

Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental

M. Arrillaga Arizaga^a, C. Sarasqueta Eizaguirre^b, M. Ruiz Feliu^c y A. Sánchez Etxeberria^d

Objetivos. Medir la fiabilidad de un cuestionario de actitudes y conocimientos hacia la salud mental y el equipo de salud mental.

Conocer dichas actitudes y su asociación con variables demográficas y laborales.

Diseño. Observacional, transversal.

Emplazamiento. Centros de atención primaria en un medio urbano.

Participantes. Personal sanitario (n = 141) de centros de atención primaria cuyos centros de salud mental referentes se hallan en un área de Guipúzcoa.

Mediciones principales. Cuestionario autoadministrado y anónimo que incluye un apartado con datos sociodemográficos y laborales. Encuesta que incluye ítems sobre actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría, los centros de salud mental, la auto percepción de conocimientos y la predisposición a asistir a cursos en esta materia.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 70%. El análisis factorial obtuvo 5 factores, cuya medida y rango son: «asistencia a cursos», 30,8 (rango, 8-40); «conocimientos», 17,5 (rango, 7-35); «tratamiento mayor», 12,2 (rango, 6-30); «tratamiento menor», 14,4 (rango, 5-25); «atención por el centro de salud mental», 11,5 (rango, 4-20). La consistencia interna de las 5 escalas obtenidas es de 0,95, 0,92, 0,85, 0,83 y 0,65, respectivamente. El 13% no considera que haya que estar prevenido frente a los «locos».

Conclusiones. No se observa una actitud negativa hacia el enfermo mental. El personal sanitario de atención primaria percibe una falta de conocimientos en psiquiatría y una insuficiente relación con el centro de salud mental, así como una buena predisposición a mejorar ambos aspectos.

Palabras clave: Salud mental. Actitudes. Personal sanitario. Cuestionarios. Fiabilidad.

ATTITUDES OF PRIMARY CARE HEALTH STAFF TO THE MENTALLY ILL PATIENT, PSYCHIATRY AND THE MENTAL HEALTH TEAM

Objectives. To measure the reliability of a questionnaire on attitudes and knowledge of mental health and the mental health team (MHT). To find out what these attitudes are and their associations with demographic and work variables.

Design. Observational, transversal.

Setting. Primary care (PC) centres in an urban environment.

Participants. Health staff (n=141) of PC centres whose mental health centres (MHC) for referral are in an area of Guipuzcoa.

Main measurements. Self-administered, anonymous questionnaire including a section with social, demographic and work data. Survey including items on attitudes towards the mentally ill, psychiatry, the MHCs, staff's perception of their own knowledge and their attitude towards attending courses on the subject.

Results. The reply rate was 70%. The factorial analysis had 5 factors whose measurements and scores were: "attendance at courses", 30.8 (8-40); "knowledge", 17.5 (7-35); "more treatment", 12.2 (6-30); "less treatment", 14.4 (5-25); "care through the MHC", 11.5 (4-20). The internal consistency of the 5 scales was 0.95, 0.92, 0.85, 0.83, and 0.65, respectively. 13% did not think you had to be on the look out for the mentally ill.

Conclusions. No negative attitude towards the mentally ill was perceived. PC health staff perceived their lack of psychiatric knowledge and that they did not have sufficient dealings with the MHC, and showed good predisposition towards improving both questions.

Key-words: Mental health. Attitudes. Health staff. Questionnaires. Reliability.

^aMédico de Familia. Psiquiatra. Centro de Salud de Lesaka. Navarra. España.

^bUnidad de Epidemiología. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^cPsiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^dResidente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Correspondencia:
Maite Arrillaga Arizaga.
Centro de Salud de Lesaka.
Antoiu, 36. 31770 Lesaka. Navarra.
España.
Correo electrónico:
maitearrillaga@mixmail.com

Manuscrito recibido el 5 de febrero de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 26 de enero de 2004.

Introducción

En la práctica diaria del médico de familia es cada vez más frecuente la atención a pacientes con problemas de tipo psicosocial. La prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria (AP) ha sido objeto de numerosos estudios y se sitúa entre un 24 y un 30% en nuestro medio^{1,2}. Sin embargo, sólo entre un tercio y la mitad de los casos son reconocidos correctamente por el médico de AP³.

