modelo intrapsíquico o psicodinámico. Parte de los postulados freudianos según los cuales el desarrollo del aparato psíquico se contempla en función de la interacción entre procesos biológicos y ambientales.

En este contexto la psicopatología, desde la perspectiva psicoanalítica, se ocupa del estudio de los diferentes mecanismos que, por la vía del inconsciente, permiten comprender la conducta patológica.

El inconsciente es uno de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica. Que se encuentra planteado ya con todas sus implicaciones en la teoría de los sueños, publicada en 1900, cuya

concepción más elaborada quedará reflejada en la segunda teoría del aparato psíquico, expuesta por Freud en 1923 (El Yo y el Ello), donde se observa al psiquismo según tres niveles: el ello, el yo y el superyó.

El correcto equilibrio entre estos tres niveles asegura la estabilidad psíquica, mientras que la desproporción entre las distintas fuerzas aboca a los diferentes tipos de patología.

La estructura del modelo psicoanalítico creado por Freud es un conjunto de: a) una práctica (cura analítica), b) una técnica (método de la cura) y c) una teoría (en relación con la práctica y con la técnica). Es en este sentido que el psicoanálisis pretende reunir las condiciones estructurales de toda disciplina científica, ya que posee una teoría y una técnica que le permiten el conocimiento y la transformación de su objeto en una práctica específica.

El método psicoanalítico (al ser el más difundido entre los distintos métodos psicológicos) lo que lo conlleva a ciertas suposiciones formales. El hecho de que el comportamiento humano pueda ser representado como resultado de un sistema de energía, constituye una primera suposición. Esta energía surge principalmente de los instintos sexuales (pulsiones) y recibe el nombre de "libido". Puede variar en intensidad incluso en el mismo individuo; está siempre presente, incluso en la primera infancia; no está limitada sólo a los órganos sexuales, sino que se ve vinculada sucesivamente a una variedad de zonas del cuerpo relacionadas con la nutrición, la excreción y también la procreación. La vinculación preferente a una de esas zonas determinará el carácter del individuo por un proceso que se llama fijación. ⁽¹⁾

Todo lo anterior conllevaría a algunas de las siguientes afirmaciones: los procesos mentales tienen un propósito y si no tienen sentido, pide una explicación, ya que no hay contenidos mentales sin sentido aparente o sin propósito inconsciente. Sin embargo al ser tan extensas estas afirmaciones (las cuales no se enumerarán por completo aquí) crean una explicación o aparente etiología de los distintos trastornos

mentales, implicando que son estos los que pueden explicar los cambios biológicos que presenta el ser humano.

Existen 2 grandes corrientes de corte psicoanalítico:

- Psicología del Yo (ego-psychology)
- Corte freudiano – lacaniano
- La psicología del Yo (ego-psychology) ^(23, 24)

La psicología del yo (en inglés "ego psychology") es una escuela de corte psicoanalítico, basado en el modelo estructural del aparato psíquico freudiano (ello, yo, superyó) de la mente humana. Representada por Rudolph Loewenstein, Ernst Kris, Erik Erikson, David Rapaport y Heinz Hartmann. Este modelo corresponde a una de las principales líneas filosóficas del freudismo estadounidense, dándole soporte a la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York (New York Psychoanalytic Society).

Orientaciones teóricas

El individuo interactúa con el mundo exterior y responde a fuerzas internas. Esta interacción es explicada a partir del concepto del "Yo" (la parte de que vive la realidad y tiene consciencia de ella) y sus funciones "yoicas". La psicología del "yo" se enfoca sobre el desarrollo tanto normal como patológico, el manejo de impulsos libidinales y agresivos, y la adaptación a la realidad. El freudismo estadounidense, privilegia al "yo" (a veces llamado "ego"), el self o el individuo, en detrimento del ello, el inconsciente y el sujeto, contrario a la visión europea, lo que ha generado que esta corriente se haya medicalizado y asimilado a la psiquiatría estadounidense.

- Corte Freudiano-Lacaniano ^(24, 25)

Su expositor es Jacques Lacan, quien desarrolla su teoría del sujeto como un retorno radical a Freud a través de su formulación del inconsciente estructurado como un lenguaje. Criticando el énfasis que se hizo sobre las teorías del yo. Ya que postulaban el "yo autónomo" frente al inconsciente, con el riesgo de acercarse a las teorías psicológicas no psicoanalíticas.

Se trata de volver a Freud de manera radical, y afirmar que el yo no es el sujeto. El sujeto está dividido entre el yo (lo consciente) y el Otro con mayúsculas (el inconsciente). Esa división se debe al efecto del lenguaje. En contra de la tradición filosófica racionalista y empirista que sitúan al "yo" como centro racional o verificador de la experiencia, Lacan afirma: "Yo pienso donde no estoy; yo estoy donde no pienso". El lugar del sujeto de la conciencia no es el lugar del sujeto del inconsciente. El ser no está en la conciencia, sino en el Otro del inconsciente.

El inconsciente se estructura mediante tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

Lo imaginario hace referencia a las identificaciones del sujeto con una serie de imágenes. .El estadio del espejo, donde el niño ve por primera vez su imagen en el espejo, va a permitirle-y-confundirle diferenciar su propio cuerpo del de otros. La relación afectiva posterior del sujeto con otros va a vincularse a la propia relación entre el mismo y sus imágenes de identificación.

Lo simbólico hace referencia a la entrada del lenguaje en la formulación de lo inconsciente. Nombrando su experiencia, dándole palabras, se sustituye el objeto por su representación

simbólica. El objeto primordial que se sustituye es la ausencia de la madre. Su ausencia indica que ella desea en otra parte (hacia el padre). Esa ausencia va ligada al deseo del niño por su madre que se reprime mediante los significantes lingüísticos que se encadenan unos a otros. La cadena de significantes genera a su vez la metáfora. La metáfora genera una sustitución de unos significantes por otros, hasta el significante primero: el deseo de la madre. La metáfora del nombre del padre sustituirá al deseo de la madre. Esta representa que la madre desea el falo del padre, y al mismo tiempo una barrera para con el deseo de la madre para con el niño.

Lo real hace referencia a lo que escapa a la simbolización del lenguaje. La distinción entre el objeto real deseado y los objetos sustitutivos simbolizados definen también el lugar de lo real.

En resumen, la constitución del sujeto (que no es el yo consciente), aparece con un sujeto que paga un precio: de un lado su división (vía represión) y por otro la pérdida que supone, la renuncia al objeto primordial.

También Lacan introdujo en el aspecto terapéutico del psicoanálisis "las sesiones de duración variable". El tiempo del inconsciente no es el tiempo del reloj, y por lo tanto esto afecta a la duración de la sesión psicoanalítica. El paciente no sabe cuánto durará su sesión, ya que esta puede ser interrumpida en cualquier momento por el analista como ocasión para que surja el deseo inconsciente. La sesión se centra en el desarrollo de la cadena de significantes, a través de la asociación libre y las reglas terapéuticas. Ello permitirá, no sin grandes dificultades de resistencia para que el inconsciente actúe como un lenguaje.

2.2.1.1.1.3. Modelo Social

Dicho modelo es alimentado por datos epidemiológicos que sugieren la influencia del contexto y la sociedad, como determinados factores

vitales en el desencadenamiento o en la génesis de algunos trastornos. Lo que a veces llega a verse como una posición radical, de que quien está enferma es la sociedad y que el proceso diagnóstico no es sino un intento de etiquetar a las personas que intentan librarse de la alienación general de aquella. Explicando de esta manera el proceso de estigmatización que provoca un “etiquetaje” al ser humano. ^(1,3)

La radicalización del modelo social llevó en los años sesenta al movimiento que dio en llamarse «Antipsiquiatría».

Dentro de los autores podemos encontrar a David Cooper, Ronald David Laing, Thomas Szasz y Franco Basaglia. ^(3,16,17)

Thomas Szasz es un crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría y uno de los referentes de la antipsiquiatría. Su postura considera que la práctica de la medicina y el uso de medicamento, debe ser de uso privado y con consentimiento propio, fuera de la jurisdicción del Estado, a su vez cuestiona los regímenes autoritarios y los Estados policiales. Todo esto basándose en:

- El mito de la enfermedad mental: aunque la gente se comporte de manera perturbadora, no significa que tengan una enfermedad, deben seguirse criterios científicos.
- Separación de la psiquiatría del Estado: El Estado no tiene derecho a forzar tratamientos solamente el consentimiento del paciente legítima un tratamiento.
- Derecho a morir: En una analogía del derecho a la vida, el individuo debe ser libre de escoger cuándo morir sin interferencia de la institución médica o el Estado.
- Abolición de la hospitalización involuntaria: Nadie debe ser privado de su libertad a menos que haya sido encontrado

culpable de una ofensa criminal. Privar a una persona de su libertad "por su propio bien" es inmoral. ⁽²⁶⁾

David G. Cooper introdujo el término "antipsiquiatría", situándose en contra de los métodos ortodoxos de la psiquiatría de su tiempo. Indicando que la locura y la psicosis eran un producto de la sociedad, y que su verdadera solución pasaba por una revolución. ⁽²⁷⁾

Ronald David Laing escribió sobre la enfermedad mental, especialmente la psicosis. Siendo conocido por sus teorías sobre las causas de las perturbaciones mentales. Teorizó sobre los padres "esquizógenos" (quienes producen en los hijos cuadros esquizofrénicos). Laing indica que el paciente debe "experimentar" su psicosis y que esta es una vía de liberación de una enfermedad que es en si la verdadera responsable de la crisis existencial. El medio ambiente más terapéutico por tanto no sería aquel en el que se tratara de impedir, de bloquear el proceso psicótico, por medios traumáticos como fármacos o electro-shocks, sino aquellos que permitieran al enfermo desarrollar el proceso de un modo seguro, hacia la reorganización de su ser fragmentado y dividido. ⁽²⁸⁾

Franco Basaglia propuso el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, siendo el pionero del concepto moderno de salud mental. Basaglia presenta en el Primer Congreso Internacional de la Psiquiatría Social (1964) el informe titulado "La destrucción del Hospital Mental como un lugar de institucionalización" en el cual indica que el primer paso hacia la cura del paciente es su regreso a la libertad de la que, hasta ahora, el propio psiquiatra le había privado "y que" es cierto que el descubrimiento de la libertad es la más evidente que la psiquiatría podría alcanzar. ⁽²⁹⁾

2.2.2. Lo normal y lo anormal.

Un concepto importante a tratar en psiquiatría y en las investigaciones sociales es la relatividad del concepto normalidad y por tanto, anormalidad psíquica, tema que de gran importancia al momento de abordar los prejuicios

hacia la psiquiatría. Los sociólogos teóricos tienden a considerar a la enfermedad psiquiátrica como una forma de desviación social. ⁽¹⁾

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. ^(1,17)

Cualquiera que sea el término que se emplee, existen tres conceptos básicos a que se refieren los hallazgos en la psiquiatría transcultural: la relatividad del concepto de norma, la existencia de padecimientos típicamente vinculados a determinadas culturas y la mayor incidencia de determinados síndromes en algunas culturas que en otras. ^(1,12)

Las principales concepciones de normalidad son:

- a) Normalidad como promedio
- b) Normalidad clínica
- c) Normalidad utópica
- d) Normalidad como proceso
- e) Normalidad jurídico-legal

a) Normalidad como promedio.

