

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS ENFERMEDADES
MENTALES MÁS FRECUENTES.**

DRA. DANIELA IVETTE MUÑOZ DE LEÓN

Tesis

Presentada ante la autoridades de la
Escuela de estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en ciencias en Psiquiatría

Guatemala Enero 2013



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:

La Doctora: Daniela Ivette Muñoz De León

Carné Universitario No.: 100014755

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Psiquiatría, el trabajo de tesis **"Conocimientos teóricos y prácticos de los Médicos Residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre las enfermedades mentales más frecuentes"**

Que fue asesorado: Dr. Ricardo García Manzo MSc.

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillón MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2013.

Guatemala, 19 de noviembre de 2012


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

/lamo

Guatemala 9 de Noviembre de 2011

Dr. Ricardo García Manzo

Maestro en Psiquiatría

CAISM-IGSS

Por este medio le envié mi informe Final de mi Tesis de Graduación "CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES MÁS FRECUENTES" perteneciente a la Dra. Daniela Ivette Muñoz de León el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Dr. Ricardo García Manzo
MÉDICO Y CIRUJANO
Cel. 2512

Asesor

Dr. Ricardo García Manzo

Coordinador General de Postgrados

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Revisora

Dra. Gloria Ocampo

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

Docente de Investigación Postgrados

Universidad San Carlos de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la vida por permitirme el viaje de ella misma, por que habiendo tantos mundos, tantos siglos, tanta gente, la experiencia vivida en estos años sea únicamente mía, con subidas y bajadas, con alegría y llanto, con fortunio e infortunio, con tranquilidad e intensidad, así como la vida es, por permitirme coincidir y encontrarme a tantas almas, especialmente las que siempre han estado conmigo desde antes de mi nacimiento y las que están más cerca de mi compartiendo la vida, gracias por todo.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
2.1 MARCO TEORICO.....	10
III. OBJETIVOS.....	28
IV. MATERIAL Y METODOS.....	29
V. RESULTADOS.....	35
VI. DISCUSION Y ANÁLISIS.....	57
6.1 CONCLUSIONES.....	59
6.2 RECOMENDACIONES.....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
VIII. ANEXOS.....	67

RESUMEN

El presente es un estudio estadístico descriptivo transversal, en una muestra estratificada por tipo y año de especialidad de 107 residentes de varias especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a quienes a través de un cuestionario se evaluó su conocimiento teórico y actitudes de estigmatización y disponibilidad sobre las enfermedades mentales más frecuentes la recolección de datos se llevo a cabo durante los meses de enero a octubre de 2010. Los resultados relevantes del estudio se obtuvieron al aplicar medidas de tendencia central, se determino la media aritmética con respecto a los conocimientos de los cuadros de depresión, ansiedad y neuropsiquiaticos en esta población la cual se ubica en 51%, la mediana estadística se ubica en 50%, la moda estadística se ubica en 50%, aunque el conocimiento no es optimo no es nulo, este es similar a la que subrayan estudios internacionales y nacionales donde se evidencia la deficiencia de conocimientos en el personal sanitario en este área. Respecto a las actitudes de estigmatización el 18.70% de la población expreso actitudes de estigmatización, un 14.95% refirió una posición neutra, mientras que 66.35% no las expreso, estos resultados son menores a lo encontrado en estudios internacionales de este tipo en donde la incidencia del estigma es más elevado entre 38% y 44%. Respecto a las actitudes de disponibilidad un 66.12% expreso una adecuada disponibilidad al aprendizaje de la enfermedades mentales, en contraposición a un 33.88%.

I. INTRODUCCION

Actualmente los trastornos mentales se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, alrededor del 25% de la población mundial padece al menos de un trastorno mental, colocándose a la par de los trastornos cardiovasculares y del cáncer, en Guatemala datos recientes indican una incidencia de 27.8% siendo las principales ansiedad y depresión las cuales se cuentan dentro de las primeras causas de incapacidad laboral, y son la cuarta causa a nivel mundial de visita a los centros sanitarios (1, 15)

El conocimiento teórico de estos problemas es la herramienta que nos lleva a considerar estas patologías ante un paciente para esto la OMS, la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Federación Mundial de Educación Médica junto con países interesados y preocupados ante esta situación han realizado estudios sobre los factores que afectan el poco desarrollo de la salud mental, así como la poca formación de profesionales en estas ramas de la medicina, a la vez dichas instituciones hacen énfasis en que la mejor atención de los pacientes a este nivel no solo tiene que ver con el conocimiento que se tenga de estas enfermedades, pues hay una estrecha relación con la actitud que muchas veces los médicos toman frente a dichas patologías, la importancia de las misma a pesar de su alta incidencia y disfuncionalidad que generan a los individuos que las padecen en su ámbito laboral, social y familiar, es menospreciada debido a la estigmatización, así como la falta de conocimientos y recursos, especialmente en los países del tercer mundo donde definitivamente no hay cabida para una salud mental y los trastornos mentales están aún muy lejos de ser una prioridad, a pesar que durante los últimos años la tasa de suicidios según la OMS se ha cuadruplicado desde 1950, para el 2000 (2).

En la actualidad existe consenso que la psiquiatría debería ocupar un lugar importante en el curriculum de enseñanza de medicina. Hay tres razones para esto, en primer lugar, el abordaje general de la psiquiatría que enfatiza la integración mente-cuerpo es fundamental para la totalidad de la práctica médica. En segundo lugar, las habilidades que se aprenden en psiquiatría son importantes para todos los médicos como la habilidad para establecer una buena relación con el paciente, para evaluar el estado mental, para dar información acerca de enfermedades terminales, etc. En tercer lugar, los problemas psiquiátricos son comunes entre pacientes que consultan a médicos de diferentes especialidades se sabe que en la

población de pacientes ambulatorios con diagnóstico médico que se atienden por consultorios externos, aproximadamente un 15% tiene un trastorno psiquiátrico asociado, esta cifra alcanza un promedio de 20-30% en la población de pacientes sin diagnóstico médico. Los trastornos psiquiátricos son mucho más frecuentes entre los pacientes que se asisten en la práctica médica general. Por consiguiente, todo médico debería tener conocimientos acerca de estos trastornos psiquiátricos, no solo porque son comunes, sino también porque su tratamiento implica mucho tiempo y recursos médicos, y originan numerosas y graves complicaciones (20).

Una característica importante de los TSM es que mientras la mortalidad es baja, el comienzo de los trastornos ocurre en edades tempranas y los costos indirectos derivados de la atención son altos, originando ausentismo laboral. Entre las primeras veinte causas de reducción de productividad, diez son originadas por TSM, provocando una disminución significativa en los ingresos familiares, esto evidencia la relación directa de los TSM con la pobreza y sus efectos en la economía.

