

Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del “Hospital Nacional Cayetano Heredia”

Knowledge and prejudices about mental health in outpatients' relatives in Cayetano Heredia Hospital

Pedro Castro Cuba Torres¹, Raquel Segura Carrillo¹, Grecia Tordoya Lizárraga¹, Martín Arévalo Flores², Johann Vega Dienstmaier²

RESUMEN

Objetivos: Describir los conocimientos y estigmas sobre salud mental y evaluar la asociación entre características demográficas, conocimientos de salud y estigmas.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Se redactaron tres viñetas describiendo un caso típico de depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia y se formularon preguntas sobre ellas. Las viñetas y sus preguntas se validaron por juicio de expertos. Se aplicó cada viñeta y sus preguntas a 151 familiares de pacientes no psiquiátricos de consulta externa, incluyéndose un total de 453 individuos.

Resultados: Para el caso de trastorno de pánico, se prefirió que el paciente sea visto por un médico especialista no psiquiatra (76,0%) y se consideró que podía morir de una enfermedad física no diagnosticada (57,3%). Para el caso de depresión y esquizofrenia el profesional considerado como el más indicado para tratarlo fue el psicólogo (41,7% y 45,0%, respectivamente). Para el caso de esquizofrenia, se encontró asociación entre ir al psiquiatra o presentar una enfermedad mental y considerarlo una amenaza para los demás ($p=0,003$ y $p < 0,001$, respectivamente).

Conclusiones: Un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión sean tratados por un psicólogo. Por otro lado, se considera con frecuencia, que pacientes con trastorno de pánico tienen una enfermedad física que no ha podido ser diagnosticada y deben ser tratados por un médico no psiquiatra.

Palabras clave: Conocimiento, estigma social, salud mental. (DeSC)

SUMMARY

Objectives: To describe knowledge and prejudices about mental health and to determine if there is any association between demographic characteristics, health knowledge and prejudices on mental health.

Materials and Method: This is a cross-sectional descriptive study. Three vignettes describing typical cases of depression, panic disorder, and schizophrenia were elaborated, and questions were asked about them. Vignettes and their questions were validated by a group of experts. Each vignette and its questions were administered to 151 relatives of persons attending the outpatient clinic for conditions other than psychiatric disorders, so 453 individual vignettes were assessed.

Results: For cases of panic disorder, interviewees preferred patients should be seen by a specialized non-psychiatrist physician (76,0%), and they also considered these patients might die because of an undiagnosed physical condition (57,3%). For cases of depression and schizophrenia, professionals chosen as the most adequate for managing these patients were psychologists (41,7% and 45,0%, respectively). For cases of schizophrenia, an association was found between going to the psychiatrist or having a mental disorder; and they also considered these subjects may represent a threat for their peers ($p=0,003$ and $p < 0,001$, respectively).

Conclusions: A high percentage of interviewees would recommend that patients with schizophrenia or depression should be treated by a psychologist. On the other hand, they also considered that patients with panic disorder may have an undiagnosed physical condition and that they should be treated by a non-psychiatrist physician.

Key words: Knowledge, social stigma, mental health. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el primer lugar (13%) de carga global de enfermedades (años de vida ajustados por discapacidad). Asimismo, se sabe que la brecha asistencial (patología no tratada) para casos severos psiquiátricos en países desarrollados es del 35 al 50% y en países en vías de desarrollo es de 76-85%¹. Por lo tanto, las enfermedades mentales afectan a un sector importante de la población; sin embargo, pocos casos reciben una atención médica adecuada. Esto podría deberse a que en países en vías de desarrollo los programas de asistencia a personas con problemas mentales tienen un bajo nivel de prioridad². Además, se cuenta con pocos recursos humanos y logísticos para su atención. En nuestro país la falta de conocimiento sobre problemas de salud mental se ve reflejado en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”

(INSM HD-HN) en el que 75% de personas que habían experimentado un problema emocional en los últimos 6 meses, no habían recibido atención médica. La razón más importante fue que la mayoría pensaba podía superarlo solo (59,4%), seguida de falta de recursos económicos (43,4%) y la falta de confianza (36,9%)³.