Engloba fundamentalmente dos criterios: el estadístico y el sociocultural.

El criterio estadístico presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente; así, la salud mental es como son, están y sienten la mayor parte de las personas, mediante normas o estándares que la mayoría acepta. Podría decirse que quien define la salud/enfermedad serían las medidas de tendencia central (media, mediana y moda). ^(1,10,12)

El criterio sociocultural implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales; el comportamiento sano es el que se ajuste a los cánones establecidos en el contexto sociocultural y depende, por tanto, del momento y del lugar. Así sano podría decirse de alguien socialmente adaptado y enfermo de alguien socialmente inadaptado, concluyendo que

la adaptación al rol social es lo que determina la diada salud/enfermedad.⁽²¹⁾

Es importante recalcar que estos deben usarse con cierta reserva, pues si se utilizan como definatorios o exclusivos debe recordarse que ni todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico.

b) Normalidad clínica

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta concepción se corresponde con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. Sin embargo es muy criticado al dejar de lado los trastornos que cursan sin sintomatología aparente y porque invalidan los servicios de tipo preventivo. Este criterio tiene importantes limitaciones al depender mucho de la percepción objetiva del terapeuta y de la subjetiva del paciente. ^(1,10,12,15-17,21)

c) Normalidad utópica

Esta concepción de la normalidad está fundamentada en el modelo psicodinámico, al considerar a la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Es utópica por cuanto tiende a algo difícilmente alcanzable pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta meramente observable. Sin embargo esta normalidad utópica también se encuentra en la propia definición de salud de la OMS. ^(1,10,12,15-17,21)

d) Normalidad como proceso

Está basada en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. Es decir de la interacción del ser humano con su entorno y como este puede adaptarse a los cambios que fluyen a su alrededor de manera positiva (salud) o la incapacidad para dicha adaptación que influye negativamente en el ser (enfermedad). ^(1,10,12,15,17)

e) Normalidad jurídico-legal

El criterio forense valora la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica, determinando de esta manera si la persona es mentalmente competente, responsable o no de sus actos, y si requiere tratamiento todo en base a criterios jurídico-legales sobre el trastorno mental y sus consecuencias ante la ley. ^(1,10,12)

2.3. Prejuicios hacia la psiquiatría y enfermedades mentales.

La bibliografía disponible de los trabajos acerca de las actitudes hacia los enfermos mentales es relativamente amplia y muy variada, por lo que a sujetos de investigación utilizados se refiere. Ahora bien, es necesario indicar que existen claras diferencias hacia el "objeto" acerca del cual se intenta evaluar la actitud.

2.3.1. Actitud de la población general

Las actitudes presentes en la población hacia determinados grupos, están frecuentemente determinadas por las actitudes sociales predominantes, más que por el contacto directo o experiencias personales con dichos grupos, lo que refleja la manera de pensar de los individuos con respecto al mundo.

En un estudio de las actitudes anómalas o actitudes inadecuadas que pueden adoptar los familiares en relación con la enfermedad y con el enfermo, se observó, que la actitud frente a la enfermedad mental más común es la negación. Además se evidenció que el mayor conocimiento de estas enfermedades y una relación más próxima con estos enfermos podría ser la causa de la mayor diversidad en las opiniones y actitudes más complejas al día de hoy que varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad. ⁽³⁰⁾

Existen estudios, cuyos datos demuestran que hay una relación positiva entre el conocimiento de los pacientes psiquiátricos y las actitudes más positivas hacia ellos (es decir, menos temor, más integración y oportunidades laborales). Este estudio, en un enfoque naturalista, muestra cómo la proximidad de instituciones psiquiátricas facilitaba en el sur de Brescia un

conocimiento muy básico de la psiquiatría, debido a los contactos casuales, y este conocimiento ayudaba a disminuir los niveles de prejuicio. Este resultado es alentador para la planificación y puesta en práctica de programas de sensibilización e información con respecto a los trastornos mentales: aumentar el conocimiento sobre los trastornos mentales podría llevar a logros significativos en la importante lucha contra el estigma que rodea a los pacientes psiquiátricos. ⁽³¹⁾

Existen diferentes estudios que revelan el estigma que percibe la persona (paciente) que sufre un trastorno mental. En éstos se ha evidenciado que quienes padecen de enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el efecto que el estigma social, los prejuicios que éstos conllevan y las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, que da lugar a comportamientos discriminatorios que impiden, frecuentemente, la plena integración social (desde las relaciones sociales, el ámbito laboral y el estereotipo de peligrosidad). Lo que ocasiona que la persona oculte su enfermedad y se aísle, ocasiona un decremento significativo en su recuperación y reinserción en la sociedad (a la cual nunca ha dejado de pertenecer). ⁽¹⁰⁾

2.3.2. Actitud de los profesionales

Existen diferentes estudios que evalúan el estigma entre profesionales de salud, sin embargo son muy reducidos, empleando instrumentos que dificultan la comparación de resultados, por lo que medir la actitud y compararla se dificulta. ^(10,13,31)

En un estudio realizado en personal de enfermería se evidenció que aquellos que trabajan en salud mental tienen actitudes menos estigmatizadoras en todas las dimensiones estudiadas comparadas con los que trabajan en centros de atención primaria, quienes son los que mantienen actitudes más estigmatizadoras. ^(10,13)

Existen estudios realizados en profesionales que trabajan en la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y persistente, quienes perciben claramente el estigma social que supone para una persona

tener este tipo de trastornos. Para ellos, el estigma es la principal barrera para su plena integración social. ⁽³¹⁾ Según este estudio, los profesionales de la atención social perciben una fuerte asociación entre los trastornos mentales y violencia, de tal forma que la sociedad percibe a estos pacientes con más probabilidad de agredir que ser agredidos, siendo peor aceptada la agresividad que en una persona "normal". A su vez el estudio evidencia que la falta de información sobre los trastornos mentales es una de las causas principales del estigma, perpetuando así el círculo vicioso del mismo, al no poder erradicar los mitos y atribuciones causales que da la sociedad a estos trastornos. ^(13,30,31)

El estudio pone en evidencia que los mismos profesionales en salud mental también son estigmatizados por el contacto con las personas con trastornos mentales, lo que a veces conlleva a ocultar el tipo de trabajo que se realiza, ocasionando así un signo de "autoestigma". Esto aunado al estigma transmitido por los profesionales de atención primaria hacia sus colegas en atención de salud mental, evidencian actitudes negativas (deshumanización, paternalismo, bajas expectativas sobre la rehabilitación) y la utilización de etiquetas y del lenguaje en forma estigmatizadora hacia el paciente como al personal de salud mental. Sin embargo el estudio resalta, como cabría de esperar, un nivel muy elevado sobre conocimientos acerca de la enfermedad mental y por tanto el estigma sobre las personas con enfermedad mental son bajas, lo que se correlaciona tanto al alto nivel de conocimientos como al contacto con los pacientes. ⁽¹⁰⁾

2.4. Conocimientos.

El conocimiento, de acuerdo a la Real Academia Española, se define como la acción y efecto de conocer que a su vez se define como el entender, advertir, saber. Conocimiento también se define como el entendimiento, inteligencia o razón natural. ⁽³²⁾ Las definiciones del conocimiento son amplias y variadas ya que depende mucho del contexto en el cual se utiliza dicho término.

De manera general, se acepta al conocimiento como el conjunto de hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.⁽³³⁾

El conocimiento se encuentra afianzado para muchos autores dentro del concepto del aprendizaje tal es el caso de Morris y Maisto quienes contemplan el aprendizaje como un elemento primario del proceso en que la experiencia o la práctica pueden producir un cambio relativamente permanente en la conducta o el potencial de conducta⁽³³⁾

En el ámbito filosófico, Hume asegura que “Todos los objetos cuya investigación se propone la razón humana, se dividen naturalmente en dos clases” y que pueden considerarse contenidos de nuestra conciencia. La primera clase la constituyen las relaciones de ideas y la segunda las cuestiones de hecho.⁽³⁴⁾

Las relaciones de ideas son los enunciados cuya verdad se conoce por simple actividad de la mente y son, por tanto, a priori, se fundamentan en el principio de identidad o no contradicción, se conocen por intuición o demostración, y su contradictorio es imposible; por tanto, son verdades necesarias. A este grupo pertenecen los enunciados de las matemáticas y la lógica.^(32,33,34)

2.4.1. Conocimiento científico.

El término ciencia está definido por el diccionario de la Real Academia Española como el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales,⁽³⁵⁾ obteniendo de esta manera al conocimiento científico como una aproximación crítica a la realidad, misma que se apoya directamente en el método científico que, esencialmente, trata de percibir, comprender y explicar desde lo esencial hasta lo más específico y complicado, el porqué de las cosas y su acontecer. El conocimiento científico es un saber racional e intersubjetivo, que tiene una estructura lógica.⁽³⁶⁾

El conocimiento científico se va produciendo en la transformación de conocimientos previos, sean estos científicos ya establecidos o no científicos como aseveraciones empíricas u observaciones personales, siendo esta

transformación realizada mediante el proceso de investigación científica y todos los pasos que este conlleva.⁽³⁷⁾

2.4.2. Conocimiento empírico.

Suele decirse que la percepción es la primera y más directa forma de obtener conocimiento sobre el mundo, hasta lo que se aprende al leer o escuchar a los demás se adquiere mediante esta, formando parte del sentido común. Los sentidos proporcionan al ser humano un conocimiento directo de la realidad, impregnando en la persona todo aquello que existe en el mundo y los acontecimientos que suceden en él.⁽³⁸⁾

El diccionario de la Real Academia Española define el término empirismo como el conocimiento que se origina de la experiencia o bien un sistema filosófico basado fundamentalmente en los datos de la experiencia.⁽³⁹⁾

El saber vulgar, no científico o empírico, no tiene que demostrarse ni explicarse, está asociado con las creencias, la “*doxa*” o simplemente, la mera opinión.⁽³⁶⁾