Sin embargo a pesar del impacto de estas enfermedades, es penoso ver que en muchos países como Guatemala el acceso a la atención de los problemas de salud mental es limitado porque ésta sigue excluida de los programas de los seguros de salud, y la formación de personal sanitario a este nivel es escasa o nula.

Permitir que esto siga ocurriendo trae consigo consecuencias a corto y largo plazo graves, el estar en una u otra rama de la medicina no nos exime de la responsabilidad en el cuidado o encaminamiento del tratamiento y soluciones a los problemas de salud, por lo que el presente estudio tuvo como propósito evidenciar el conocimiento de los médicos residentes en formación de varias especialidades del IGSS sobre las enfermedades mentales más frecuentes y las actitudes de estigmatización y disponibilidad frente a las mismas, con base en que para el mejoramiento de los servicios de salud y mejor atención del paciente un abordaje multidisciplinario es lo más adecuado. Dicho estudio evidencio que el promedio del conocimiento de los encuestados sobre las enfermedades mentales es de 51. %, respecto a las actitudes de estigmatización el 18.70% de esta población expreso actitudes de estigmatización, un 14.95% refirió una posición neutra mientras que 66.35% no las expreso, con respecto a las actitudes de disponibilidad un 66.12% expreso una adecuada disponibilidad al aprendizaje de la enfermedades mentales, en contraposición a un 33.88%. Es notable que el promedio del conocimiento de todos los encuestados este en 51% a pesar

que su conocimiento no es optimo tampoco es nulo, esto concuerda con los estudios nacionales e internacionales revisados, entre estos la encuesta nacional de salud mental de Guatemala del 2009 y el estudio de la OMS sobre la situación de la salud mental en América latina y el Caribe en los que se hace mención a que el 90% de estos pacientes no son diagnosticados y por ende no reciben tratamiento identificando así la falta de formación del personal sanitario en estas enfermedades, como un factor predisponente a esta situación lo cual concuerda con el presente estudio.

II. ANTECEDENTES

Antecedentes Históricos y Académicos de la Educación Psiquiátrica en Guatemala: En el Período Pre-Hispánico como en otras culturas antiguas la civilización Maya muestra el carácter sagrado de la Medicina, los Mayas crearon toda una Mitología, los dioses brindaban protección a su pueblo y los protegían de las enfermedades, las cuales se concebían como castigo por faltas a las reglas morales o religiosas. Para Silvanus G. Morley, según la Teogonía Maya el ser supremo y creador del mundo fue HUNAB-KU, Padre de ITZAMNA, a quien se le llama el Dios Maya de la Medicina, Representante del Sol o Dios Solar. Se identificó a la luna como la diosa IXCHEL, esposa de ITZAMNA y abogada de toda mujer en estado de gravidez. Contaban también con la diosa del suicidio, llamada IXTAB (16). Los dioses Mayas, protectores de la salud frente a los serios peligros de la enfermedad y la muerte, fueron auxiliados por individuos dotados de una gracia divina para ayudar a quienes sufrían de alguna enfermedad incluyendo las mentales. Entre estos destacan:

Las panteras, mujeres de avanzada edad que gozaban de mucho prestigio, curaban padecimientos de la mujer, como la esterilidad cuidaban de ellas en el período Pre-natal-parto y Post-natal. Y sonaban recién nacidos. Los recursos usados eran los baños de vapor (Temascal), los masajes y las hierbas medicinales.

- a) Los Compone-Huesos, encargados de curar luxaciones y fracturas a base de masajes, plantas medicinales y estiramiento de los miembros afectados.
- b) Los curanderos, en su mayoría eran hombres, dedicados a la práctica médica por mandato de Dios, revelado a través de sueños. Los tratamientos se realizaban por medio de oraciones en que se invocaban a espíritus del bien y/o por medio de hierbas medicinales. El curandero se distinguía del brujo, en que el primero dirigía sus conocimientos a hacer el bien, y el segundo, el brujo, estaba capacitado tanto para hacer el daño a determinada persona como para curar enfermedades producidas por embrujamiento. A ambos personajes se le brindaba mucho respeto, aunque el brujo además era temido (16).

En la Época Colonial, los primeros antecedentes históricos de la Psiquiatría de Guatemala, describen a los enfermos mentales vagabundos por las calles, a veces pidiendo limosna para subsistir. Ocasionalmente ordenaban las autoridades encerrarlos cuando presentaban conducta agresiva. Detonando a los pacíficos en libertad (16).

En 1819 por disposición del Rey de España, para la atención de enfermos clementes se instituyó observación durante seis meses en un Hospital Militar; si se les consideraba incurables, se concedía el retiro con sueldo; si no, la real Hacienda pagaba un importe para una estancia decorosa en un establecimiento donde se les atendía. También en el Hospital deberían destinarse tres cuartos para pacientes con enfermedades mentales (16).

El período de la Independencia en Guatemala, a pesar de haber sido un importante acontecimiento político, no estableció cambios inmediatos en las Instituciones de Servicio Público.

En 1842 nace la idea de fundar en Guatemala un Asilo de Dementes, conjuntamente entre el Gobierno, la Municipalidad y el Hospital General. Sin embargo, se discutió en varias oportunidades razones en pro y en contra del proyecto, sin llegar a concretizar nada en esta época (16).

Don Luis Asturias Pavón, donó un extenso sitio contiguo al Hospital General exclusivamente, para dedicarlo a un Asilo de Dementes. Es así como se coloca a primera piedra por el Presidente de la República, Don Manuel Lisandro Barrillas, el 24 de octubre de 1886. Quedando terminada la obra y abierta al público el 10 de marzo de 1890. Siendo los primeros practicantes Don Nicolás Zuñiga y Don Ernesto Meneos (16).

En el año 1895 el número de hospitalizados era de 100 enfermos; 60 hombres y 40 mujeres que eran ingresados a través del Hospital General.

Iniciándose en 1900 el tratamiento médico con varias fórmulas que contenían sedantes y antiepilépticos como: Opio, Hidrato de Cloral, Bromuros, Hiocinamida.

En el año 1923 se incorporan al Asilo, los Doctores Carlos Federico Mora y José Manuel Arias. Iniciándose nuevas terapias como: el absceso de fijación, los baños de agua fría y caliente, la camisa de fuerza, el hipnotismo y la malarioterapia (16).

En 1930 se realiza por primera vez, la punción suboccipital, para Dx. Neuropsiquiátrico por el Dr. Miguel F. Molina posteriormente fueron realizadas por el Dr. Carlos Salvado.