Otro factor importante es la falta de conocimientos o creencias erróneas que dificultan la identificación de un problema mental en la población. Las actitudes negativas sobre las enfermedades mentales se encuentran en todas las sociedades en el mundo. Según Erving Goffman el término estigma hace referencia a: “*un atributo profundamente desacreditador, es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito, como resultado que dicha característica se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo*”⁴. Tanto el bajo nivel en conocimientos de salud mental como la presencia de estigmas representan un obstáculo en la identificación y tratamiento de las enfermedades mentales. Uno de los primeros pasos para vencer dichas barreras y poder realizar psicoeducación

1. Médico-cirujano egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2. Médico Psiquiatra del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Docente de la Universidad Cayetano Heredia.

comunitaria es conocer aquellas creencias o conocimientos erróneos para elaborar una adecuada estrategia de salud. Incluso la falta de conocimientos o creencias erróneas se pueden ver entre los mismos profesionales de salud; en un estudio realizado el 2005 donde participaron internos, residentes y médicos que habían recibido conocimientos básicos en Psiquiatría, se encontró que sólo 60% consideraba los desórdenes mentales como una enfermedad, 80% lo consideraba una disciplina difícil y 4% consideraba que los psiquiatras "no hacen ni saben nada"⁵.

En un estudio en que se evaluó el cambio de creencias sobre salud mental a lo largo de 10 años, se encontró que el 67% atribuyó la depresión mayor a causas neurobiológicas en el año 2006 versus 54% en el año 1996. Esto nos indica una mejora sobre los conocimientos de salud mental. En este mismo estudio, el 85 % indicó que el paciente de la viñeta que presentaba depresión mayor, debería acudir a un psiquiatra. En general, hubo un aumento significativo sobre la aceptación de medicinas como parte del tratamiento en todas las condiciones de las viñetas⁶.

Nuestro estudio tiene por objetivo describir los conocimientos y estigmas sobre salud mental en los familiares de pacientes no psiquiátricos, así como evaluar la asociación entre las características demográficas (sexo, edad y grado de instrucción) y conocimientos sobre salud mental y estigma.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboraron tres viñetas sobre trastornos psiquiátricos de depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia, respectivamente. Cada viñeta estuvo acompañada de preguntas para evaluar conocimientos y estigmas. Las viñetas con sus preguntas y alternativas fueron sometidas a juicio de expertos con médicos psiquiatras que trabajan en la práctica pública de la localidad de San Martín de Porres, con la finalidad de aprovechar sus conocimientos sobre la población objetivo, asegurar que la redacción esté acorde y pueda ser comprendida. Se realizó un estudio transversal descriptivo en marzo del 2012.

La selección de la muestra fue no probabilística de tipo casual, incluyendo a familiares de pacientes no psiquiátricos de consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), de ambos sexos, que al menos hayan iniciado estudios de primaria, mayores de 18 años y que hablaran español. Se excluyeron personas con conocimientos en áreas de salud, familiares de pacientes de consultorio externo de Psiquiatría y personas con diagnóstico conocido de alguna enfermedad mental. Se realizó la firma de consentimiento informado antes de proceder a la encuesta. Este consentimiento fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

Se obtuvieron variables demográficas (edad, sexo y

grado de instrucción del participante) y variables de las respuestas de las viñetas sobre depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia.

Asimismo, se midieron las siguientes variables de conocimientos de salud mental (en relación a la respuesta indicada): reconocimiento del diagnóstico de enfermedad mental (tiene una enfermedad mental), sabe cómo proceder frente a un trastorno mental (debe acudir a un especialista psicólogo o psiquiatra para tratar su problema mental y/o psicológico), reconoce a la persona más indicada para tratar trastorno mental (debe acudir al psiquiatra), reconoce el tratamiento más adecuado en una enfermedad mental (debe tomar una medicina recetada por un psiquiatra), reconoce la eficacia del tratamiento psiquiátrico (mejorará con tratamiento psiquiátrico). También se consideró la variable estigma mediante la asociación significativa entre no aceptar ser amigo del personaje y recibir una medicina recetada por un psiquiatra o acudir a éste, en vista que no hay definiciones o instrumentos para medir la estigmatización de los trastornos mentales.