2.4.3. Medición del conocimiento.

En ocasiones es necesario recolectar información que permita establecer si la transmisión de información ha sido adecuada. Lo que se busca es estudiar la manera en que el grupo objetivo entiende, procesa mentalmente y responde a la información que se le presenta, con énfasis en interrupciones en este proceso, lo que se conoce como medición del conocimiento.⁽⁴⁰⁾

El intento de medir el conocimiento; desde los trabajos de Sternberg y Wagner (1985); Wagner (1987) Sternberg et al., (1995) en el campo de la psicología; quienes enfocaron la medición del conocimiento tácito, dentro del cual consideran las experiencias vividas y acumuladas por los individuos a lo largo de los años. Otros estudios han utilizado como indicador el nivel de cualificación o de educación en los individuos, refiriéndose al conocimiento que el individuo ha logrado adquirir y acumular en su proceso de formación y experiencias vividas. Señalan además que antes de cualquier intento de

medirlo es preciso llegar a un consenso sobre la unidad de medida en el individuo, proceso u organización. ⁽⁴¹⁾

Para hacer un análisis minucioso del conocimiento, es necesario abordarlo desde dos dimensiones: el epistemológico y el ontológico, el primero se refiere a la manifestación o modos de expresión del conocimiento en el ser humano. Este puede ser articulado de manera empírica o científica. El conocimiento empírico es difícil de articularse y puede transmitirse mediante un lenguaje informal del maestro al aprendiz y por lo tanto es complejo de codificarse. Con respecto al conocimiento científico puede codificarse en documentos escritos, programas de computadora etc. En cuanto a la dimensión ontológica se refiere a que el conocimiento puede residir a un nivel individual o puede estar distribuido colectivamente entre los miembros de la comunidad y por tanto ser aplicado a actividades, tareas o problemas específicos y transferirlo a determinadas personas. ⁽⁴¹⁾

Para su análisis, el conocimiento científico se divide en *Saber qué*, lo que se refiere a la capacitación profesional y *Saber por qué*, que se refiere a la educación formal en el individuo. Por otra parte, el conocimiento empírico, por no haber sido adquirido de manera estandarizada, es necesario dividirlo para su análisis en *Saber cómo* que se refieren al desarrollo de habilidades cognoscitivas y físicas en el individuo, y *Saber quién* a las habilidades a nivel individual y a nivel colectivo. Es necesario aclarar que ambos tipos de conocimientos se manifiestan en el individuo de manera conjunta e interactiva, es decir, se encuentran simbióticamente unidos. ⁽⁴¹⁾

Sin embargo, a pesar de esta forma de división que permite ver el conocimiento desde el punto de vista analítico, la medición del conocimiento a través de escalas numéricas que ponderen la cantidad de conocimiento que una persona posee acerca de un tema determinado es sumamente compleja y por lo general se realiza estableciendo puntos de corte arbitrarios que determinan si el individuo posee o no conocimiento. ⁽⁴¹⁾

En Guatemala, tanto el Ministerio de Educación como la Universidad de San Carlos de Guatemala plantean dentro de los reglamentos de evaluación, la nota de aprobación de cursos arriba de 60 puntos y 61 respectivamente; por lo

que son parámetros que se pueden tomar en cuenta a la hora de establecer los criterios para considerar la aprobación de determinado instrumento.^(42,43)

2.5. Actitudes

Actitud proviene del latín “actitudo” y es definida por la Real Academia Española inicialmente como la “disposición de ánimo que se manifiesta de algún modo”. Otras definiciones refieren la postura del cuerpo humano y que tienen como característica el expresar algo con eficacia o la determinación de la expresión por los movimientos del ánimo.^(30,44,45)

La actitud ha sido definida también como un estado de disposición nerviosa y mental que se organiza mediante la experiencia y que por sus características ejerce un efecto dinámico u orientador sobre las respuestas que da un individuo a los objetos y situaciones con las que guarda relación en su entorno.^(31,45)

Por ello se considera a la actitud como una motivación social, como una predisposición aprendida para responder de un modo consistente a un objeto social. Por tal razón, la psicología social analiza las actitudes para predecir conductas.⁽⁴⁵⁾

Las actitudes poseen tres componentes, el cognoscitivo que se encuentra formado por las percepciones y creencias que se poseen hacia un objeto además de la información con la que se cuenta del mismo, el otro componente es el afectivo que consiste en el sentimiento a favor o en contra de un objeto social y el tercer componente es el social que se define como la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera.^(30,31,45)

El conocimiento de las creencias de las poblaciones es esencial para poder establecer la aceptación de planes y programas y realizar las adaptaciones que sean necesarias para lograr la pertinencia de las mismas.

2.5.1. Medición de las actitudes

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento al cual hacen referencia. Sin embargo, las actitudes son sólo un indicador de la conducta, no la conducta en sí. Por ello, las mediciones de actitudes deben interpretarse

como “síntomas” y no como “hechos”, pues no en todos los casos las actitudes determinan que se presenten comportamientos específicos. ^(45,46)

Las actitudes tiene diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición. ^(30,31,46)

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método el diferencial semántico, la escala de Guttman y el escalamiento tipo Likert. El primero consiste en una serie de adjetivos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. La escala de Guttman está basada en el hecho de que algunos ítems indican, en mayor medida, la intensidad de la actitud. ⁽⁴⁶⁾

2.5.2. Escalamiento tipo Likert

El método consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. De esta manera, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y, al final, su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. ^(46,56)

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica. Para cada afirmación se dan un determinado número de respuestas, las cuales indican cuando se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. A cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede ser elegida una opción con cada afirmación dada. Se considera un dato inválido si se marcan dos o más opciones. ⁽⁴⁶⁾

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable positiva o desfavorable o negativa. Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo con la afirmación estén los sujetos, su actitud será más favorable. Si la afirmación es negativa, significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo estén los sujetos con la afirmación, su actitud es menos favorable. Cuando las afirmaciones son negativas se califican al contrario que las positivas. ^(46,57)

Las puntuaciones en las escalas Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja de acuerdo con el número de ítems o afirmaciones. La escala cuenta con una puntuación mínima, la cual será equivalente al número de ítems o afirmaciones y una puntuación máxima igual al producto del número de ítems con el número de respuestas posibles. Posteriormente, se define la actitud respecto a la variable evaluada según la cercanía de la puntuación hacia la puntuación mínima o máxima las cuales representan actitud muy desfavorable y muy favorable, respectivamente.

(46,56,57)

2.6. Prácticas.

Práctica es un concepto que posee varios usos y significados, se puede definir como la acción que se desarrolla a través de la aplicación de ciertos conocimientos.⁽⁴⁷⁾

De acuerdo con la Real Academia Española, práctica se refiere a los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Consiste también en el ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas, es una destreza adquirida con este ejercicio. Sin embargo, práctica se entiende en términos generales como el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas, es una manera de utilizar los conocimientos adquiridos y plasmarlos en la realidad es una respuesta del individuo a los estímulos del entorno social.^(47, 48)

III. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de quinto año de la carrera de médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala al iniciar y finalizar la rotación de psiquiatría, así como de los estudiantes de sexto año al finalizar el ejercicio profesional supervisado hospitalario acerca de la psiquiatría, durante los meses de febrero a diciembre del año 2013 y enero 2014.

4.2. Objetivos específicos:

4.2.1. Identificar en los estudiantes de quinto año:

- Conocimientos sobre psiquiatría al inicio y al final de la rotación en el Hospital de Salud Mental.
- Actitudes sobre psiquiatría al inicio y al final de la rotación en el Hospital de Salud Mental.
- Prácticas sobre psiquiatría al inicio y al final de la rotación en el Hospital de Salud Mental.

4.2.2. Identificar en los estudiantes de sexto año:

- Conocimientos respecto a la psiquiatría durante el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- Actitudes acerca de la psiquiatría durante el ejercicio profesional supervisado hospitalario.
- Prácticas respecto a la psiquiatría durante el ejercicio profesional supervisado hospitalario.

4.2.3. Determinar si la adquisición de conocimientos al finalizar la rotación en el Hospital de Salud Mental modifica o no las actitudes sobre psiquiatría en los estudiantes.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño general del estudio

Cualitativo, no experimental, transversal, descriptivo. Con dos grupos poblacionales: estudiantes de quinto y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Los estudiantes de quinto año evaluados fueron aquellos que rotaron por el programa de Salud Mental y Psiquiatría en el Hospital de Salud Mental durante el año 2013 a enero 2014, siendo evaluados al inicio de la rotación (primer día de presentación) y al finalizar la misma. Los estudiantes de sexto año, eran estudiantes que ya habían rotado el año anterior por el programa de Salud Mental y Psiquiatría en el Hospital de Salud Mental y que realizaron ejercicio profesional supervisado (EPS) hospitalario en el Hospital de Cuilapa, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt, durante el primer semestre del año 2013.

4.2. Población y muestra.

4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

4.2.1.1. Estudiantes de quinto año: se tomó la población total de estudiantes de quinto año de la Facultad de Ciencias Médicas que rotaron por el programa de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el Hospital de Salud Mental. Siendo evaluados en 12 grupos, encuestando 265 estudiantes.

4.2.1.2. Estudiantes de sexto año: se realizó un muestreo no probabilístico en los estudiantes de sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas que realizaron el ejercicio profesional supervisado (EPS) hospitalario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de los lugares designados, durante el primer semestre del año 2013. Siendo encuestados 76 estudiantes.

4.2.2. Criterios de inclusión:

4.2.2.1. Estudiantes de quinto año:

Estudiantes que cursaron el quinto año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas en el Centro Universitario Metropolitano de la Universidad de San Carlos de Guatemala y que rotaron por el Hospital de Salud Mental durante el tiempo establecido.

4.2.2.2. Estudiantes de sexto año:

Estudiantes que cursaron el sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas en el Centro Universitario Metropolitano de la Universidad de San Carlos de Guatemala y realizaron el ejercicio profesional supervisado (EPS) hospitalario en: Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital de Cuilapa.

4.2.3. Criterios de exclusión:

4.2.3.1. Estudiantes de quinto año:

Estudiantes que presentaron problemas mentales o cualquier otro impedimento físico que le dificultaba responder la encuesta. Estudiantes que se encontraban realizando práctica de electivo en el Hospital de Salud Mental. Estudiantes incorporados al quinto año de la carrera.

4.2.3.2. Estudiantes de sexto año:

Estudiantes que se encontraban suspendidos, por enfermedad o por otro motivo, al momento del estudio. Estudiantes que fueron expulsados de los servicios al momento del estudio. Estudiantes que no realizaron rotación por el Hospital de Salud Mental.