El Dr. Carlos Salvado fue el primero en aplicar los trabajos iniciados por el profesor Mena (Médico de Budapest que inicia sus trabajos en 1935, produciendo convulsiones epileptiformes con el cardiazol), y también lo realiza el Dr. Carlos Federico Mora (16).

El tratamiento de Sakel o Shock Insulínico fue poco utilizado por el alto índice de complicaciones.

En 1938 surge el Electroshock o tratamiento Cerletti y Bini, el cual se inicia en Guatemala por el Dr. Miguel F. Molina, Director del Hospital Neuropsiquiátrico. El 8 de octubre de 1946, se tomó el primer Electroencefalograma, en nuestro país a iniciativa del Dr. Miguel F. Molina (16).

El Dr. Carlos Salvado realiza el 16 de noviembre de 1948, el procedimiento quirúrgico de la Lobotomía Pre-Frontal.

Ya en el año 1956 rotaban por el Hospital Neuropsiquiátrico estudiantes externos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, supervisados por el Dr. Miguel F. Molina. También es creado el primer Centro de Salud Mental, clínica de tratamiento ambulatorio y diagnóstico para niños y adultos, fundado por el Dr. Carlos F. Mora (16).

El 14 de julio de 1960 se incendió el Hospital Neuropsiquiátrico con un saldo trágico de 250 pacientes fallecidos, que obligó su traslado temporal y a la necesidad de construir uno nuevo.

En diciembre de 1963 es creada la Unidad Piloto de Rehabilitación mental del hospital neuropsiquiátrico de Guatemala, para dar atención psiquiátrica y también preparar al personal que se suponía, trabajaría en el nuevo hospital psiquiátrico, que se construiría en un terreno cedido por el Ministerio de la Defensa, en área aledaña a la carretera del Atlántico, coordinada por el Dr. Gustavo Martínez Okrassa (16).

La circunstancia de llegar a Guatemala el Dr. Henry Ey, eminente psiquiatra francés, destacada figura de la psiquiatría mundial y consejero técnico de la O.M.S. se consultó el proyecto de creación del Hospital tipo granja; llamado a su inauguración Dr. Carlos Federico Mora", el cual fue aprobado por el consultante referido(16).

En 1967, se inaugura La Clínica de Orientación Infantil, integrada por Psiquiatra, Psicólogo, Asistente Social y médico general, para dar tratamiento a niños y adolescentes hasta la edad de 18 años (como continuidad del Centro de Salud Mental).

En 1974, el Instituto Carlos Federico Mora, inaugura su servicio de consulta externa para la atención psiquiátrica y en 1975 se inaugura el primer Pabellón para Hospitalización para pacientes de estancia breve, iniciándose el funcionamiento de una Comunidad Terapéutica. En 1976 se cambia el nombre de Instituto por el de Hospital, y se inicia el proceso educativo de formación Psiquiátrica con Médicos de Guardia, con funciones de Residente (16).

Entre otros principalmente por los Médicos: Rodolfo Kepfer Rodríguez, Carlos Laylle Romero, Guillermo Meneses Recinos, y Mario Lara Sarcia. Quienes en la actualidad son miembros activos de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala. Teniendo como docentes entre otros a los doctores: Erick Von Ahn Rodas, Romero Lucas Medina, Julio Roberto Barrios Flores (16).

Como una continuidad de la Labor docente del Dr. Miguel F. Molina, en el Hospital Neuropsiquiátrico, que data de 1956. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, implemento un Programa con estudiantes de Pre-grado.

El cual estuvo a cargo entre otros catedráticos por los doctores: Carlos Federico Mora, Gustavo Martínez Okrassa, Fernando Bendfelt, Francisco Orla, Octavio Aguilar, Guillermo Forno, Cyrano Ruíz, Edgar Hernández, Oswaldo Mazariegos, Augusto Aguilera, José A. Campo, y Ricardo García Manzo.

En 1983 se presenta el proyecto de integración de los Hospitales "Dr. Carlos Federico Mora y el Hospital Neuropsiquiátrico, llamado en esa época Dr. Miguel F. Molina, en un solo Hospital Psiquiátrico (en contra de la opinión Técnica Psiquiátrica por la forma en que se

realizo), lo cual dio como resultado un proceso de integración paulatina para ir superando los inconvenientes de ambos Centros Psiquiátricos (16).

Inició funciones con la filosofía de funcionar como un Hospital Especializado de Salud Mental. Su modelo de funcionamiento fue enmarcado dentro del trabajo multidisciplinario en equipo, incluyendo dentro de este las siguientes disciplinas: Psiquiatría (Psiquiatras y Residencia de Psiquiatría); Enfermería Psiquiátrica (Graduadas y Auxiliares; Psicología Clínica, Trabajo social Psiquiátrico y Terapia Ocupacional Recreativa).

Por Acuerdo Gubernativo No. 93-83, a partir del 4 de enero de 1983, con el objeto de resolver conflictos de unificación, se suprimen los nombres de Médicos, que identificaban al Hospital Psiquiátrico denominándolo únicamente como "Hospital Nacional de Salud Mental"(16).

En 1984 se inició la estructura de la Pirámide Académica de Residencia en Psiquiatría ordenada por el Dr. Ramiro Rivera, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social y puesta en funciones por el Director Ejecutivo Dr. Edgar Godoy Ordoñez.

En 1994, la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Fase IV (Postgrado) de la Facultad de Ciencias Médicas, crea comisión que declara Hospital Escuela, el Hospital Nacional de Salud Mental, y como área de práctica del Postgrado de Psiquiatría General (16).

La atención Psiquiátrica en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se inicia en 1968 con la apertura del Programa de Enfermedad Común de la Institución.

La unidad de Psiquiatría inicia funciones Anexo al Hospital General de enfermedad común dirigida inicialmente por el Dr. Ricardo Ponce Ramírez. Desde el principio funcionó la Unidad Psiquiátrica como área de rotación de los residentes de Medicina Interna, confiriéndole un carácter Docente-Asistencial. (16)

A mediados del año 1980, se constatan los primeros Residentes fijos de Psiquiatría y se seleccionan por concurso de oposición la Dra. Gladys Alvarado Melgar, Ricardo Poggio Cabarrus, Ismael Salazar Gutiérrez y Ricardo García Manzo, constituyéndose en la primera promoción *de* Psiquiatras, reconocidos por el Colegio de Médicos y Cirujanos y por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, siendo aceptados posteriormente por la Asociación Psiquiátrica de Guatemala como miembros activos (16).