El médico de AP ha dejado de ser un mero «filtro» hacia los sistemas especializados y en este momento es una figura clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales⁴. La relación entre el equipo de salud mental (ESM) y el de AP se considera insuficiente, a pesar de que ambos desarrollan su trabajo en la comunidad y tratan a pacientes comunes y enfermedades muy relacionadas entre sí^{5,6}. Son muchos los factores que influyen en el reconocimiento de la enfermedad por el médico de AP y en su relación con el ESM. Entre éstos está, por una parte, la actitud que presenta frente a la enfermedad mental⁷ y, por otra, la autopercepción de los conocimientos en esta materia.

Para medir las actitudes hacia el enfermo mental, entre los cuestionarios más difundidos sólo existe una versión adaptada al castellano del Cohen y Struening hecha por Ylla et al⁸. En España se han llevado a cabo estudios de actitudes en diversos grupos poblacionales y se ha observado una actitud negativa en la población general hacia el enfermo mental⁹, con diferencias según la clase social, el nivel educacional y el grupo profesional¹⁰. Nosotros creemos que la reforma de la psiquiatría y su acercamiento a la comunidad tiene como resultado una mejora de las actitudes hacia la psiquiatría y el enfermo mental, tanto en la población general como en el personal sanitario. Con el presente estudio nos proponemos: *a*) medir la fiabilidad de una escala de actitudes y conocimientos del personal sanitario de AP (médicos/enfermeras) hacia la salud mental y el centro de salud mental (CSM), y *b*) conocer ambos aspectos y su asociación con variables demográficas y laborales.

Pacientes y método

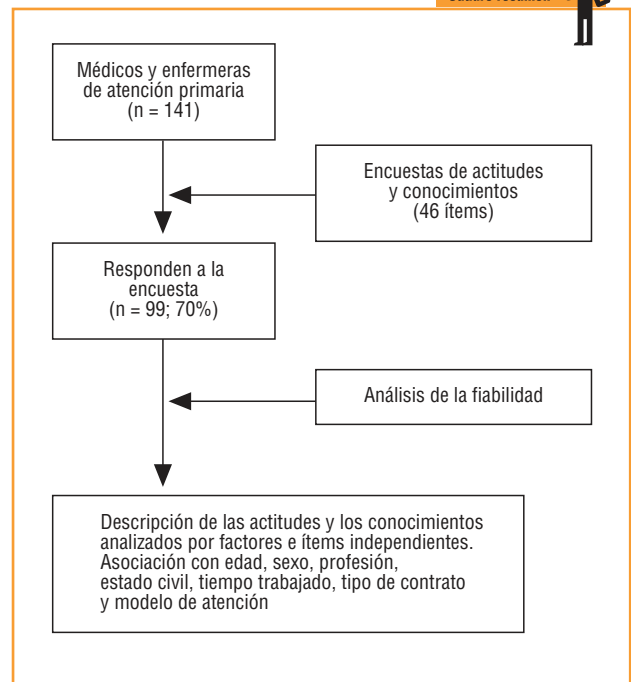
Población de estudio y muestra

Médicos (no pediatras) y personal de enfermería de los centros de AP cuyos CSM referentes se hallan en un área urbana de Guipúzcoa y que se encontraban en activo en abril de 1999 (fecha de envío de la encuesta; n = 141). Asumiendo un 20% de pérdidas, quedarían 113 sujetos, número que nos permitiría estimar medias en las escalas de actitudes alejadas un máximo de 0,5 puntos de la media observada (programa nQuery Advisor 3.0).

Recogida de variables

El cuestionario autoadministrado y anónimo va precedido de una carta de presentación en la que se informa del estudio, un apar-

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal en una muestra de personal sanitario de atención primaria de una comarca de Guipúzcoa.

tado con datos sociodemográficos y laborales, y la encuesta sobre actitudes y conocimientos (material adicional en la versión electrónica). Los ítems que integran dicha encuesta han sido extraídos de cuestionarios previos⁹⁻¹¹ y, principalmente, de un estudio anterior realizado en una comarca de Bizkaia por Mendezona et al¹². La validez de su contenido fue revisada por un grupo de expertos que incluía a profesionales de salud mental y AP, que redujeron o añadieron ítems en función de los datos que se ha creído necesario obtener para nuestro estudio. Finalmente, el cuestionario consta de 46 ítems tipo Likert. El cuestionario fue entregado personalmente al coordinador de cada centro de salud, previo aviso telefónico, y recogido a los 15 días.