4.3. Variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Instrumento
Características sociodemográficas	Conjunto de características inherentes al sujeto que no son susceptibles a modificación y que condicionan el comportamiento demográfico y social. ⁽⁴⁹⁾	Sexo Características físicas de la persona entrevistada que condicionan el hecho de ser hombre o mujer. ⁽⁵⁰⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos, sección I
		Edad Dato obtenido de la persona entrevistada respecto a su edad en años. ⁽⁵¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> • 18-19 años • 20-24 años • 25-39 años • 40-49 años • 50-59 años • 60-64 años • 65-69 años • >70 años 	Cuantitativa	Razón	Instrumento de recolección de datos, sección I
		Etnia Dato obtenido de la persona entrevistada respecto al hecho de considerarse indígena o no indígena. ⁽⁵²⁾	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos, sección I
Conocimientos	Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. ⁽⁵³⁾	Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar la existencia o ausencia de información sobre psiquiatría. <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación de 61 o más en el instrumento: posee conocimiento (12 preguntas o más) • Puntuación de 60 o menos en el instrumento: no posee conocimiento 	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos, sección II

<p>Actitudes</p>	<p>Formas de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar el comportamiento presentado por los estudiantes de quinto y sexto año, el cual puede ser manifestado como actitud muy positiva o negativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitud muy favorable • Actitud favorable • Actitud indiferente • Actitud desfavorable • Actitud muy desfavorable 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Instrumento de recolección de datos, sección III</p>
<p>Prácticas</p>	<p>Ejercicio de una capacidad, habilidad, conocimiento o arte. ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar el uso de los conocimientos respecto a la psiquiatría en los estudiantes de quinto y sexto año. Preguntas con respuestas de doble alternativa (Si/No).</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Instrumento de recolección de datos, sección IV</p>

4.4. Procedimientos

- Se solicitó cartas de autorización y aval para la realización de la investigación en agosto de 2012, por parte de la Coordinación de EPS hospitalario, de la Facultad de Ciencias Médicas, Centro Metropolitano Universitario (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (ver anexo)

- Respecto a los estudiantes evaluados:
 - Para los estudiantes de quinto año se recolectaron los datos dentro de las instalaciones del Hospital de Salud Mental, con los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014, formando así 12 grupos. Cada grupo de estudiantes de quinto año fue evaluado en dos momentos: el primer día hábil que se presentaron a la rotación en el hospital y el último día hábil al que asistieron.

 - Con los estudiantes de sexto año, en colaboración con el programa de EPS hospitalario, fueron evaluados en cada uno de los hospitales ya descritos, en abril de 2013.

 - Ambos grupos poblacionales fueron evaluados previa lectura del consentimiento informado (ver anexo) y su debida autorización por el estudiante. Dicho procedimiento se realizó al inicio y final de la rotación de los estudiantes de quinto año y una sola vez en los estudiantes de sexto

 - Al finalizar cada mes de evaluación se realizó tabulación manual de los datos.

4.4.1. Instrumento:

Boleta de recolección de datos tipo cuestionario de 66 preguntas donde se evaluaban 3 aspectos:

- Conocimientos generales sobre psiquiatría y enfermedad mental (20 preguntas).

- Actitudes (22 preguntas).
- Prácticas (24 preguntas).

Dicho instrumento está validado en los siguientes estudios:

Conocimientos

Los conocimientos fueron sacados del Manual de Psiquiatría de Humberto Rotondo ⁽⁵⁴⁾, dichas preguntas se adaptaron a los requisitos del “Curriculum de Psiquiatría para estudiantes de Medicina World Psychiatric Association 2008. Profesor Norman Sartorius, M.D., Ph.D. Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Profesor Jorge Alberto Costa e Silva, M.D. Director Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. ⁽⁵⁵⁾

Las preguntas del Manual de Psiquiatría ofrecen al estudiante, médico general y a otros profesionales de la salud no especializados en psiquiatría, un texto en formato de bolsillo, de lectura ágil, pero rico en conceptos y datos fundamentales para entender y aplicar la psiquiatría con un máximo beneficio pragmático, subrayando así el propósito de sus autores. Dichas preguntas son de respuestas cerradas. Dichas preguntas se validaron en Guatemala con grupos conformados por estudiantes de universidades privadas que rotaron por el Hospital de Salud Mental.

Actitudes y prácticas

Del estudio “Experiencias y Actitudes de estudiantes de Medicina en Relación con la Psiquiatría” de la Facultad de medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul Brasil 1996. Dicho instrumento es de tipo cuestionario, el cual consta de dos partes: una mide las actitudes y la otra las vivencias o prácticas de los alumnos en su formación académica. Los ítems de actitudes fueron constituidos y validados por Nielsen de la Facultad de Medicina de la Universidad de Northwestern de Chicago; las vivencias o prácticas se fundamentaron en la experiencia relacionada con la actividad curricular de los autores. En la presente investigación, el instrumento se validó con una muestra de alumnos de otras facultades de medicina, aplicado en condiciones

ambientales semejantes (clases o reuniones de grupo) que rotaron por el Hospital de Salud Mental.⁽⁹⁾

4.4.1.1. Instrumento dirigido a los estudiantes de quinto y sexto año (ver *anexo*)

El instrumento se utilizó al inicio y final de la rotación de los estudiantes de quinto año en el Hospital de Salud Mental, así como en la práctica hospitalaria de los estudiantes de sexto año; el cual está compuesto de 4 secciones:

- **Sección I:** incluye las características sociodemográficas de la población: edad, sexo y etnia.
- **Sección II:** en relación a los conocimientos acerca de la psiquiatría.
- **Sección III:** en relación a las actitudes acerca de la psiquiatría.
- **Sección IV:** en relación a las prácticas acerca de la psiquiatría.

4.5. Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio pertenece a la categoría I de la clasificación de riesgo, en el cual se utilizan técnicas observacionales, sin intervenciones ni procedimientos importantes, utilizando cuestionarios y sin invadir la intimidad de la persona, es decir, sin riesgo para las poblaciones.

Por medio de consentimiento informado (*ver anexo*) referido verbalmente por el encuestador y por escrito, se dio a conocer a ambas poblaciones la voluntariedad de participar en el estudio.

Se explicó a las personas que la aceptación a participar en el estudio era voluntaria, que los datos brindados eran confidenciales y que su uso sería únicamente con fines científicos. Durante la entrevista, el informante podría retirarse en cualquier momento, sin ninguna consecuencia y sería tomado como parte de la muestra.

Debe tomarse en cuenta que siendo esta una investigación que involucra a personas y sus opiniones, se realizó de acuerdo a principios éticos básicos, respetando la autonomía de las personas involucradas, evitando coaccionar a los sujetos de estudio y sus respuestas, en todo momento. Los resultados podrían servir para mejorar el programa de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, con lo cual se podría beneficiar a los estudiantes, logrando cumplir de esta manera con el principio de beneficencia.

V. RESULTADOS

5.1. Caracterización Sociodemográfica, estudiantes de quinto año.

Tabla 1.

Edad de los estudiantes de quinto año, que rotaron por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 24 años	198	77%
25 a 39 años	58	22.6%
40 a 49 años	1	0.4%
TOTAL	257	100%

Tabla 2.

Sexo de los estudiantes de quinto año, que rotaron por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	121	47%
Masculino	136	53%
TOTAL	257*	100%

Tabla 3.

Etnia de los estudiantes de quinto año, que rotaron por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Etnia			
	Indígena	25	10%
	No indígena	232	90%
	TOTAL	257*	100%

De 265 estudiantes encuestados: ocho (8) estudiantes no aceptaron participar o se retiraron de la encuesta, por lo que sólo hay datos de 257 estudiantes. De los 257 estudiantes que completaron la boleta de recolección de datos, 198 estudiantes (77%) se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 20 a 24 años, 58 estudiantes (22.6%) se encontraban en

el rango de edad comprendido entre los 25 a 39 años y 1 estudiante (0.4%) entre los 40 a 49 años. Con respecto al sexo, 136 (53%) eran masculinos, mientras que 121 (47%) de sexo femenino. Respecto a la etnia, 232 estudiantes (90%) se consideraban de etnia no indígena, mientras que 25 estudiantes (10%) se consideraban de etnia indígena.

5.2. Conocimientos, actitudes y prácticas, estudiantes de quinto año

Tabla 4.

Conocimiento de los estudiantes de quinto año, al inicio y al final de la rotación que rotaron por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Rotación	Puntuación		
	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Inicio	8	10	11
Final	10	11	13

La puntuación según la entrevista podía estar entre 0 y 20 puntos.

Respecto a la variable conocimiento en los estudiantes de quinto año sobre Psiquiatría, se encontraron las siguientes medidas de resumen al inicio de la rotación: en el 25 percentil se encontraban aquellos estudiantes que obtuvieron 8 puntos de 20, en el percentil 50 (mediana) se encontraban aquellos que obtuvieron 10 de 20 puntos y en el percentil 75 los que obtuvieron 11 de 20. Al finalizar la rotación se obtuvieron las siguientes medidas de resumen: en el 25 percentil se encontraban aquellos estudiantes que obtuvieron 10 puntos de 20, en el percentil 50 (mediana) se encontraban aquellos que obtuvieron 11 de 20 puntos y en el percentil 75 los que obtuvieron 13 de 20. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar la mediana de las dos muestras relacionadas (ambas son respecto al conocimiento) y determinar si existen diferencias entre ellas (pues fueron tomadas en distintos cortes o puntos en el tiempo). Según la prueba de Wilcoxon existe un cambio estadísticamente significativo en el conocimiento de los estudiantes de quinto año antes y después de realizar la rotación, debido a que el valor de “p” es menor al nivel de significancia estadística ($p=0.05$).

Tabla 5.

Actitudes de los estudiantes de quinto año al inicio y al final de su rotación por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Actitud	Rotación			
	Inicio	%	Final	%
No contestó	8	3.02	8	3.02
Muy desfavorable	0	0	0	0
Desfavorable	6	2.26	4	1.51
Neutro	8	3.02	3	1.13
Favorable	234	88.30	226	85.3
Muy favorable	9	3.40	24	9.06
TOTAL	265	100	265	100

Respecto a la variable actitud en los estudiantes de quinto año hacia la Psiquiatría, se encontró que al inicio de la rotación el 2.3% de los estudiantes (6 estudiantes) tenían una actitud en general desfavorable, un 3.02% (8 estudiantes) eran neutros en su actitud y un 91.7% (243 estudiantes) tenían una actitud favorable hacia la Psiquiatría. Al finalizar su rotación, el 1.5 de los estudiantes (4 estudiantes) tenían una actitud en general desfavorable, 1.13% (3 estudiantes) eran neutros en su actitud y un 94.3% (243 estudiantes) tenían una actitud favorable en general hacia la Psiquiatría. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar la mediana de las dos muestras relacionadas (actitud) y determinar si existen diferencias entre ellas (pues fueron tomadas en distintos cortes o puntos en el tiempo). Según la prueba de Wilcoxon existe un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los estudiantes de quinto año después de la rotación en comparación con el inicio de la misma, debido a que el valor de "p" es menor al nivel de significancia estadística ($p=0.05$).