Era dirigida la Unidad Psiquiátrica por el Dr. Carlos González Campo J. y ejercían como Médicos Especialistas en Psiquiatría y docentes del Postgrado los doctores: Francisco Granados Gil, Edgar Hernández Gálvez, Luis Castro Modenessi, Eduardo Ochoa Cifuentes, Enrique Padilla Borges, Claudina Pineda, Hugo Soto Chávez, Ignacio Herrera Contreras, Jorge Pellecer Badilo, Edgar Godoy Ordoñez, Licda. Sara Pereira, Mario Herrera, Dr. Pleitez, (16).

Actualmente, funciona como Hospital Psiquiátrico en el área Hospitalaria de Pamplona zona 12 como Centro de Atención Integral de Salud Mental y es dirigida por el Dr. Ismael Salazar Gutiérrez quien desde su toma de posesión imprime un decidido apoyo a la Residencia Psiquiátrica, en la actualidad ejercen como Médicos Especialistas y docentes del Postgrado los doctores: Ismael Salazar Gutiérrez, Carlos Brenner Santizo, José Antonio Corrales Morales, Gladys Alvarado de Ochoa, Enrique Mendoza Gaitán, Dr. Mario Hernández Varela, Dr. Ricardo García Manzo, Dra. Mónica Ramírez, Dr. Carlos Salazar Vides, Dra. Myreya Castro, Dr. Mario Toledo, Licda. Gina Galán, Licda. Carola Estrada. (16)

2.1 MARCO TEORICO

LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA

La organización mundial de la salud describe que un estado de salud adecuado corresponde al bienestar, físico, social y mental de las personas, con respecto a esto la mayoría de políticas de salud de los países latinoamericanos han priorizado principalmente la salud a nivel físico y social, pero a nivel mental son mínimos o casi nulos los avances, América Latina es 320 millones de personas, más de la mitad vive en condiciones de extrema pobreza y desamparo, cerca de una cuarta parte padecerá en algún momento de su vida un cuadro psiquiátrico diagnosticable, y sólo una mínima proporción estará en condiciones de acceder a tratamiento alguno.

América Latina es una de las regiones del mundo que aún tiene índices de natalidad casi tan altos como los de mortalidad pero donde los que mueren más son infantes y adolescentes (4,5). América Latina es un conjunto de países cercanos en cultura, historia, lenguaje y destino, pero aún separados por nacionalismos fáciles, ambiciones miopes y egoísmos cobardes. Los países latinoamericanos tienen menos de 200 años de supuesta independencia política pero aún no se sacuden del todo de ciertos hábitos colectivos que nutren dictaduras, atizan descontentos, desencadenan crisis y perpetúan desigualdades.

En América Latina y el Caribe el desarrollo de la atención psiquiátrica ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido a que la Salud Mental no se ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales. Como respuesta a esta situación, desde 1990, se gestó un movimiento denominado Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, al cual se sumó, en su momento, la casi totalidad de países de la región. La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990 culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento singular que marcó un hito histórico en la región y ha servido en diversos países como base para las acciones que, desde entonces y en diverso grado, se han puesto en marcha (5,6).

La Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el Hospital Psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Posteriormente, en 1997 y en

el año 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo a la citada iniciativa.

Las Resoluciones emitidas en esas sesiones de los respectivos Consejos Directivos instaron, entre otras cosas, a los Estados Miembros a:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la Salud Mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en Salud Mental.
- Mejorar la legislación y regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

Más recientemente, en noviembre de 2005, se celebró una Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental bajo el lema “15 años después de Caracas”, la cual fue auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno de Brasil. El evento constituyó un hito importante que permitió reflexionar sobre lo ocurrido en estos quince años, logros, avances, obstáculos, así como una mirada hacia el futuro. Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, se puede observar avances en la mayoría de los países. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer en muchos de los Estados de la región (5,6).

LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países desarrollados, se puede observar que el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la longevidad, han estado acompañados de un aumento en la problemática psicosocial. Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente un llamado a la acción. La carga representada por las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa y estas provocan un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el año 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%. A pesar de la magnitud de la

carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas

de tratamiento a los trastornos mentales y las deficiencias de la estructura de servicios en salud mental. En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región, durante los últimos veinte años, se estimó una prevalencia media durante el año precedente de las psicosis no afectivas (entre ellas, la esquizofrenia) la depresión mayor de 4,9% y el abuso o dependencia del alcohol de 5,7%⁴. Los estudios realizados en algunos países expresan claramente las brechas en términos de la proporción de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron (6). Por ejemplo, más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general . En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, no obstante el sufrimiento que esos trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad (6). A esta situación debe agregarse el hecho de que los trastornos mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos. También existen necesidades psicosociales especialmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones indígenas y los que han sido víctimas de conflictos armados, violencia política o han sufrido desplazamientos. En muchos países, la violencia política y las guerras civiles han provocado muertes, heridas y mutilaciones, pero también han contribuido al desplazamiento de grupos de poblaciones y al incremento de los refugiados; asimismo, han profundizado la pobreza y el sufrimiento de la población. No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un impacto profundo en la vida de las personas. De manera general, la violencia y los accidentes se encuentran entre los principales problemas sociales y de salud en el mundo y en la región de las Américas, no solo por la mortalidad que producen sino por la significación psicosocial del tema.

POLÍTICAS, PLANES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En la región de las Américas el 76.5% de los países tiene Programas Nacionales de Salud Mental que, en sentido general, están bien orientados en su marco teórico y en sus estrategias, esencialmente focalizadas en la comunidad (7). Esto es un avance notable que se ha logrado en los últimos quince años; sin embargo, el gran desafío es la implementación real de estos programas, ya que en la mayoría de los Estados es muy baja y persiste un modelo de servicios que no se corresponde con los objetivos de los mismos. Con la legislación sucede algo similar. El 75% de los países reporta que dispone de esta, pero en el análisis detallado se observa legislaciones obsoletas, fragmentadas e incompletas que requieren ser reformuladas y adecuadas a los actuales estándares y normas internacionales. En sentido general, el principal proveedor y financiador de los servicios de salud mental con los ministerios de Salud, aunque la oferta, en muchas ocasiones, no resulta adecuada y la cobertura es insuficiente (7). En orden de importancia, encontramos las instituciones del Seguro Social, pero solo en algunos países (por ejemplo, México, Panamá y Costa Rica) su cobertura es alta; en otros, apenas alcanza un 20% o menos de la población (7). Dado los elevados niveles de pobreza existentes, solo una pequeña fracción de la población puede acceder a servicios privados mediante pago directo o aseguradoras. En América Latina y el Caribe aún subsisten muchos problemas en los servicios de salud mental que tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades y un enfoque que continúa siendo básicamente de atención al daño. Por lo general, se dispone de grandes hospitales psiquiátricos ubicados en la capital y/o las ciudades más importantes, que funcionan con modelos manicomiales clásicos y que absorben la mayoría de los recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental (7). Son pocos aún los servicios de psiquiatría en hospitales generales. La distribución de camas en la región muestra que, aproximadamente, el 80% de las camas psiquiátricas está ubicado en hospitales psiquiátricos. La participación de la Atención Primaria en la oferta de servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos especializados en este nivel son muy limitadas. Por otra parte, en ocasiones, los Servicios Psiquiátricos se trasladan al nivel comunitario de forma vertical, sin relación alguna con la Red de Atención Primaria. La participación e integración de la medicina tradicional en la oferta de Servicios Psiquiátricos son limitadas. Se realizan esfuerzos localizados en algunos países de la región que requieren de difusión y en algunos casos, de una adecuada