Luego se procedió a encuestar a 151 personas por cada viñeta, teniendo un total de 453 encuestados.

El análisis de los datos se realizó utilizando el SPSS versión 15. En cada viñeta se realizó análisis de medidas de tendencia central para las variables demográficas y las respuestas de la encuesta (frecuencias y porcentajes).

Luego se aplicaron, exploratoriamente, pruebas de asociación entre las variables demográficas, sobre conocimientos y las de estigma mediante pruebas estadísticas según las características de las variables correspondientes. También se realizaron pruebas de asociación entre las variables de conocimientos y las de estigma.

RESULTADOS

Trastorno de pánico

En la viñeta de trastorno de pánico se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio fue de 41,3 años (DE=15,25), 63,6% fueron mujeres, 53,7% tuvieron instrucción escolar y 46,3% superior. No se halló asociación entre reconocer un trastorno mental y el grado de instrucción ($p = 0,211$), sexo ($p = 0,504$) o edad ($p = 0,515$). La mayoría de encuestados atribuyó que la causa del problema es una enfermedad física no diagnosticada (76,8%) y que debería acudir a un especialista del corazón o pulmón (76%). El 62,3% eligió a un médico general como el más indicado para ayudarlo, el 64% sugirió que debería tomar una medicina recetada por un médico general y el 57,3% opinó que el paciente de la viñeta podría morir por una enfermedad del corazón o pulmón no diagnosticada.

No se encontró asociación entre las variables de conocimiento y de estigma ($p > 0,5$). (Ver Tabla 1).

TABLA 1. Porcentaje de respuestas afirmativas en encuesta de Trastorno de pánico

Preguntas y alternativas	Respuesta afirmativa (%)
¿Qué le estará pasando a esta persona?	
Es algo que a cualquiera le puede pasar de vez en cuando.	23,8
Tiene una enfermedad mental o problema psicológico.	41,7
Juan es nervioso, pero es parte de su forma de ser.	29,1
Tiene una enfermedad física que no se ha diagnosticado.	76,8
El ambiente y los problemas actuales son causantes de sus molestias.	51,0
Sus molestias son producto de un problema hereditario.	26,5
Le han hecho brujería, daño o tiene susto.	8,6
¿Qué le recomendaría a esta persona?	
Que tome algún producto natural, vitaminas o Magnesol®.	34,7
Que haga ejercicios.	54,7
Que se distraiga, que salga con sus amigos.	54,7
Que trate de sobrellevar sus molestias y que ponga de su parte.	48,7
Que acuda a un especialista psicólogo o psiquiatra.	63,3
Que acuda a un especialista del corazón o pulmones capacitado.	76,0
Que acuda a un curandero.	5,3
¿Quién cree es el más indicado para ayudar a esta persona?	
Familiares o amigos.	9,9
Cura o Pastor.	2,0
Médico general.	62,3
Psicólogo	15,2
Curandero	0,0
Psiquiatra.	9,3
Naturista.	1,3
En el caso que tuviera que tomar algo, ¿Cuál sería la mejor opción?	
Algún producto natural como manzanilla, valeriana, etc.	8,7
Una medicina recetada por un médico general.	64,0
Una medicina recetada por un psiquiatra.	18,7
Que tome vitaminas o Magnesol®.	4,0
No necesita tomar nada.	4,7
¿Qué cree que pasará con el personaje en el futuro?	
Se le pasará solito ya que su malestar es pasajero.	9,3
Se podría morir ya que tiene una enfermedad del corazón o pulmón que aún no ha sido diagnosticada.	57,3
Podría volverse loco.	10,7
Mejorará si recibe tratamiento psiquiátrico.	40,0
Mejorara si recibe tratamiento con medicinas naturales.	18,7
Si usted llega a conocer al personaje del relato, aceptaría que:	
Fuera su vecino.	64,4
Fuera su amigo.	81,9
Viva dentro de su casa.	18,8
Fuera su pareja sentimental.	12,8
Usted considera que el personaje del relato, es:	
Una amenaza para él mismo.	22,8
Una amenaza para los demás.	7,8