Tabla 6.

Prácticas al inicio y al final de los estudiantes de quinto año que rotaron por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

No.	Pregunta	Rotación										TOTAL
		Inicio					Final					
		Si	%	No	%	TOTAL	Si	%	No	%		
1	¿Sus colegas de facultad respetan la carrera psiquiátrica?	167	64.98	90	35.02	257	167	64.98	90	35.02	257	
2	¿Observó Ud. en su carrera, a clínicos o cirujanos tratando adecuadamente con pacientes psiquiátricos?	64	24.90	193	75.10	257	61	23.74	196	76.26	257	
3	¿Observó Ud. respeto por parte de los residentes del área no psiquiátrica con relación a la carrera psiquiátrica?	126	49.03	131	50.97	257	127	49.42	130	50.58	257	
4	¿Observó Ud. casos de enfermedad psiquiátrica tratada con buenos resultados?	152	59.14	105	40.86	257	226	87.94	31	12.06	257	
5	¿En caso de que necesitara un psiquiatra para un pariente o amigo, indicaría un profesor del curso de psiquiatría u otro con quien también tuvo contacto durante dicho curso?	218	84.82	39	15.18	257	231	89.88	26	10.12	257	
6	¿La bibliografía recomendada en las asignaturas de psiquiatría fue satisfactoria?	163	63.42	94	36.58	257	166	64.59	91	35.41	257	
7	¿Durante su curso fueron mostrados en exceso pacientes psiquiátricos graves?	93	36.19	164	63.81	257	119	46.30	138	53.70	257	
8	¿Durante el curso, tuvo oportunidad de examinar y/o atender algún paciente psiquiátrico?	122	47.47	135	52.53	257	208	80.93	49	19.07	257	
9	¿Tuvo Ud. oportunidad de ver un psiquiatra trabajando?	199	77.43	58	22.57	257	242	94.16	15	5.84	257	

No.	Pregunta	Inicio					Final				Total
		Si	%	No	%	Total	Si	%	No	%	
10	¿Ver un psiquiatra trabajando influenció favorablemente en su posición frente a la psiquiatría?	139	54.09	118	45.91	257	190	73.93	67	26.07	257
11	¿Considera adecuado el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica durante el curso de psiquiatría?	127	49.42	130	50.58	257	121	47.08	136	52.92	257
12	¿Ha tenido Ud. algún tipo de tratamiento psiquiátrico?	18	7.00	239	93.00	257	22	8.56	235	91.44	257
13	¿Tiene Ud. alguien de sus relaciones cercanas que reciba o haya recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico?	87	33.85	170	66.15	257	85	33.07	172	66.93	257

Con respecto a los anteriores datos, se observa que las prácticas de los estudiantes de quinto año tras pasar la rotación, mejoran su perspectiva de las prácticas clínicas con los pacientes psiquiátricos. Se evidencia que los estudiantes no varían su perspectiva respecto al manejo de otros clínicos (no psiquiatras) respecto a pacientes psiquiátricos, puesto que entre el 75.10% (193 estudiantes) y el 76.26% (196 estudiantes) considera que no los manejan adecuadamente. Casi el 50% (126 estudiantes) considera que los residentes de otras especialidades maneja adecuadamente a los pacientes con enfermedad mental. El 87.24% (226 estudiantes) al finalizar la rotación, evidenciaron que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados, en comparación con el 59.14% (152 estudiantes) al inicio de la misma. El 36.19% (93 estudiantes) encuestados considera que al principio de la rotación se muestran en exceso pacientes psiquiátricos graves, mientras que al finalizar la misma, el 46.30% (119 estudiantes) opina lo mismo. El 47.47% (122 estudiantes) encuestados al inicio de la rotación de psiquiatría, había evaluado a un paciente con enfermedad mental, mientras que al finalizar la misma, el 80.93% (208 estudiantes) tuvieron la oportunidad de realizarlo. Al finalizar su rotación, el 73.93% (190 estudiantes) considera que ver a un psiquiatra trabajando influenció favorablemente su posición respecto a la psiquiatría, frente a un 54.09% (139 estudiantes) al inicio de la rotación. Entre el 47.08% y 49.42% (121 y 127 estudiantes respectivamente) considera que el tiempo de estudio de psicopatología clínica es adecuado. El 33.85% (87 estudiantes) evaluados creía que alguien de sus relaciones cercanas, había recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico.

Tabla 7.

Grupo en el que se incluyen los estudiantes con relación a optar a la especialidad de Psiquiatría durante su rotación por el Hospital de Salud Mental, durante los meses de febrero 2013 a enero 2014

Respuesta	Rotación			
	Inicio		Final	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
La quiero seguir con seguridad	2	0.78	3	1
Pienso escogerla pero todavía tengo duda	44	17.12	41	16
Ya pensé en escogerla, pero cambié de idea	31	12.06	40	16
No la quiero con seguridad	180	70.04	173	67
TOTAL	257	100	257	100

Con lo anterior se puede evidenciar que entre 44 y 46 estudiantes (17 y 17.90%) considerarían psiquiatría como una opción a seguir después de su formación como médicos generales.

5.3. Caracterización Sociodemográfica, estudiantes de sexto año.

Tabla 8.

Edad de los estudiantes que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 24 años	49	64%
25 a 39 años	27	36%
TOTAL	76*	100%

Tabla 9.

Sexo de los estudiantes que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	36	47%
Masculino	40	53%
TOTAL	76	100%

Tabla 10.

Etnia de los estudiantes que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	6	8%
No indígena	70	92%
TOTAL	76*	100%

De los 76 estudiantes que completaron la boleta de recolección de datos, 49 estudiantes (64%) se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 20 a 24 años, 27 estudiantes (36%) se encontraban en el rango de edad comprendido entre los 25 a 39 años. Con respecto al sexo, 40 (53%) eran masculinos, mientras que 36 (47%) de sexo femenino. Respecto a la etnia, 70 estudiantes (92%) se consideraban de etnia no indígena, mientras que 6 estudiantes (8%) se consideraban de etnia indígena.

5.4. Conocimiento, actitudes y prácticas estudiantes de sexto año.

Tabla 11.

Porcentaje de punteo sobre conocimiento sobre Psiquiatría de los estudiantes de sexto año que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Institución	Encuestados	Superaron la prueba (>60%)*	Porcentaje por institución	Porcentaje Total
Hospital General San Juan de Dios	25	4	16	5
Hospital Roosevelt	39	11	28	14
Hospital de Cuilapa	12	5	42	7
TOTAL	76	20		26

*La puntuación podría oscilar entre 0 y 20 puntos.

De los 76 estudiantes evaluados, del Hospital General San Juan de Dios la superaron 4 (5% del total de estudiantes), del Hospital Roosevelt la superaron 11 (14% del total de estudiantes), del Hospital de Cuilapa la superaron 5 (7% del total de estudiantes). De los 76 estudiantes evaluados el 26% obtuvo una nota de 7 puntos o inferior, mientras que el 74% restante obtuvo una nota mayor a 7 puntos. De esto se puede inferir que la mitad de los estudiantes que

respondieron la encuesta no tiene conocimiento suficiente para superar la prueba básica, puesto que para ello se requería una nota mayor o igual a 12 puntos.

Tabla 12.

Actitudes de los estudiantes de sexto año que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Actitud	Hospital								TOTAL	%
	HGSJDD*	%	HR*	%	CUI*	%	ANT*	%		
Muy desfavorable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desfavorable	2	8	2	5.1	2	16.7	0	0	6	7.9
Neutro	0	0	0	0	1	8.3	0	0	1	1.3
Favorable	22	88	36	92.3	8	66.7	0	0	66	86.8
Muy favorable	1	4	1	2.6	1	8.3	0	0	3	3.9
TOTAL	25	100	39	100	12	100	0	0	76	100

*(HGSJD= Hospital General San Juan de Dios, HR= Hospital Roosevelt, CUI= Hospital de Cuilapa)

Respecto a la variable actitud en los estudiantes de sexto año hacia la Psiquiatría, se encontró que el 8% de los estudiantes (6 estudiantes) tenían una actitud en general desfavorable, 1% (1 estudiante) eran neutros en su actitud y un 92% (69 estudiantes) tenían una actitud favorable hacia la Psiquiatría. En los tres hospitales que respondieron encuesta (Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital de Cuilapa) se evidenció que los estudiantes de sexto año tenían en general una actitud favorable hacia la Psiquiatría mientras se encontraban haciendo el Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario.

Tabla 13.

**Prácticas de los estudiantes de sexto año que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional
Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013**

No.	Pregunta	Si	%	No	%	Total
1	¿Sus colegas de facultad respetan la carrera psiquiátrica?	46	60.53	30	39.47	76
2	¿Observó Ud. en su carrera, a clínicos o cirujanos tratando adecuadamente con pacientes psiquiátricos?	25	32.89	51	67.11	76
3	¿Observó Ud. respeto por parte de los profesores del área no psiquiátrica en relación a la carrera psiquiátrica?	49	64.47	27	35.53	76
4	¿Observó Ud. casos de enfermedad psiquiátrica tratada con buenos resultados?	55	72.37	21	27.63	76
5	¿En caso de que necesitara un psiquiatra para un pariente o amigo, indicaría un profesor del curso de psiquiatría u otro con quien también tuvo contacto durante dicho curso?	57	75.00	19	25.00	76
6	¿La bibliografía recomendada en las asignaturas de psiquiatría fue satisfactoria?	40	52.63	36	47.37	76
7	¿Durante el curso, tuvo oportunidad de examinar y/o atender algún paciente psiquiátrico?	68	89.47	8	10.53	76
8	¿Tuvo Ud. oportunidad de ver un psiquiatra trabajando?	72	94.74	4	5.26	76
9	¿Ver un psiquiatra trabajando influyó favorablemente en su posición frente a la psiquiatría?	45	59.21	31	40.79	76
10	¿Considera adecuado el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica durante el curso de psiquiatría?	32	42.11	44	57.89	76
11	¿Ha tenido Ud. algún tipo de tratamiento psiquiátrico?	10	13.16	66	86.84	76
12	¿Tiene Ud. alguien de sus relaciones cercanas que reciba o haya recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico?	38	50	38	50	76

De los anteriores datos, se observa que los estudiantes de sexto año durante el EPS hospitalario, considera en un 60.53% (46 estudiantes) que sus compañeros respetan la carrera psiquiátrica. Se evidencia que 67.11% (51 estudiantes) considera que clínicos (no psiquiatras) no tratan adecuadamente a los pacientes con enfermedad mental. Se evidencia que 72.37% (55 estudiantes) durante su práctica de EPS hospitalario, evidenció que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados. 75% (57 estudiantes) recomendaría a un profesor del curso de psiquiatría para el manejo de un pariente o amigo que llegare a necesitar atención psiquiátrica. 52.63% (40 estudiantes) encuestados considera que la bibliografía en la asignatura de psiquiatría fue satisfactoria para su práctica clínica en el EPS hospitalario. De los estudiantes evaluados, 94.74% (72 estudiantes) indicaron que tuvieron la oportunidad de ver trabajando a un psiquiatra. 57.89% (44 estudiantes) opina que el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría no fue suficiente para su práctica clínica de EPS hospitalario. 13.16% (10

estudiantes) habían tenido algún tipo de tratamiento psiquiátrico al momento de realizar la encuesta, mientras que 50% (38 estudiantes) tenía o había tenido a alguien de sus relaciones cercanas bajo tratamiento psiquiátrico.