Análisis estadístico

El análisis de las escalas de actitudes y conocimientos consistió, en primer lugar, en un análisis factorial de correlaciones para extraer los factores principales. Para obtener estimadores de los factores comunes se utilizó el método de ejes principales y rotación oblicua. Se excluyeron los ítems que tenían una escasa correlación con dichos factores. Posteriormente, se invirtieron los ítems negativos y se realizó un análisis de fiabilidad, calculándose el coeficiente alfa de Cronbach como estimador de la consistencia interna.

Para valorar las actitudes y conocimientos percibidos, las escalas se describieron mediante la media y su intervalo de confianza (IC). Los ítems independientes se agruparon en 3 categorías: en desacuerdo, indiferente y de acuerdo, y se describieron

mediante proporciones. La asociación de las escalas con la edad (en 3 grupos), sexo, profesión, años de experiencia (< 5, > 15), tipo de contrato y modelo de atención se midieron mediante la prueba de la t de Student o el análisis de varianza. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de la χ^2 .

Resultados

De las 141 encuestas entregadas se recogieron 99 (70% de respuesta): un 60% eran médicos, el 70% mujeres, la edad media era de 45 años, el 78% llevaba más de 15 años trabajando en ese puesto, el 82% con contrato fijo y el 88% en un modelo de atención de tipo jerarquizado.

En el análisis factorial se obtienen 5 factores cuya composición y fiabilidad se presentan en la tabla 1. El factor 1, «cursos», se refiere a la predisposición a la asistencia a cursos en materia de salud mental; el factor 2, «conocimientos», está en relación con la autopercepción de conocimientos en salud mental y la capacidad de abordaje de esta enfermedad; el factor 3, «tratamiento mayor», hace referencia a la dificultad en el abordaje y tratamiento de las enfermedades mentales propias del segundo nivel asistencial; el factor 4, «tratamiento menor», se refiere a la dificultad del tratamiento de las enfermedades mentales frecuentes

TABLA 1 Fiabilidad de los factores e ítems que los componen

	Alfa de Cronbach
Factor 1: «asistencia a cursos»	0,95
Asistiría a cursos en relación con:	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos del estado de ánimo	
Trastornos de ansiedad	
Trastornos de la conducta alimentaria	
Trastornos del sueño	
Trastornos adaptativos, reacciones vivenciales	
Trastornos somatomorfos, trastornos de conversión. Trastornos por dolor, hipocondría	
Trastornos por uso de sustancias	
Factor 2: «conocimientos»	0,92
Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables	
Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en atención primaria	
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son adecuados	
Trastornos del estado de ánimo	
Trastornos de la ansiedad	
Trastornos del sueño	
Trastornos adaptativos, reacciones vivenciales	
Trastornos somatomorfos, trastornos de conversión	
Trastornos por dolor, hipocondría	

TABLA 1 Fiabilidad de los factores e ítems que los componen (continuación)

	Alfa de Cronbach
Factor 3: «tratamiento mayor»	0,85
Tengo dificultad para tratar las siguientes enfermedades:	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos de la conducta alimentaria	
Trastorno por uso de sustancias	
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son suficientes:	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos de la conducta alimentaria	
Trastornos por el uso de sustancias	
Factor 4: «tratamiento menor»	0,83
Tengo dificultad para tratar las siguientes enfermedades:	
Trastornos del estado del ánimo	
Trastornos de la ansiedad	
Trastornos del sueño	
Trastornos adaptativos	
Trastornos somatomorfos, trastornos de conversión, trastornos por dolor, hipocondría	
Factor 5: «atención por el centro de salud mental»	0,65
El centro de salud mental atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes	
La atención que presta el centro de salud mental a los pacientes que atiende es satisfactoria	
El centro de salud mental resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivó	
La interrelación que mantengo con el centro de salud mental es satisfactoria	