Depresión

En la encuesta de depresión se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio fue 40,52 años (DE=14,39), 40,7% fueron de mujeres, 50,7% tuvieron grado de instrucción escolar y 49,3% superior. No se halló asociación entre reconocer un trastorno mental y el grado de instrucción ($p=0,262$), sexo ($p=0,301$) y/o edad ($p=0,224$). Hay una asociación entre tener grado de instrucción superior y elegir una medicina recetada por un psiquiatra ($p=0,012$). El 68,9% afirmó que la paciente

tenía una enfermedad mental y/o problema psicológico, el 41,7% recomendó acudir a un psicólogo mientras que 13,2% recomendó acudir a un psiquiatra. El 36% indicaría una medicina recetada por un psiquiatra. Se encontró que el 22,2% de los que aceptaron que el paciente reciba una medicina recetada por un psiquiatra consideran al paciente una amenaza para los demás, mientras que sólo el 9,4% de los que no consideran que el paciente reciba una medicina recetada por un psiquiatra, lo consideran una amenaza para los demás ($p=0,03$) (Ver Tabla 2).

TABLA 2. Porcentaje de respuestas afirmativas en encuesta de Depresión.

Preguntas y alternativas	Respuesta afirmativa (%)
¿Qué le está pasando a esta persona?	
Es algo que a cualquiera le puede pasar de vez en cuando.	48,3
Tiene una enfermedad mental o problema psicológico.	68,9
Tiene una enfermedad física que no se ha diagnosticado.	23,2
El ambiente y los problemas actuales son causantes de sus molestias.	59,6
Le han hecho brujería, daño o tiene susto.	4,6
Es una persona débil de carácter.	49,7
Quiere llamar la atención para que sus padres le hagan caso.	2,65
¿Qué le recomendaría a esta persona?	
Que tome algún producto natural, vitaminas o Magnesol®.	31,1
Que haga ejercicios.	53,0
Que se distraiga, que salga con sus amigas.	61,6
Que trate de sobrellevar sus molestias y que ponga de su parte.	58,9
Que acuda a un especialista psicólogo o psiquiatra.	75,5
Que acuda a un hospital y que la evalúe un médico general.	59,6
Que acuda a un curandero.	0,7
¿Quién cree que es el más indicado para ayudar a esta persona?	
Familiares o amigos.	24,5
Cura o Pastor.	0,2
Médico general.	18,5
Psicólogo	41,7
Curandero	0,0
Psiquiatra.	13,2
Naturista.	0,0
En el caso que tuviera que tomar algo, ¿Cuál sería la mejor opción?	
Algún producto natural como manzanilla, valeriana, etc.	0,6
Una medicina recetada por un médico general.	38,0
Una medicina recetada por un psiquiatra.	36,0
Que tome vitaminas o Magnesol®.	7,3
No necesita tomar nada.	12,7
¿Qué cree que pasará con el personaje en el futuro?	
Se le pasará solito ya que su malestar es pasajero.	16,6
Podría volverse loca.	29,1
Mejorará si recibe tratamiento psiquiátrico.	73,5
Mejorará si recibe tratamiento con medicinas naturales.	17,2
Se suicidaría.	28,5
Podría enfermarse gravemente.	54,3
Si usted llega a conocer al personaje del relato, aceptaría que:	
Fuera su vecina.	66,0
Fuera su amiga.	88,7
Viva dentro de su casa.	33,3
Fuera su pareja sentimental.	13,3
Podría trabajar de niñera o empleada del hogar en su casa.	18,7
Usted considera que el personaje del relato, es:	
Una amenaza para él mismo.	42,7
Una amenaza para los demás.	14,0