validación. La disponibilidad de servicios de salud mental para poblaciones específicas (niños, niñas, adolescentes y ancianos) es deficitaria en muchos países. También es evidente que los servicios de salud mental no están suficientemente preparados para desarrollar modalidades efectivas de atención a problemas emergentes, epidemiológicamente significativos, como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y los problemas psicosociales en poblaciones vulnerables. El desarrollo de investigaciones para comprender mejor la problemática de salud mental en los diferentes contextos culturales, así como las modalidades más apropiadas de intervención, han sido muy restringidos. Comúnmente no hay financiamiento del sector público para la investigación en salud mental. Centroamérica es una de las subregiones más pobres del hemisferio occidental y ha sido afectada, históricamente, por un gran número de desastres naturales y conflictos armados. Esta combinación de desastres naturales y violencia política prolongada, en un contexto de marcada adversidad socioeconómica, ha provocado reacciones postraumáticas de varios tipos, que además generan discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y laboral y producen importantes pérdidas económicas de forma directa o indirecta.

En una reciente evaluación de los sistemas de salud en algunos países centroamericanos desarrollada según la metodología de la Organización Mundial de la Salud (conocida como WHO AIMS por sus siglas en inglés) se evidenció un grupo de problemas, entre los que se destacan los siguientes:

- El acceso a los servicios de salud mental es limitado y el personal no está bien capacitado para manejar exitosamente los problemas que debe enfrentar.
- La mayor parte de las camas sigue concentrada en los hospitales psiquiátricos; y el índice ocupacional de estas instituciones es alto a expensas, fundamentalmente, de casos severos de larga evolución.
- No se utiliza personal no médico para proveer asistencia en salud mental, aun en aquellas áreas donde no hay disponibilidad de médicos (en contraposición con los resultados alentadores que se han logrado en este sentido en algunos países del Caribe inglés).
- La disponibilidad de medicación psiquiátrica en el Sector Público se concentra, básicamente, en los Hospitales Psiquiátricos.

Los servicios ambulatorios y de Atención Primaria no disponen de medicamentos o estos se venden en las farmacias, donde la mayoría de la población no los puede adquirir por su alto costo (5).

LA SALUD MENTAL EN GUATEMALA

Como hemos venido analizando la situación de de nuestros países vecinos es similar a la nuestra, En recientes estadísticas nacionales se observa la epidemiología de los trastornos mentales en nuestra población de la siguiente manera Los trastornos de salud mental (TSM) se presentaron en el 27.8% de la población, es decir, 1 de cada 4 guatemaltecos ha padecido al menos un TSM en su vida de los cuales solamente el 2.3% ha buscado atención del mismo por un profesional de la salud. El sexo más afectado fue el femenino (62.1%), la edad más afectada fue la adulta (74%). La frecuencia de TSM en el área urbana fue 32%, comparada con el área rural que fue de 15%. El 20.2% de la población presentó trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES) y de estos el primer lugar lo ocupa el trastorno de estrés postraumático (6.9%). De las personas que refirieron intentar suicidarse (2.7%) el 74% presentó al menos un TSM. El 12% de las personas con al menos un TSM refirió en la entrevista que fue afectada por el conflicto armado interno. El trastorno de humor más frecuente fue el depresivo que se presentó en 6.4% de la población. Se estima que 4.7% de la población ha tenido algún pensamiento suicida a lo largo de su vida y 2.7% ha intentado suicidarse. Solamente el 2.3% de la población guatemalteca que presentaban TSM ha consultado con algún profesional en salud.(15) Como solución a estos problemas en Guatemala únicamente se cuenta con una institución pública al cuidado de los trastornos mentales, en la cual se han hacinado ya pacientes en estados crónicos, así como personas llevadas por el ministerio público y el organismo judicial que hasta determinar su estado mental para ser llevados a juicio, dicha instalación no cuenta con la infraestructura ni recursos tanto humanos como materiales para satisfacer dicha demanda basta con ver el sus instalaciones para darse cuenta de sus deficiencia, también se cuenta con una institución semiprivada el centro asistencial de atención integral en salud mental de instituto guatemalteco de seguridad social, el cual atiende un promedio de 22,000 ptes. por año solo teniendo alrededor de 15 médicos psiquiatras tratantes, En el 53% de los países, a nivel global, hay menos de un psiquiatra por 100,000 habitantes en Honduras 0.72; Guatemala 0.54; El Salvador 0.50; Nicaragua 1.10. En el 46% de los países, a nivel global, hay menos de una enfermera de salud mental por 100,000 habitantes en Honduras 0; Guatemala 0.04; El Salvador 0; Nicaragua 1.10. Ejemplos positivos: Belice 3.39; Panama5.54, a esto se aúna que en nuestro país el gasto asignado a al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social MSPAS en el 2002 estuvo por debajo del 2% cantidad considerada mínima en los acuerdos de Paz, luego se mantuvo por

debajo del 1% con respecto al PIB, al 2004 se registra un nuevo descenso en este indicador, pues el gasto asignado al MSPAS representó el 0.79 del producto interno bruto PIB. (8) Los recursos financieros se han destinado prioritariamente a los programas curativos desarrollados por los hospitales nacionales. Del presupuesto total asignado a salud, solamente entre el 35% a 40% se ha destinado a programas preventivos y entre el 60% a 65% fue destinado a la red hospitalaria nacional (9). Este contexto en el que se desarrolla la salud en general en los países de América latina y en especial en nuestro país hace que la salud mental no se vea como prioridad, y aunque existen centros de alta calidad para las enfermedades mentales están limitadas a las clases pudientes, en lo cual se refleja el atraso del subdesarrollo propio de nuestros países.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente. Las bases epidemiológicas de una llamada a la acción se han hecho patentes durante el último decenio. En efecto, en 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad observados en América Latina y el Caribe (5). En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas (6). En América Latina y el Caribe esta carga, que es cada vez mayor, podría obedecer a la transición epidemiológica, es decir, al desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónicas; a que se presta mayor atención a ciertos trastornos emergentes, tales como la violencia y el sida; y a un cambio en la estructura poblacional que lleva a que un mayor número de personas alcancen la edad que las coloca en riesgo de sufrir los trastornos mentales propios de la adultez (6). Con respecto a estos últimos cambios, cabe recordar que el Banco Mundial proyecta que entre 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe aumentará en 28%, de 508 a 622 millones de personas (7). Esas proyecciones indican que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad más avanzada.