Tabla 14.

Grupo en el que se incluyen los estudiantes con relación a optar a la especialidad de Psiquiatría de sexto año que se encontraban haciendo Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, durante el mes de julio de 2013

Respuesta	Institución							
	HGSJDD*		HR*		CUI*		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
La quiero seguir con seguridad	1	4	1	3	1	8	3	4
Pienso escogerla pero todavía tengo duda	1	4	6	15	1	8	8	11
Ya pensé en escogerla, pero cambié de idea	3	12	5	13	2	17	10	13
No la quiero con seguridad	20	80	27	69	8	67	55	72
TOTAL	25	100	39	100	12	100	76	100

*(HGSJD= Hospital General San Juan de Dios, HR= Hospital Roosevelt, CUI= Hospital de Cuilapa)

Con lo anterior se puede evidenciar que 4% (3 estudiantes) deseaban estudiar psiquiatría al finalizar su formación como médico general, mientras que 11% (8 estudiantes) la contemplaban como opción.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La experiencia acumulada en otros países ha enseñado que el abordaje temprano de los problemas de salud-enfermedad mental y su tratamiento preventivo, es más productivo que su combate curativo frontal; sin duda alguna las acciones preventivas se vuelven complicadas al carecer de personal asistencial con las cualidades necesarias.

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre psiquiatría tras su rotación por el Programa de Salud Mental y Psiquiatría.

Considerando los anteriores datos, está claro que el cambio de actitud hacia la enfermedad mental es parte esencial del proceso educativo, no sólo de los psiquiatras sino también de los médicos generales, puesto que estos últimos juegan un papel importante en la atención primaria en salud y, por tanto, tienen mayor probabilidad de ser el primer contacto con el paciente con patología mental. Dicho cambio se logra mediante el estudio de las enfermedades mentales, por lo que el conocimiento y su respectiva aplicación (práctica), juegan un papel importante en la modificación de las actitudes.

Los grupos estudiados en la presente investigación fueron estudiantes de medicina de quinto año, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se encontraban haciendo la rotación de psiquiatría en el Hospital de Salud Mental, así como los estudiantes de sexto año que se encontraban realizando el Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario. Dichos grupos presentaban características que permitían estudiar su nivel de conocimiento y cambio de actitud (al evaluarlos al inicio) mediante la rotación, como al estar interactuando con los pacientes al finalizar su práctica. A su vez, en los estudiantes de sexto año, se pudo constatar sus conocimientos, actitudes y prácticas, durante la realización del ejercicio profesional supervisado en los distintos hospitales en los que se encontraban.

En los estudiantes de quinto año que fueron evaluados, se constató que previo a iniciar su rotación por el hospital tenían una actitud en general favorable (91.7%) hacia la psiquiatría. Logrando constatar que tanto la adquisición de conocimientos, como la interacción con los pacientes y la observación del trabajo de los psiquiatras, permitió cambiar las actitudes de los estudiantes hacia la psiquiatría, al lograr que el 94.3% de los

estudiantes tuvieran una actitud en general favorable. Contrastando con lo evaluado en otros países donde las actitudes de los estudiantes hacia los enfermos mentales eran tan negativas como las del público en general ⁽¹⁾ o con el 54% favorable en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul de Brasil en el año 1990. ⁽⁹⁾ En el Hospital de Salud Mental se encuentran pacientes que por sus condiciones clínicas presentan agresividad y que, según la literatura, presentan peor aceptación que otros tipos de pacientes, ⁽⁸⁾ sin embargo los estudiantes, al interactuar con los mismos, disminuyeron dichos prejuicios, puesto que de un 59.14% (que observó mejoría en los pacientes con enfermedad psiquiátrica antes de realizar su rotación) el 87.94% constató que si existía un cambio positivo en los pacientes con tratamiento. Logrando de esta manera que el 94.3%, mencionado anteriormente, presentara una actitud en general favorable hacia la psiquiatría. Respecto con los estudiantes de sexto año (que ya habían rotado por el Hospital de Salud Mental) se constató que los mismos no tenían conocimiento suficiente para superar una prueba básica, puesto que el 26% logró superar la prueba. Lo que contrasta con el 57.89% que considera que el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica no es adecuado. Sin embargo, 92% de los evaluados presentaron una actitud en general positiva hacia la psiquiatría y en sus prácticas el 72.37% había observado casos de enfermedad mental tratada con buenos resultados.

Quedan otras líneas de investigación en el ámbito de actitudes hacia la psiquiatría y, por tanto, hacia las personas con trastornos mentales, por lo que podría investigarse la actitud de la población en general, para que al conocer la misma se permita educarles y así disminuir o cambiar los prejuicios que pudieran existir.

Dentro de las limitaciones que se encontraron durante la realización de esta investigación, se puede mencionar que los estudiantes de sexto año, fueron quienes respondieron la encuesta en menor número, desconociendo la causa.

6.1. Conclusiones

Estudiantes de quinto año.

- En relación al conocimiento de los estudiantes se puede concluir que rotar por el Hospital de Salud Mental incrementa los conocimientos respecto a la psiquiatría. Evidenciándose que existe un cambio estadísticamente significativo en la

adquisición de conocimiento de los mismos, antes y después de realizar la rotación, puesto que su conocimiento incrementa.

- Respecto a las actitudes puede concluirse que rotar por el Hospital de Salud Mental contribuye a mantener o incrementar una actitud en general favorable hacia la psiquiatría, ya que al inicio de la rotación 91.7% tenían una actitud favorable hacia la psiquiatría y al finalizar su rotación 94.3% tenían una actitud favorable en general, existiendo un cambio estadísticamente significativo en las actitudes de los estudiantes.
- En relación a las prácticas se constató que los estudiantes tras pasar la rotación, mejoran su perspectiva de las prácticas clínicas con los pacientes psiquiátricos, puesto que el 87.24% de estudiantes al finalizar la rotación, evidenciaron que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados, en comparación con el 59.14% al inicio de la misma. Esto se refleja en que los estudiantes que rotan por el Hospital de Salud Mental ven trabajar a psiquiatras, lo que les permite una influencia favorable respecto a la psiquiatría, así como la evaluación directa de pacientes con patología psiquiátrica. Sin embargo el tiempo de estudio de psicopatología clínica es insuficiente.

Estudiantes de sexto año

- En relación al conocimiento se puede concluir que los estudiantes no tienen conocimientos suficientes respecto a la psiquiatría, ya que el 74% no superó la prueba de conocimientos básicos.
- Respecto a las actitudes, los estudiantes tienen una actitud favorable hacia la psiquiatría, esto contrasta con lo observado en los estudiantes de quinto, donde la actitud favorable tras haber rotado por el Hospital de Salud Mental se mantiene.
- En relación a las prácticas se constató que los estudiantes considera que el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica no es adecuado para su práctica clínica de EPS. Evidenciando que al menos 2 de cada 3 estudiantes considera que sus compañeros respetan la carrera psiquiátrica. Observan que la enfermedad mental tratada obtiene buenos resultados.

- Los estudiantes de medicina que adquieren conocimientos en el Hospital de Salud Mental, en conjunto con la interacción de pacientes con trastorno mental, modifican positivamente sus actitudes hacia la psiquiatría, los cuales se mantienen en el Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario del sexto año de la carrera.

6.2. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: promover capacitación para los médicos que laboran en sus distintas dependencias (quienes no tuvieron la oportunidad de realizar la rotación por el Hospital de Salud Mental), con el fin de disminuir el estigma hacia el paciente con trastorno mental y hacia los temas de psiquiatría y salud mental.
- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: promover campañas de información sobre la enfermedad mental, con el fin de integrar los recursos sociales y de salud que permitan generar estrategias para combatir el estigma de las personas que sufran algún tipo de estos trastornos, puesto que el presente estudio realza que los estudiantes de medicina ya están modificando sus conocimientos, actitudes y prácticas de forma positiva hacia la psiquiatría, lo que permitiría que el trabajo realizado con los médicos y población en general mejore la aceptación de la salud mental.
- A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala: aumentar el tiempo de estudio de la psicopatología y psiquiatría clínica en el área de pregrado, puesto que los estudiantes indicaron que les parecía insuficiente el tiempo de estudio para su práctica clínica.
- Al Colegio de Médicos de Guatemala, con el fin que genere cursos educativos breves sobre la enfermedad mental con sus agremiados, para reducir las actitudes estigmatizadoras en los mismos y puesto que secundario a las opiniones del estudio se considera de vital importancia ofrecer cursos de psiquiatría a los egresados de la USAC.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimón Ugartechea J, Salud Mental Relacional: Los prejuicios contra la psiquiatría. Madrid: Cantabria 2001; vol. 5 203 págs.
2. Sartorius N. Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental. Revista Internacional On-line / An International On-line Journal: Avances en salud mental relacional/Advances in relational mental health. Bilbao [revista en línea] 2006 [Accesado 3 de abril de 2012]; [Aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1045/996/>
3. Gilbert J, Introducción a la sociología. Santiago de Chile: LOM ediciones; 1997: p. 33-5, 214-7
4. Rodríguez Caamaño MJ, Temas de Sociología I. Madrid: Huerga Y Fierro Editores 2001; 1063 págs
5. Fernandez Rios L, Torres Collazo M, Carballal Balsa C. Una Escala de medición de actitudes hacia los enfermos mentales en futuros técnicos de salud. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. [revista en línea] 1988 [Accesado 3 de abril de 2012]; vol 8 (27): [Aproximadamente 15 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15051/14919>
6. Ospina Rave BE, Sandoval C JJ, Aristizabal Botero CA, Ramírez Gómez MC. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Revista Investigación y Educación en Enfermería. [revista en línea] 2005 [Accesado 3 de abril de 2012]; vol 23 (1): [Aproximadamente 16 pantallas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=1052>
7. Vasquez Barquero JL, Diez Manrique JF, Mirapeix Costas C. La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el hospital general: Una perspectiva asistencial, docente e investigadora. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. [revista en línea] 1985 [Accesado 3