Esquizofrenia

En cuanto a la encuesta sobre esquizofrenia, se obtuvieron los siguientes resultados: la edad media fue de 38,96 años (DE=14,91), 64,2% fueron de mujeres, 51,6 % tuvieron grado de instrucción escolar y 48,4% superior. No se halló asociación entre reconocer un trastorno mental y el grado de instrucción ($p= 0,937$), sexo ($p= 0,205$) y/o edad ($p= 0,695$). Se encontró que el 88,2 % de los hombres, no consideraban al paciente como una amenaza para los demás, mientras que el 69,1% de las mujeres no consideraba al paciente como una amenaza para los demás ($p= 0,01$). El 62,3% reconocen que el paciente tiene una enfermedad mental, el 45% señaló que debe acudir al psicólogo, mientras que el 31,5%

eligió acudir al psiquiatra. El 64,9% aceptaría que el paciente fuera su amigo y el 63,5% consideró que es una amenaza para sí mismo. Se encontró que el 40% de los que eligieron al psiquiatra como el más indicado para ayudar al paciente, lo consideran como una amenaza para los demás, mientras que sólo el 17,5% de los que no eligieron al psiquiatra como el más indicado para ayudarlo, lo consideran como una amenaza para los demás ($p= 0,003$). Se encontró que el 34% de los que reconocen que el paciente de la viñeta tiene una enfermedad mental, lo consideran una amenaza para los demás, mientras que el 8,8% de los que no reconocieron que el paciente tiene una enfermedad mental, lo consideran una amenaza para los demás ($p < 0,001$) (Ver Tabla 3).

TABLA 3. Porcentaje de respuestas afirmativas en encuesta de Esquizofrenia.

Preguntas y alternativas	Respuesta afirmativa (%)
¿Qué le está pasando a esta persona?	
Está acomplejado y tiene problemas de autoestima.	58,3
Consume drogas.	21,2
Tiene un problema mental.	62,3
Es algo pasajero, propio de la adolescencia.	22,5
Miguel es homosexual (maricón), y no quiere aceptarlo.	8,6
Le han hecho brujería, daño o tiene susto.	5,3
El ambiente y los problemas actuales son causantes de sus molestias.	49,0
¿Qué le recomendaría a esta persona o a sus padres?	
Que tome algún producto natural, vitaminas o Magnesol®.	21,2
Que acuda a un especialista psicólogo o psiquiatra, para que trate su problema mental o psicológico.	90,1
Que simplemente no le haga caso a lo que dice la gente y continúe con su vida.	39,1
Que trate de sobrellevar sus molestias y que ponga de su parte.	44,4
Que acuda a un curandero.	0,7
Que lo internen en un manicomio.	1,3
¿Quién cree que es el más indicado para ayudar a esta persona?	
Familiares o amigos.	16,8
Cura o Pastor.	1,3
Médico general.	5,4
Psicólogo	45,0
Curandero	0,0
Psiquiatra.	31,5
Naturista.	0,0
En el caso que tuviera que tomar algo, ¿Cuál sería la mejor opción?	
Algún producto natural como manzanilla, valeriana, etc.	8,8
Una medicina recetada por un psiquiatra.	66,0
Que tome vitaminas o Magnesol®.	9,5
No necesita tomar nada.	15,6
¿Qué cree que pasará con el personaje del relato en el futuro?	
Se le pasará solito ya que su malestar es pasajero.	12,1
Podría volverse cada vez más violento.	50,3
Se volverá loco y acabaría durmiendo en la calle.	34,9
Mejorará si recibe tratamiento psiquiátrico.	86,6
Mejorará con medicinas naturales.	16,8
Se suicidaría.	21,5
Si usted llega a conocer al personaje del relato, aceptaría que:	
Fuera su vecino.	66,9
Fuera su amigo.	64,9
Viva dentro de su casa.	17,6
Fuera su pareja sentimental.	5,4
Que fuera amigo de mis hijos o familiares cercanos.	32,4
Usted considera que el personaje del relato, es:	
Una amenaza para él mismo.	63,5
Una amenaza para los demás.	24,3

DISCUSIÓN

Trastorno de pánico

En cuanto al paciente con Trastorno de pánico observamos que la mayoría identificaba como causa principal un problema físico y, por lo tanto, no eligió al psiquiatra como el más indicado para tratar al paciente, probablemente debido a importantes síntomas somáticos encontrados. Este hallazgo se diferencia de un estudio realizado en Suiza en el 2004, donde 69% de encuestados reconocieron al trastorno de pánico como enfermedad mental⁷. Además, encontramos que la mayoría podría mantener una relación amical con el

personaje de la viñeta y un bajo porcentaje consideró que podía ser una amenaza para los demás, que está acorde con lo identificado por la mayoría como problema físico, no como problema mental.