La población de 50 años de edad o más aumentará en más de 60%; la que se encuentra entre los 50 y 64 años de edad verá un aumento de 68%, y la de 65 años o más ascenderá en 49%. La población entre los 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará en 22%(6)

EL ENTORNO SOCIO-POLÍTICO DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN EN GUATEMALA

La educación y la salud como un hecho y una relación social del país, no se produce aislada del contexto general de la realidad, donde confluyen los demás hechos y relaciones sociales, constituyendo la totalidad social del conocimiento.

Uno de los errores más crasos que se comenten en el análisis de la educación y la salud en los países, es no situarla dentro del contexto socio-político de esas realidades, de esa cuenta, la mira se fija exclusivamente en las aulas académicas, o a la labor de los encargados de la salud pretendiendo explicar las realidades educativas y de salud sin darse cuenta que la realidad económica, política, cultural, histórica, la violencia y los valores sociales, son también parte de la realidad y subdesarrollo actual.(10)

Ello no quiere decir como veremos en este trabajo, que las estructuras académicas de las Escuelas y Universidades, y Autoridades Salubres no tengan su parte de responsabilidad en la calidad educativa y atención de salud del país. Solamente queremos decir que las calidades de la estructura académica y de salud dependen de las características y propiedades de estructura socioeconómica de los países; es indudable que las características socio políticas esenciales del Estado guatemalteco actual, provienen directamente de seis acontecimientos que se dieron en el país: la colonización, la independencia, el régimen conservador, los regímenes liberales, la Revolución del 20 de octubre de 1944 y la contra revolución de 1954 (10).

Estos seis acontecimientos descifran cada una de las etapas del país desde todos los puntos de vista y nos ubican en la realidad actual. En síntesis desde la independencia producida el 15 de septiembre de 1821, Guatemala ha tenido una historia de convulsión e inestabilidad social donde la clase dominante se ha caracterizado por perseguir sus intereses personales o de clase, olvidándose de los intereses generales de la sociedad, basta con determinar que de 1821 a esta parte, “42 personas han dado golpe de Estado y el país ha tenido 11 constituciones”, doce reformas constitucionales y dos estatutos fundamentales de gobierno provenientes de sendos golpes de Estado militares, producidos dentro del período comprendido de 1944 a 1993, donde se han sucedido tres Constituciones, ello da la idea de que las distintas fracciones de la clase dominante se han mantenido en constante

movimiento contradictorio en busca de la satisfacción de sus propios intereses olvidándose de los intereses integrales del país. Siendo el sector que manejan clasista y egoísta e históricamente con un alto grado de culpabilidad en la realidad del país. (10)

En consecuencia, es obvio pensar que un país con una historia como la nuestra, que no se ha podido superar, no es campo propicio para la generación de ciencia y tecnología, ya que la educación y salud siguen siendo lo de siempre, tradicionales, repetitivas, pobres y alejadas de toda producción científica. De ahí nuestra dependencia y deficiencia en estos y otros campos.

ESTIGMATIZACION Y ENFERMEDADES MENTALES

El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre éstas es una constante en el marco de la atención comunitaria en salud mental. Desde los años cincuenta y sesenta del siglo XX y con la emergencia de movimientos alternativos a la reclusión institucional, se empieza a considerar que esas actitudes son un factor negativo de repercusiones complejas, estrechamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención y que constituyen, de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades. Aunque el efecto es sobre distintos problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con lo que, en lenguaje más técnico, denominamos «calidad de vida»: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc.

Esto no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas. En realidad con el término hacemos

referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.

En su clásico análisis del tema, Erving Goffman utiliza así el término estigma para referirse a un «atributo profundamente desacreditador», es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Probablemente estamos aquí frente a un fenómeno universal que guarda relación con los procesos de categorización social, con bases tanto biológicas como psicológicas y sociales y que simplifica y resume de manera básicamente eficiente información muy diversa y compleja, con una función inicialmente defensiva para la sociedad y/o sus grupos sociales mayoritarios; además de fomentar la cohesión de la mayoría social, ayuda por ejemplo a identificar «a primera vista» amigos y enemigos probables. Aunque sea a costa de simplificar en exceso la visión y generar por ello complicaciones añadidas, tanto a las personas afectadas, que ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación, como al conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida.

Se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. El ya citado análisis de Goffman diferenciaba en principio tres tipos de «marcas», según derivasen de defectos físicos, «defectos de carácter» o de factores étnicos o «tribales». Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones «duales» o múltiples: mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo, no tan extremo como parece.

Estigma y enfermedades mentales: Aspectos comunes y específicos

En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, es importante valorar de qué manera y en qué medida se ven afectadas por este proceso de defensa grupal, y, si es posible, entender las razones reales y los argumentos que intentan justificarlo. En definitiva «cómo, cuánto y por qué» nuestras sociedades estigmatizan específicamente a las personas con este tipo de problemas. Y a ese respecto, lo primero que hay que decir es que, aunque hablamos de un fenómeno unitario (estigma y enfermedad mental), nos encontramos también con una cierta diversidad. De hecho y como veremos con algo más de detalle a continuación, las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado, son variables con relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan y en las que se miden.

Enfermedad mental en general o enfermedades mentales concretas

Así, antes de entrar a comentar los aspectos más relevantes de la información acumulada sobre distintos componentes del proceso de estigmatización de personas con enfermedades mentales, hay que señalar que una primera fuente de variabilidad tiene que ver con los distintos tipos de problemas que incluimos bajo esa denominación genérica, aunque esa diferenciación no siempre se tiene en cuenta al presentar los resultados de algunos estudios. Como era previsible, las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental «que pueden afectarnos a todos» y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la «locura» (esquizofrenia y similares). Las referidas a estos últimos tipos de problemas (trastornos mentales graves), que, pese a estas diferencias, parecen ser la referencia última que contamina las actitudes hacia todo lo que suene a «enfermedad mental», suelen ser también más negativas que las existentes con respecto a otros trastornos y enfermedades físicas, situándose en el imaginario social más cerca de las que afectan a algunas drogodependencias, la prostitución u otras conductas consideradas «antisociales». En el caso de los trastornos más comunes, hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención o psicoterapias así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades presentando una creciente diferencia con los

trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos (tratamientos biológicos y psiquiatras, por ejemplo) y que, como veremos, se ven afectados también por el estigma.

Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental grave

Entrando ya en la exploración de las actitudes concretas, tal y como aparecen en los distintos estudios y a partir de los instrumentos de medida referidos anteriormente, los contenidos cognitivos («estereotipos») más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades llamadas «occidentales»: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos («prejuicios») de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre «manteniendo la distancia». Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales –«distancia social»- mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. Habitualmente los estudios reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto («ellos» frente a «nosotros»), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia. Elementos que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades, y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas. Pero hay que señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la llamada «población general» sino que, aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios e incluso en quienes trabajamos específicamente en Salud Mental. Es llamativo, además de preocupante, que,

aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de «distancia social» hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas como estamos comentando. Algunos estudios muestran además por ejemplo cómo, en el caso de psiquiatras, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia. En resumen que parecería que, en este caso, el papel positivo del contacto social —al que luego haremos referencia como factor que se asocia a menor grado de estigmatización y deseo de distancia social hacia las personas con enfermedad mental no funcionase en el «contacto profesional».

Y que hay dudas razonables sobre nuestra capacidad, como colectivo, para cumplir de manera general con algunas de nuestras funciones, incluyendo el esperable liderazgo de la información y educación de la población.

NECESIDAD DE LA PSIQUIATRÍA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE GUATEMALA Y AMÉRICA LATINA

Los médicos somos considerados como los cuidadores primarios de la salud, y sus conocimientos en psiquiatría no pueden dejar de mostrar proceso de búsqueda. La visión de veintinueve psiquiatras latinoamericanos interrogados acerca de la identidad de nuestra disciplina en su contexto geopolítico e histórico, expresa: Nuestra psiquiatría es mestiza porque todo o casi todo en la América Latina es mestizo. Y lo es porque recibió el influjo epistemológico de Europa y el asalto tecnológico de Norteamérica en un período de no más de siglo y medio -el último-, recogió sus postulados básicos y los adaptó y continúa adaptándolos a una realidad distinta, mestiza también. (12).

La psiquiatría latinoamericana es social porque se vuelca a la exploración de procesos y fenómenos que trascienden los límites del individuo. Sus mejores y más originales aportes se dan en áreas tales como la epidemiología, las modalidades diagnósticas y terapéuticas folklórico-culturales, el afronte comunitario, la psicoterapia grupal, la investigación histórica, acepta necesidades y convergencias ecuménicas en una disciplina que debe tener un núcleo

temático de solvencia universal, pero reclama también rasgos propios e identidad reconocible. Se reviste con el ropaje médico y practica el saber biológico que informa a la psiquiatría contemporánea, pero rescata con vigor un mensaje humanista esencial e innegociable.

Los renglones demográfico, social, de salud pública en general y de salud mental en particular, América Latina enfrenta desafíos enormes. Con una población actual de casi 450 millones, proyectada para el año 2010 a un impresionante total de casi 600 millones, la densidad demográfica por milla cuadrada puede alcanzar niveles intolerables especialmente en los países pequeños de Centro y Sudamérica (13). En el momento actual, sólo Guatemala, El Salvador, Honduras y la Guayanas exhiben un predominio de población rural en comparación con la urbana (70% por lo menos), aun cuando este cuadro cambiará dramáticamente en el próximo milenio, con la consiguiente elevación del agolpamiento demográfico en las ciudades. No se proyectan modificaciones significativas en la composición etaria de la población latinoamericana, actualmente con más de 42% de menores de 15 años que la hacen una de las más jóvenes del globo. La tasa de natalidad por 1000 habitantes es de 32.5 en México, 34.4 en América Central (ambas por encima del 27.1 del promedio a nivel mundial) y 25.5 en Sudamérica. Es alentador el que las tasas de mortalidad por 1000 habitantes estén por debajo del promedio global (6 vs. 9), pero la mortalidad infantil asciende todavía a más de 42 por 1000 en México y Centroamérica y 30 por 1000 en Sudamérica. Las mujeres latinoamericanas tienen una expectativa de vida promedio de cinco años más que los hombres 70 vs. 65 años (12).

"Con una población actual de casi 450 millones, proyectada para el año 2010 a un impresionante total de casi 600 millones, la densidad demográfica por milla cuadrada puede alcanzar niveles intolerables y esto acarrear consecuencias desfavorables a todo nivel"

Casi todos los países latinoamericanos poseen formas convencionalmente democráticas de gobierno. Setenta por ciento hablan castellano y 90% practican nominalmente la religión católica. En este último renglón se da el fenómeno de crecimiento relativamente rápido de iglesias protestantes y la revigorizada práctica de ritos y cultos milenarios. El producto nacional bruto per cápita es de US \$1500 al año, con una población económicamente activa que asciende al 33% del total. Cerca de 600.000 hombres y mujeres sirven en los institutos

armados de todo el subcontinente, más de la mitad en los ejércitos de países sudamericanos. El ingreso anual per cápita es de US \$8900 (4000 por debajo del nivel de pobreza en los Estados Unidos), en tanto que 38% de la población es analfabeta (12).

Examinemos algunas de las realidades de la atención en salud y salud mental, con énfasis en la formación y distribución de recursos humanos. Aparte del exceso de escuelas médicas (casi 300), la calidad de varias de las cuales está por debajo de estándares requeridos, se da también la plétora de algunas profesiones como la de psicología, que resulta en sub-empleo o desempleo por la falta de un mercado capaz de absorber el altísimo número de graduados. Al mismo tiempo, se carece de cuadros en otras profesiones indispensables en la conformación de equipos multidisciplinarios de salud mental (asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de recreación, entre otras). La concentración de profesionales en áreas metropolitanas es otro fenómeno endémico, como lo son también las magras sumas para salud mental en los presupuestos gubernamentales. Los psiquiatras ganan un promedio de 12 a 14.000 dólares al año, un residente de psiquiatría, el equivalente de 550 dólares al mes. Los psiquiatras dedicados a la docencia no llegan a 2000 en el continente. No hay en Latinoamérica una tradición de apoyo y activismo comunitario o de financiación consistente de proyectos de investigación en salud mental. Finalmente, la presencia de agentes nativos o folklóricos de salud mental,

conformando el llamado sector informal de atención, es otro aspecto característico de este cuadro global (12).