- de abril de 2012]; vol 5 (14): [Aproximadamente 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14818/14687>
8. Eker D, Ôner B. Attitudes toward Mental Illness among the General Public and Professionals, Social Representations and Change. En Guimón J, Fischer W, Sartorius N. editores. The Image of Madness. Suiza: Karger; 1999 pp 1-12
 9. Eizirik CL, Belmonte de Abreu P, da Fonseca ADF, Caleffi L, Blaya Rocha D, Spier I, et al. Experiencias y actitudes de estudiantes de medicina en relación con la psiquiatría. Educ Med Salud: 1990:24(4) Washington
 10. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense, S.A.; 2009.
 11. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Ginebra: OMS. [Accesado 12 de julio de 2012] Salud mental: un estado de bienestar. [1 pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
 12. LluchCanut MT, Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva: estudio realizado en 387 estudiantes de la escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona durante el mes de septiembre de 1999 [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la Salud, Facultad de Psicología, 1999.
 13. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, Actitudes hacia la enfermedad mental en enfermería y ámbito de trabajo [sede Web]. España: anesm.net; 2001- [actualizada el 3 de enero de 2006; accesado 12 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.anesm.net/descargas/actitudes_ante_la_enfermedad_mental.pdf
 14. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web] Ginebra: OMS. [Actualizado 26 abril 2006; Accesado 12 de julio de 2012] ¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales? [1 pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>

15. Vallejo J, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4 ed. Barcelona: Masson; 1998.
16. Vallejo J, Nagera A. Introducción a la Psiquiatría. 15 ed. Barcelona: Científico-Médica; 1985.
17. Font J, Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell editores, Salud Mental y Trabajo Social. Barcelona: Laia; 1983 pp. 92-109.
18. Alonso Fernández F, Fundamentos de la Psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo; 1977.
19. Ayer AJ, Man as a subject of science. Londres: AthlonePress; 1964.
20. Monedero C, Psicopatología General. 2 ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998
21. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1994.
22. Freud, Obras completas. Tres volúmenes. [Recurso electrónico] Traducción de Luis López-Ballesteros y de Torres. 3era Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
23. Nos J. La Escuela norteamericana de la Psicología del Yo. Anuario de Psicología; Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. [revista en línea] 1995 [Accesado 29 de agosto de 2012]; Nº 67: [Aproximadamente 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14818/14687>
24. Ruiz Sánchez JJ, Cano Sánchez JJ. Las psicoterapias, Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Publicado en Psicología Online [En línea] 2010 [Accesado 29 de agosto de 2012]; [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3.htm>
25. Evans D. Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano. Paidós. Buenos Aires: [En línea] 2007 [Accesado 29 de agosto de 2012]; Disponible en: www.psicoblogs.com.ar/wp.../Diccionario-lacaniano-Dylan-Evans.pdf

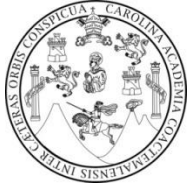
26. Szasz TS. Ideología y enfermedad mental. Evans D. Diccionario Introdutorio de Psicoanálisis Lacaniano. Amorrortu editores. Buenos Aires: [En línea] 2001 [Accesado 05 de agosto de 2012]; <http://nytz.files.wordpress.com/2012/07/0021970ideologc3ada-y-enfermedad-mental-szasz-thomas.pdf>
27. Tickin S. Brother Beast: A Personal Memoir of David Cooper. [monografía en línea]. En: Society for Laingian Studies. 2003 [accesado 05 agosto de 2012]. Disponible en: <http://laingsociety.org/colloquia/inperson/davidcooper/brotherbeast1.htm>
28. The International R.D. Laing Institute. History & Mission. [sede Web]. Gallen; 2004- [actualizada 2004; accesado 05 septiembre de 2006]. Disponible en: <http://www.lainginstitut.ch/>
29. Basaglia F. The Destruction of The Mental Hospital as a place of institutionalisation: Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service. First international congress of social Psychiatry; 1964; London. Dipartimento di salute mentale trieste; 1964
30. Campo Revilla I, Yllá Segura L, González-Pinto Arrillaga A, Bardají Suarez P. Actitud de la familia hacia el enfermo mental. Actas Esp Psiquiatr 2010;38(1):57-64 Huesca.
31. Vezzoli R, Archiati L, Buizza c, Pasqualetti P, Rossi G, Pioli R. Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. Eur Psychiatry Ed. Esp. Brescia: (2002); 9: 108-116
32. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 8 de mayo de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: conocimiento [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conocimiento
33. Morris C, A Maisto. Psicología. 10 ed. México: Prentice Hall; 2001.
34. Echegoyen Olleta J, Filosofía medieval y moderna: Hume, conocimiento de cuestiones de hecho. [Monografía en línea] Torre de Babel; [Accesado 8 de mayo de 2012].

Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalmoderna/Hume/Hume-ConocimientoCuestionesHecho.htm>

35. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 8 de mayo de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: ciencia [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=ciencia
36. Teresa José E. Conocimiento, pensamiento y lenguaje: una introducción a la lógica y al pensamiento científico. Buenos Aires: Biblos; 2006.
37. Galicia Sánchez S. Introducción al estudio del conocimiento científico. México: Plaza y Valdés; 2005.
38. Blasco JL, Grimaltos T. Teoría del conocimiento. Valencia: Universitat de València; 2004.
39. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 8 de mayo de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: empirismo [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=empirismo
40. Willis GB. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. California: SagePublications; 2005.
41. Maldonado JR. Una forma de medición del Conocimiento desde el enfoque de la teoría de la economía del conocimiento en las organizaciones artesanales de Oaxaca, México. [Monografía en línea]. Barcelona: Observatorio para la cibersociedad; 2004. [Accesado 8 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.cibersociedad.net/congres2004/grups/supragrups_com.php?idioma=es&id=5
42. Universidad de San Carlos de Guatemala. Consejo Superior Universitario. Reglamento general de evaluación y promoción del estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala. [Publicación en línea] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2005.

43. Guatemala. Ministerio de Educación. Reglamento de evaluación de los aprendizajes para los niveles de educación preprimaria, primaria y media de los subsistemas de educación escolar y extraescolar en todas sus modalidades. [Publicación en línea] Guatemala: Ministerio de Educación; 2011. Disponible en :http://www.alfonsolopezalonso.com/attachments/005_Acuerdo%20Ministerial%20171-2010%20Reglamento%20de%20Evaluación.pdf
44. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 8 de mayo de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: actitud [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=actitud
45. Crhóva J. Actitud hacia la lengua. Baja California: Centro de Estudios Culturales – Museo; 2004.
46. Hernández Sampieri R, et.al. Metodología de la Investigación. 3 ed. México: McGraw-Hill; 2003.
47. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 8 de mayo de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: práctica [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=práctica
48. Definición.de [Sede web]. [s.l.] Definición.de; 2008 [Accesado 8 de mayo de 2012] definición de práctica, [Una pantalla]. Disponible en: <http://definicion.de/práctica/>
49. Prada Alcoreza R. Análisis sociodemográfico de las poblaciones nativas. Bolivia: Instituto Nacional de Estadística – UnitedNations Population Fund; 1997.
50. Tubert S. Del sexo al género: Los equívocos de un concepto. Madrid: Cátedra; 2003.
51. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 5 de junio de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: edad [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=edad

52. Real Academia Española [Sede web] España; RAE; 2001 [Accesado 5 de junio de 2012] Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición: etnia [1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=etnia
53. Villoro J. Creer, saber, conocer. México, D.F: Siglo XXI; 1982
54. Perales A, Mendoza A, Vásquez - Caicedo G, Zambrano M. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo" 2da ed. Lima: UNMSM; 1998
55. WPA/OMS "Curriculum de Psiquiatría para estudiantes de Medicina World Psychiatric Association OMS 2008.
56. Méndez L, Peña J. Manual práctico para el diseño de la escala likert. 1era ed. Colombia: Trillas; 2006
57. Morales P, Urosa B, Blanco A. Construcción de escalas de actitudes tipo likert. La Muralla; Madrid: 2003



VIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Nacional de Salud Mental
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Especialidades
Maestría en Psiquiatría



ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA PSIQUIATRÍA EN LOS ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Institución:

Estudiante:

Nº _____

Hospital Nacional de Salud Mental	<input type="checkbox"/>
Hospital General San Juan de Dios	<input type="checkbox"/>
Hospital Roosevelt	<input type="checkbox"/>
Hospital Nacional de Cuilapa	<input type="checkbox"/>
Hospital Nacional de Antigua Guatemala	<input type="checkbox"/>

Quinto año	<input type="checkbox"/>
Sexto año	<input type="checkbox"/>

La presente investigación es conducida por el Dr. Guillermo Domínguez, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como parte de sus estudios de postgrado en psiquiatría. El objetivo general de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de quinto año y sexto año de la carrera de médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala sobre la psiquiatría.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente treinta (30) minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

Firma entrevistado

Consentimiento: Acepta No acepta Se retira

Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Nacional de Salud Mental
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Especialidades
Maestría en Psiquiatría

**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA
PSIQUIATRÍA EN LOS ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE LA CARRERA DE
MÉDICO Y CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Institución:

Estudiante:

Nº _____

Hospital Nacional de Salud Mental	<input type="checkbox"/>
Hospital General San Juan de Dios	<input type="checkbox"/>
Hospital Roosevelt	<input type="checkbox"/>
Hospital Nacional de Cuilapa	<input type="checkbox"/>
Hospital Nacional de Antigua Guatemala	<input type="checkbox"/>

Quinto año	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Sexto año	<input type="checkbox"/>				

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: 18-19 años 20-24 años 25-39 años
 40-49 años 50-59 años 60-64 años
 65-69 años >70 años

Sexo: Femenino Masculino

Etnia: Indígena No indígena

CONOCIMIENTOS**

1. La Psiquiatría se orienta a considerar al enfermo como:
 - a. Un conjunto de órganos o sistemas enfermos.
 - b. El resultado de alteraciones orgánicas o neuroquímicas cerebrales.
 - c. Una persona total en su categoría bio-psico-social.
 - d. Todas son válidas.
 - e. Ninguna es válida.
2. Respecto a la Historia Clínica general, la Historia Clínica psiquiátrica es:
 - a. Totalmente diferente.
 - b. Idéntica.
 - c. No difiere, salvo en el énfasis que da a algunas áreas.
 - d. Más complicada.
 - e. Menos complicada.