Depresión

En un estudio realizado en Alemania, Rusia y Mongolia, sobre una viñeta que representaba un personaje con Depresión mayor, se consideró como causa principal, "los eventos estresantes de la vida" (80,7%, 85,1% y 84,5% respectivamente), porcentajes superiores a los obtenidos en nuestro trabajo, donde el ambiente y los problemas actuales, así como la debilidad del carácter

son factores señalados como causa del problema (59,6% y 49,7%, respectivamente)⁸. Un trabajo realizado en Estados Unidos el 2008 sobre actitudes en salud mental, indicaba que las personas estaban bastante familiarizadas con el trastorno de depresión, ocupando el cuarto lugar en comparación con otras enfermedades comunes⁹, que está acorde con el nuestro donde 68,9% de los entrevistados identificaba a la paciente de la viñeta como portador de un problema mental. Solo un 13,2% indicó al psiquiatra como el profesional que debería tratar a la paciente, mientras una cifra bastante mayor (41,7%) indicó que el psicólogo debería dar el tratamiento. Aunque no se evaluó la razón de elegir entre psicólogo o psiquiatra, esto puede deberse al estigma que aún existe sobre acudir a una evaluación psiquiátrica. En otra investigación de Estados Unidos, donde se presentó una viñeta que describía una caso típico de depresión en el 2006, el 92% indicaba que debería acudir al psiquiatra para recibir tratamiento⁶, cifra mayor a la obtenida en nuestro trabajo (13,2%) que podría deberse a un mayor nivel de educación y promoción de la salud mental en países desarrollados. Por otro lado, en Japón y Australia en 2005, se encontró que las personas eran reacias a atenderse con psiquiatras y preferían acudir en primer lugar a un médico general, luego a un consejero y después, con amigos⁸.

También podemos apreciar que a mayor nivel cultural existe mayor probabilidad de aceptar una medicina recetada por un psiquiatra, tal y como se menciona en un artículo de revisión sobre estigmas y discriminación en salud mental¹. Uno de nuestros hallazgos en el caso de depresión está acorde a lo mencionado, además la depresión no es vista como enfermedad sino como situación bastante común (48,3%) similar a los hallazgos en un estudio sobre depresión en Suiza⁷. Las personas que aceptaron tomar una medicina recetada por un psiquiatra a su vez consideran que el paciente es una amenaza para los demás; esto sugeriría que el consumo de psicofármacos podría constituir un estigma en salud mental. En un trabajo similar sobre un caso de depresión, 79% aceptaría que fuera su amiga, valor similar a lo obtenido en nuestro estudio; además, en dicho reporte 70% consideraba al personaje con depresión una amenaza para sí mismo y 31% como una amenaza para los demás, lo cual corresponde aproximadamente al doble de las cifras obtenidas en nuestra investigación (42,7% y 14%, respectivamente)⁶.

Esquizofrenia

En el caso de esquizofrenia la mayoría lo identifica como un problema mental (62,3%) sin diferencias entre el grado de instrucción, esto puede deberse a que la psicosis suele ser reconocida como una enfermedad mental en la mayoría de personas debido a los síntomas floridos y disfuncionales de este trastorno. Por otro lado, un estudio realizado en Estados Unidos (2008) sobre actitudes en salud mental, indica que las personas no estaban familiarizadas con la esquizofrenia, ocupando el

penúltimo lugar, en comparación con otras enfermedades comunes⁹. En otro trabajo realizado en Alemania, Rusia y Mongolia, sobre una viñeta que representa un personaje que padece esquizofrenia, el 69,9%, 64,4% y 67,2% respectivamente, consideraba que el personaje tenía una enfermedad mental¹⁰. Además, se encontró que la principal causa del problema eran los "*eventos estresantes de la vida*" lo que concuerda con nuestros hallazgos donde un porcentaje alto consideraba al ambiente y los problemas actuales como causantes de esta enfermedad (49,0%).