TABLA 2 Rango, media e intervalo de confianza del 95% para cada factor

	Rango	Media	IC del 95%
Asistencia a cursos	8-40	30,8	29,3-32,2
Conocimientos	7-35	17,5	16,4-18,6
Tratamiento mayor	6-30	12,2	11,4-13
Tratamiento menor	5-25	14,4	13,5-15,3
Atención por el centro de salud mental	4-20	11,5	10,8-12

IC: intervalo de confianza.

en las consultas de atención primaria y, por último, el factor 5, «atención por el CSM», se refiere a la opinión sobre la calidad de la atención recibida en el CSM.

En la tabla 2 se presenta el rango, la media y el intervalo de confianza del 95% para cada escala. Hay que resaltar la buena predisposición de los profesionales de AP para asistir a cursos de salud mental. Se perciben como insuficientes los conocimientos en psiquiatría y hay dificultades, tan-

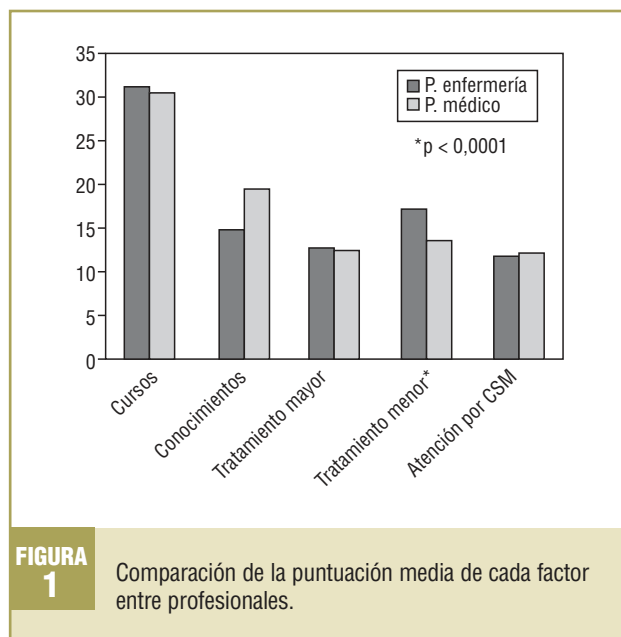


FIGURA 1 Comparación de la puntuación media de cada factor entre profesionales.

to para tratar las enfermedades mentales «mayores» como las «menores».

El 93% está en desacuerdo con la afirmación: «es poco lo que se puede hacer por los pacientes psicóticos, excepto cubrir sus necesidades básicas». Tan sólo un 13% considera que convendría estar prevenido frente a los «locos». En la figura 1 se comparan las puntuaciones de cada escala pa-

ra médicos y enfermeras. En el grupo de enfermeras no se ha observado una asociación de las actitudes o los conocimientos con las variables independientes. Para los médicos, las diferencias se presentan en la tabla 3.

Discusión

Más del 80% de los encuestados tiene actitudes favorables hacia los enfermos psiquiátricos, así como buena disposición para asistir a cursos en materia de salud mental. A pesar de que el 85% está de acuerdo en la existencia de un CSM en la zona, la relación con estos profesionales y la atención que prestan a los pacientes se considera no satisfactoria. No se han encontrado diferencias en las actitudes ni en los conocimientos entre los médicos de familia con formación vía MIR y no MIR, a pesar de que el programa formativo MIR incluya formación en salud mental.

La tasa de respuesta es ligeramente inferior a las cifras de respuesta comunicadas por otros estudios^{13,14}. El estudio de las actitudes se encuentra con dificultades de tipo conceptual y metodológico¹³. La escasez de escalas actualizadas para el ámbito del estudio provoca la utilización de escalas de elaboración propia analizadas ítem a ítem, lo que disminuye su fiabilidad y dificulta la comparación de resultados.