3. En esquizofrénicos, suele coincidir con alucinaciones:
 - a. Ensalada de palabras
 - b. Soliloquio
 - c. Pensamiento en tropel
 - d. Apatía
 - e. Bloqueo

4. Si un paciente afirma "ver cosas que otras personas que están con él no pueden ver, sin que haya estímulo reconocible", presenta:
 - a. Paraidolias
 - b. Ilusiones
 - c. Alucinaciones
 - d. Extrañeza de lo percibido
 - e. Sinestesia

5. La esquizofrenia tiende a:
 - a. La agudeza de los síntomas
 - b. Un curso variable
 - c. La cronicidad inexorable
 - d. Tener buen pronóstico
 - e. Responder al psicoanálisis

6. El tratamiento de la esquizofrenia debe ser:
 - a. Farmacológico exclusivo
 - b. Farmacológico y psicológico
 - c. Farmacológico, psicológico y social
 - d. Farmacológico, psicosocial y comunitario
 - e. Ninguna es válida

7. Si un esquizofrénico no cumple con las órdenes terapéuticas, es mejor utilizar:
 - a. Electrochoque
 - b. Medicación de depósito
 - c. Ansiolíticos
 - d. Antidepresivos
 - e. Todas son válidas

8. El diagnóstico de episodio depresivo mayor exige la presencia de síntomas por un mínimo de:
 - a. Una semana
 - b. Dos semanas
 - c. Tres semanas
 - d. Dos meses
 - e. No importa la duración

9. Durante la depresión se observan dificultades en las funciones cognoscitivas, tales como:
 - a. Disminución de la atención.
 - b. Dificultad para concentrarse
 - c. Dificultad amnésica
 - d. Son válidas la primera y la segunda
 - e. Todas son válidas

10. El episodio maníaco se caracteriza por ánimo:
 - a. Elevado
 - b. Expansivo
 - c. Irritable
 - d. Ninguna es válida
 - e. Todas son válidas

11. En el episodio maníaco están presentes los siguientes síntomas, menos:
 - a. Autoestima elevada
 - b. Sentimiento de grandiosidad
 - c. Insomnio
 - d. Pensamiento acelerado
 - e. Apatía

12. Los cuadros depresivos responden mejor a:
 - a. Tratamiento farmacológico.
 - b. Tratamiento psicoterapéutico.
 - c. Tratamiento combinado, psicoterapéutico y farmacológico.
 - d. Tratamiento social.
 - e. Todas son válidas.

13. El tratamiento de elección del episodio maníaco es:
- Benzodiazepinas.
 - Aminotriptilina.
 - Litio.
 - Inhibidores de la monoaminoxidasa.
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina.
14. Las alucinaciones auditivas en forma de voces dialogantes que comentan los actos del paciente, sugieren fuertemente el diagnóstico de:
- Trastorno bipolar
 - Trastorno esquizofrénico
 - Trastorno de pánico
 - Síndrome orgánico-cerebral
 - Epilepsia
15. La frecuencia del trastorno de conversión es:
- Igual en hombres y mujeres
 - Más frecuente en hombres que en mujeres
 - Más frecuente en mujeres que en hombres
 - Desconocido
 - Dependiente de la cultura
16. El trastorno de conversión se inicia raramente:
- Antes de los 5 años y después de los 25
 - Antes de los 10 años y después de los 35
 - Antes de los 15 años y después de los 40
 - Cualquiera es válida
 - Ninguna es válida
17. La hipocondriasis causa:
- Una preocupación ansiosa y exagerada por tener una severa enfermedad
 - Una actitud constante de autoobservación
 - Continua búsqueda de atención profesional
 - Todas son válidas
 - Ninguna es válida
18. En el tratamiento del trastorno somatomorfo debe considerarse las siguientes pautas, excepto:
- Buena relación médico paciente
 - Educar al paciente en su enfermedad
 - Modificar el ambiente familiar
 - Uso de antidepresivos de ser indicado
 - Uso de antipsicóticos que suelen dar buenos resultados.
19. El estrés es:
- Una situación de amenaza
 - Una situación de pérdida material o de un ser querido
 - La reacción del organismo ante un hecho externo impactante.
 - Sólo las dos primeras son ciertas Todas son ciertas
20. La agitación psicomotora puede presentarse en los siguientes trastornos, menos en:
- Esquizofrenia.
 - Manía.
 - T. Orgánico cerebral.
 - Fobias.
 - Epilepsia.

ACTITUDES ***

- La psiquiatría ha avanzado considerablemente en los recientes años en lo que se refiere al tratamiento biológico y entendimiento de esquizofrenia y depresión.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Neutro
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
- La psiquiatría es una frontera de la medicina que se expande rápidamente.
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Neutro
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

3. El psicoanálisis es un método poderoso de entendimiento del comportamiento humano.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
4. La psiquiatría es no científica e imprecisa.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
5. Si alguien en mi familia estuviera emocionalmente comprometido y la situación pareciera no mejorar, recomendaría una consulta psiquiátrica.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
6. Las consultas psiquiátricas para pacientes clínicos o quirúrgicos raramente son útiles.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
7. Entrar en la psiquiatría significa perder la educación médica.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
8. El médico de hoy no tiene tiempo para tratar con problemas emocionales de los pacientes.
- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Neutro
- (4) En desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo
9. Con raras excepciones, psicólogos clínicos y asistentes sociales son tan bien cualificados como lo son los psiquiatras.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
10. Los psiquiatras comprenden y se comunican mejor con las personas que los médicos generales.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
11. Los psiquiatras piensan poco objetivamente.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
12. Los psiquiatras frecuentemente elogian su área cuando enseñan psiquiatría.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
13. Los psiquiatras tienden a súper analizar el comportamiento humano.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
14. Los psiquiatras frecuentemente abusan de su poder legal de hospitalizar pacientes contra su voluntad.

- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
15. Los psiquiatras gastan demasiado tiempo viendo pacientes que no necesitan de su ayuda, en tanto ignoran los problemas de aquellos más necesitados.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
16. En general, los psiquiatras ganan menos dinero que otros médicos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
17. Dentro de la medicina, el psiquiatra tiene alto estatus.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
18. Muchos profesores y médicos no psiquiatras contratados de esta facultad y de otros hospitales son críticos de la psiquiatría.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
19. Si un estudiante está interesado en psiquiatría como carrera, otros estudiantes o profesores de la facultad intentarán disuadirlo(a).
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
- (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
20. Si un estudiante expresa interés en psiquiatría, él o ella corren el riesgo de ser asociado a un grupo de otros futuros psiquiatras que muchas veces son vistos como extraños o neuróticos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
21. La psiquiatría es una asignatura atrayente porque es más abarcadora intelectualmente que otras carreras médicas, ya que envuelve muchos campos de estudio, incluyendo biología, psicología, sociología, historia, filosofía y literatura.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo
22. Las disciplinas de psiquiatría son muy fáciles, deberían ser más exigentes y en pie de igualdad con la dificultad de otros cursos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 (2) De acuerdo
 (3) Neutro
 (4) En desacuerdo
 (5) Totalmente en desacuerdo

PRÁCTICAS ***

1. ¿Sus colegas de facultad respetan la carrera psiquiátrica?
- (1) Sí
 (2) No
2. ¿Observó Ud. en su carrera, a clínicos o cirujanos tratando adecuadamente con pacientes psiquiátricos?
- (1) Sí
 (2) No

3. ¿Encontró Ud. incentivo, por parte de los colegas, en seguir una carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
4. ¿Observó Ud. respeto por parte de los profesores del área no psiquiátrica en relación a la carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
5. ¿Observó Ud. respeto por parte de los residentes del área no psiquiátrica con relación a la carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
6. ¿Observó Ud. prescripción abusiva de psicofármacos por parte de los psiquiatras?
(1) Sí
(2) No
7. ¿Observó Ud. casos de enfermedad psiquiátrica tratada con buenos resultados?
(1) Sí
(2) No
8. ¿Las asignaturas de introducción a la psiquiatría influenciaron en su decisión de carrera?
(1) Sí
(2) No
9. ¿La asignatura de psiquiatría influyó su opción de carrera?
(1) Sí
(2) No
10. ¿En caso de que necesitara un psiquiatra para un pariente o amigo, indicaría un profesor del curso de psiquiatría u otro con quien también tuvo contacto durante dicho curso?
(1) Sí
(2) No
11. ¿Cree Ud. que los psiquiatras que conoció durante el curso de psiquiatría escogieron esta profesión para resolver sus propios problemas?
(1) Sí
(2) No
12. ¿La bibliografía recomendada en las asignaturas de psiquiatría fue satisfactoria?
(1) Sí
(2) No
13. ¿Durante su curso fueron mostrados en exceso pacientes psiquiátricos graves?
(1) Sí
(2) No
14. ¿Durante el curso, tuvo oportunidad de examinar y/o atender algún paciente psiquiátrico?
(1) Sí
(2) No
15. ¿Tuvo Ud. oportunidad de ver un psiquiatra trabajando?
(1) Sí
(2) No
16. ¿Ver un psiquiatra trabajando influenció favorablemente en su posición frente a la psiquiatría?
(1) Sí
(2) No
17. ¿Ver un psiquiatra trabajando influenció desfavorablemente su posición frente a la psiquiatría?
(1) Sí
(2) No
18. ¿Considera adecuado el tiempo de estudio del desarrollo psicológico normal durante el curso de psiquiatría?
(1) Sí
(2) No
19. ¿Considera adecuado el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica durante el curso de psiquiatría?
(1) Sí
(2) No

20. ¿Hay algún psiquiatra en su familia?
- (1) Sí
 - (2) No
21. ¿Está Ud. en algún tipo de tratamiento psiquiátrico?
- (1) Sí
 - (2) No
22. ¿Ha tenido Ud. algún tipo de tratamiento psiquiátrico?
- (1) Sí
 - (2) No
23. ¿Tiene Ud. alguien de sus relaciones cercanas que reciba o haya recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico?
- (1) Sí
 - (2) No
24. ¿En qué grupo se ubica Ud. con relación a la opción por psiquiatría?
- (1) La quiero seguir con seguridad
 - (2) Pienso escogerla pero todavía tengo duda
 - (3) Ya pensé en escogerla, pero cambié de idea
 - (4) No la quiero con seguridad

Instrumento modificado de:

**Perales A, Mendoza A, Vásquez - Caicedo G, Zambrano M. Manual de Psiquiatría "Humerto Rotondo" 2da ed. Lima: UNMSM; 1998

***Eizirik CL, Belmonte de Abreu P, da Fonseca ADF, Caleffi L, Blaya Rocha D, Spier I, et al. Experiencias y actitudes de estudiantes de medicina en relación con la psiquiatría. Educ Med Salud: 1990;24(4) Washington

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO AÑO DE CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO SOBRE PSIQUIATRÍA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.