Solamente 31,5% recomendaría al paciente acudir al psiquiatra, a diferencia de un estudio en Estados Unidos el 2006, acerca de una viñeta que describía un caso típico de esquizofrenia, donde el 92% señaló al psiquiatra como más indicado para tratar al paciente⁶; esta divergencia podría deberse a la falta de conocimientos y estrategias de educación a las personas acerca de la función del psiquiatra. Se sabe que la mayor parte de personas con trastornos mentales no son violentas, solo en una pequeña proporción existe mayor riesgo de violencia, que puede reducirse con asistencia psiquiátrica integral¹¹; sin embargo, un alto porcentaje consideró al paciente como una amenaza para sí mismo y para los demás, esto puede deberse a los medios de comunicación y las creencias populares que los muestran como muy peligrosos y violentos². El hecho de padecer un trastorno mental como esquizofrenia y acudir a un psiquiatra, podría constituir un indicador de estigma ya que existe asociación entre dichas variables con considerarlo una amenaza para los demás. En nuestro estudio para los tres casos, excepto depresión, el grado de instrucción y el sexo no fueron determinantes para reconocer un trastorno mental, acudir al psiquiatra y recibir una medicina recetada por éste; nuestros datos resultan contradictorios con lo encontrado en Suiza, donde las mujeres con mayor grado de instrucción y edad identificaron mejor la enfermedad mental⁷.

Podemos observar que para los tres casos la opción de acudir a un curandero tuvo bajo porcentaje (< 5%), esto podría explicarse por que el encuestado al acudir a un hospital ya está venciendo algún tipo de barrera sobre este tipo de creencias; además, debemos tener en cuenta que al ser encuestados por un médico podría inducirse a seleccionar alternativas relacionadas a especialistas en salud. Por otro lado, al ser nuestra población procedente de Lima, es más probable que sus ideas o creencias sobre chamanismo sean menos prevalentes.

Concluimos en señalar según nuestros hallazgos que para el caso de trastorno de pánico, la mayoría no lo identifica como una enfermedad mental, sino como una enfermedad física no diagnosticada que requiere atención por un médico no psiquiatra. Un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión, sean tratados por un psicólogo. El consumo de medicinas recetadas por un psiquiatra podría constituir un estigma, para el caso de depresión y esquizofrenia.

Pese a que encontramos porcentajes similares en cuanto a la aceptación de ser amigo del personaje de las viñetas para los tres casos, no podemos realizar comparaciones entre los grupos ya que estos corresponden a muestras diferentes, con diferentes casos, por lo tanto no son estadísticamente comparables.

Cabe mencionar que existe una limitación en nuestro estudio, debido a que varias preguntas tienen más de una respuesta afirmativa, lo que puede originar falta de correspondencia en la secuencia de respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez JJ. La Reforma de los servicio de Salud Mental: 15 años después de la declaración de Caracas. Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington DC; 2007: p7,12.
2. Rondón M. Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2006; 23(4): 237.
3. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1): 81-82.
4. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. Lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2008; 28(101): 45-49.
5. Jugal K, Mukherjee R, Parashar M, Jiloha RC, Ingle GK. Beliefs and Attitudes Towards Mental Health Among Medical Professionals in Delhi. *Indian J Community Med*, 2007; 32 (3): 198-200.

6. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. A Disease Like Any Other? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167(11): 1322-1329.

7. Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimón J. Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *Eur J Psychiat* 2004; 18 (4): 225-234.

8. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine* 2005; 3 (12): 1-14.

9. National Alliance of Mental Illness. Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs 2008.

10. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust NZ J Psychiatry* 2004; 38:348-354.

11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

CORRESPONDENCIA

Pedro Castro Cuba Torres