Entre los ítems analizados de forma independiente, hay uno que puede resultar contradictorio: «aunque algunos pacientes psíquicos parece que están bien, sería peligroso

TABLA 3 Asociación de cada factor con sexo, edad, estado civil y variables laborales, sólo para médicos

	Asistencia cursos		Conocimientos		Tratamiento mayor		Tratamiento menor		Atención por centro de salud mental	
	Media	p	Media	p	Media	p	Media	p	Media	p
Sexo										
Mujer	30,8	0,4	16,9	0,00	11,5	0,01	15,4	0,00	11,0	0,02
Varón	30,0		20,7		13,7		12,7		12,3	
Edad (años)										
40	32,8	0,4	16,4	0,1	11,7	0,01	15,4	0,5	11,6	0,001
40-50	29,7		17,6		11,5		14,9		11,0	
50	32,6		20,4		15,4		14,5		15,6	
Tipo contrato										
Temporal	31,5	0,6	15,7	0,03	11,2	0,27	16,3	0,05	11,0	0,5
Fijo	30,5		18,9		12,4		14,5		11,5	
Modelo de atención										
Cupo	30,0	0,7	22,5	0,03	16,1	0,05	11,4	0,02	12,9	0,06
Jerarquizado	30,8		16,6		11,8		14,8		11,2	
Años trabajados										
- 15	32,7	0,14	15,6	0,07	12,1	0,9	15,3	0,2	11,0	0,5
+ 15	30,1		18,6		12,2		14,1		11,5	

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Las enfermedades mentales son muy prevalentes en atención primaria.
- La actitud hacia los problemas de salud mental es negativa.
- Es insuficiente la relación entre el personal de atención primaria y de salud mental.

Qué aporta este estudio

- No hay una actitud negativa hacia el enfermo mental.
- Se percibe falta de conocimientos en esta materia.
- Hay una actitud positiva para mejorar los conocimientos y la relación con la salud mental.

olvidar por un momento de que están mentalmente enfermos». El 85% está de acuerdo con esta afirmación, y consideramos que se debe a que, al igual que en el abordaje de otro tipo de enfermedades, el descuido de los síntomas y del tratamiento de la enfermedad podría tener consecuencias negativas para el paciente, más que tratarse de una forma de discriminación. En los trabajos revisados en la bibliografía y referidos al personal sanitario encontramos resultados similares a los del presente estudio en cuanto a considerar la enfermedad mental como otra enfermedad cualquiera y a la psiquiatría como una ciencia¹³. Tanto médicos como enfermeras tienen una actitud positiva hacia el enfermo mental; sin embargo, en cuanto a la actitud hacia la psiquiatría y los CSM para el colectivo de enfermería, se observan resultados dispares^{4,13,15}. Esta falta de homogeneidad en el resultado podría corroborar el hallazgo del presente estudio de la menor implicación del personal de enfermería de AP en el abordaje de las enfermedades mentales. En términos generales podríamos concluir que, más que la actitud negativa hacia el enfermo mental, lo que se observa es una dificultad en su manejo por la percepción de la falta de conocimientos de esta enfermedad. El personal sanitario de AP conoce y valora la influencia de los factores psicológicos en la práctica clínica diaria y se percibe como deficiente la relación con el CSM. Hay que destacar el interés que muestran los profesionales en mejorar su formación en salud mental.

A la luz de los resultados obtenidos en este estudio, nos parece importante poner en marcha acciones encaminadas a mejorar la colaboración y el apoyo entre las estructuras básicas de salud y las unidades de salud mental. Para ello, se debería establecer cuál es el modelo idóneo para cada ámbito, partiendo de la base de la bidireccionalidad. Sería necesario definir el papel de la enfermería en el seguimiento de los pacientes con trastornos mentales.

Bibliografía

1. Retolaza A, Márquez Y, Ballesteros J. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995;15:593-608.
2. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dumm G. Mental health in primary care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997;170:529-35.
3. Goldberg D. Epidemiology of mental disorder in primary care settings. *Epidemiol Rev* 1995;17:182-90.
4. Herrán A, Artal J, Vázquez-Barquero JL. Salud mental en atención primaria: un estudio bibliométrico. *Aten Primaria* 1996;18:502-6.
5. Tizón JL. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. *Aten Primaria* 1995;16:105-14.
6. Bindman J, Johnson S, Wright S, Szmukler G, Bebbington P, Knipers E, Thornicroft G. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry* 1997;171:169-74.
7. Perca C. La formación de las actitudes en la formación del médico. *Jano* 1997;1207:1409-10.
8. Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. *Psiquis* 1982;3:30-44.
9. Mira J, Fernández-Gilino E. Desde el punto de vista de la atención primaria, ¿son útiles las nuevas unidades de salud mental? *Aten Primaria* 1994;14:717-23.
10. Ruiz Ruiz M, Brotat Ster M, Sentis Villalta J. Elaboración de una escala de actitudes hacia las enfermedades psíquicas, el psiquiatra y la psiquiatría. *Rev Psicol General Aplicada* 1977;33:877-86.
11. Muñoz J, Pérez S, Pérez L. Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* 1993;11:134-6.
12. Ponencia en el II Congreso de Salud Mental de Las Azores. Diferencias en las Actitudes hacia la enfermedad mental entre profesionales de atención primaria de la comarca de Uribe. Punta Delgada, 1994.
13. Vicente V, Bedia C, Aragón T, Palmer R, Munarriz M. Opiniones de los profesionales de atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. *Aten Primaria* 1992;9:197-202.
14. Fernández San Martín MI. Los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ante los problemas de salud mental: una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1990;7:94-100.
15. Iglesias García C, Díaz de la Pena A. Actitudes de los médicos de atención primaria sobre la salud mental en dos áreas sanitarias de Asturias. *An Psiquiatría* 1999;15:186-91.

ANEXO

Cuestionario

- 01. El centro de salud mental (CSM) atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes.
- 02. La formación psiquiátrica de los profesionales de atención primaria es por lo general satisfactoria.
- 03. Aunque muchos pacientes psíquicos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos.
- 04. Entre los pacientes que Ud. atiende intervienen de forma evidenciable factores psicológicos en sus enfermedades.
- 05. La atención que presta el CSM a los pacientes que atiende es satisfactoria.
- 06. Es poco lo que puede hacerse por los pacientes psicóticos, excepto cubrir sus necesidades básicas.
- 07. Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están «locos», para estar prevenidos hacia ellos.
- 08. Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables.
- 09. Los factores psicológicos son de gran importancia.
- 10. Es necesaria la existencia del CSM en esta comarca.
- 11. Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales.
- 12. Los psicofármacos son más difíciles de utilizar que otros fármacos utilizados en AP.
- 13. El CSM resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivó.
- 14. Los antidepresivos me resultan fácilmente manejables (prescribirlos, comprenderlos, realizar seguimiento).
- 15. Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en atención primaria.
- 16. La indicación de psicoterapia debe hacerse desde la atención primaria.
- 17. La interrelación que mantengo con el CSM es satisfactoria.
- 18. Los enfermos mentales tratados por el CSM dejan de ser pacientes nuestros.
- 19. Ante la enfermedad mental poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al CSM.
- 20. En términos relativos, se deriva a menos pacientes al CSM que a otras especialidades.
- 21. Considero que el CSM no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado.
- 22. La interrelación que mantenemos con el CSM es suficiente.
- Tengo dificultad para tratar:*
- 23. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- 24. Trastornos del estado del ánimo.
- 25. Trastornos de la ansiedad.
- 26. Trastornos de la conducta alimentaria.
- 27. Trastornos del sueño.
- 28. Trastornos adaptativos.
- 29. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.
- 30. Trastornos por uso de sustancias.
- Asistiría a cursos en relación con:*
- 31. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- 32. Trastornos del estado de ánimo.
- 33. Trastornos de la ansiedad.
- 34. Trastornos de la conducta alimentaria.
- 35. Trastornos del sueño.
- 36. Trastornos adaptativos. Reacciones vivenciales.
- 37. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.
- 38. Trastornos por uso de sustancias.
- Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son adecuados:*
- 39. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- 40. Trastornos del estado de ánimo.
- 41. Trastornos de ansiedad.
- 42. Trastornos de la conducta alimentaria.
- 43. Trastornos del sueño.
- 44. Trastornos adaptativos. Reacciones vivenciales.
- 45. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.
- 46. Trastornos por el uso de sustancias.