América Latina afronta pues el siglo XXI con una mezcla fascinante de realidades y de expectativas. Los llamados indicadores socio-económicos en la última década parecieran generar un cierto optimismo en relación a la mejora de condiciones de vida material: niveles crecientes de industrialización y consecuente reducción del desempleo, mayor acceso a la educación, mejores y mayores posibilidades de vivienda decente, elevación del nivel nutricional, disminución de los índices de mortalidad y morbilidad. Por otro lado, hay también, persistentes y alarmantes signos de inestabilidad a nivel micro (desintegración familiar, hijos ilegítimos, violencia doméstica) y a nivel macro: aumento de niveles de criminalidad,

violencia social y política, amén del omnipresente y poderoso influjo del tráfico y del consumo de drogas en prácticamente todos los estratos del cuerpo social latinoamericano (12).

El desarrollo histórico de la psiquiatría en América Latina estuvo marcado en sus comienzos por el influjo del conocimiento europeo traslapado a las colonias inicialmente dóciles y sin otra alternativa que la imitación pegajosa y vacilante. Por espacio de tres siglos la América Hispana fue un ente huérfano de sólidos influjos de metrópolis y en sus universidades medioevales del siglo XIX no hubo "curiosidad americana" para el ejercicio reflexivo o heurístico. Más tarde surge un talante cuestionador y de búsqueda de vertientes y caminos propios, lamentablemente restringido por el cambio de timón en la nave hegemónica, de Europa hacia los Estados Unidos. A pesar del fárrago asfixiante de una cultura -la norteamericana- a veces indisciplinada y por lo mismo avasalladora, nuestra psiquiatría ha desplegado una sólida tradición clínica basada en postulados fenomenológicos y trabajos pioneros en las áreas asistencial, epidemiológica, de psiquiatría folklórica y social, psicoterapia dinámica y elaboraciones teóricas (12).

Por esto como gremio debemos unirnos para mejorar el conocimiento de la misma para engrandecerla y llevar a la consciencia de los que aun no conocen el esplendor de la misma aunque sean pinceladas sobre lo que nos gusta y disfrutamos no solo por la importancia académica que en nuestra magna casa y en nuestra preparación como médicos no debe faltar sino principalmente por el beneficio que los pacientes recibirían, y el mejor pronóstico a nivel social que esto representaría.

FORMACIÓN PSIQUIATRICA ACTUAL EN LA CARRERA DE MEDICINA EN GUATEMALA

Como citamos la formación psiquiátrica en la carrera de medicina en el país se remonta al año de 1932 con el Dr. Carlos Federico Mora Portillo primer psiquiatra de Guatemala, quien introdujo dicha cátedra a la carrera impartiendo él las clases con ayuda de sus colegas hasta 1970; (14) luego de esto en el pensum actual solo se cuentan con los cursos de conducta colectiva y conducta individual ambos ahora llamadas psicología y salud pública con un enfoque psicológico más no psiquiátrico ya que los contenidos de los mismos no abordan ninguna teoría concreta y menos aun clínica de las enfermedades mentales claramente así mismo en 5to año de la carrera en lo que fuese el periodo de ambulatorio una unidad de

psicología del adolescente; según la investigación del año 2007 de la organización mundial de la salud donde se evaluaron los programas educativos de formación de médicos y enfermeras a fin de determinar el tiempo dedicado a los temas de salud mental en la formación de pregrado universitaria en el estudio se incluyeron todas las universidades de cada país (Nicaragua, El Salvador y Guatemala) públicas o privadas donde se impartían las carreras de medicina y enfermería. Se destaca que, en Guatemala, tanto la asignatura de psiquiatría como otros contenidos de salud mental desaparecieron, casi totalmente del programa de estudios de la facultad de medicina de la principal universidad pública del país, de tal manera que se les dedica tan sólo 1% del tiempo de formación de los médicos, y 3% del correspondiente a las enfermeras; en El Salvador se destina 7% en el caso de los médicos y 4% para las enfermeras y, finalmente, en Nicaragua las proporciones son 2% y 7%, respectivamente en las universidades privadas de nuestro país se tienen rotaciones psiquiátricas y cursos de salud mental mayores a los de la USAC pero el porcentaje es tan pequeño de los alumnos que tienen acceso a las mismas que no hacen significativo el cambio a nivel nacional (13). Hasta en este año se incorporo nuevamente la cátedra y rotación psiquiatría en el pensum de la carrera de medicina de la USAC en el hospital Nacional de Salud Mental, más no en las extensiones departamentales de dicha carrera.

Por la disfuncionalidad de la formación médica en psiquiatría a nivel mundial, actualmente la Asociación Mundial de Psiquiatría con la Federación Mundial de Educación Médica están reevaluando la misma, a través de la planificación de un modelo curricular un acontecimiento que podría marcar el comienzo de una nueva era en la educación psiquiátrica mundial. La brecha que existía entre la psiquiatría y el resto de la medicina ha sido perjudicial para el desarrollo de la medicina y de la psiquiatría. No se puede llenar este vacío en forma inmediata: existen demasiados prejuicios y tradiciones que obstaculizan el camino. Si se pudieran satisfacer las aspiraciones del programa que aquí se presenta quizás pronto podremos dar la bienvenida a una nueva generación de médicos, una nueva generación que verá a la psiquiatría bajo su verdadera luz, reconocerá la importancia de un adiestramiento adecuado en psiquiatría y aceptará colaborar en el desarrollo de programas de investigación, adiestramiento y servicios de salud en los que la psiquiatría tendrá su espacio propio y en los que los pacientes y sus comunidades podrán beneficiarse con el conocimiento y la percepción que la psiquiatría, como disciplina, puede brindar(20).

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVOS GENERALES

3.1.1 Evaluar el conocimiento teórico y las actitudes de estigmatización y disponibilidad en los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre las enfermedades mentales más frecuentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.2.1. Determinar el conocimiento teórico de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre las características generales del episodio depresivo.

3.2.2. Determinar el conocimiento teórico de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre las características generales del trastorno de ansiedad.

3.2.3 Determinar el conocimiento teórico de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre manifestaciones neuropsiquiátricas.

3.2.4. Evaluar las actitudes de estigmatización de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social respecto a las enfermedades mentales.

3.2.5. Evaluar las actitudes de disponibilidad de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social respecto a las enfermedades mentales.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación: descriptivo-transversal

4.2 Población /Universo:

- Residentes del primero al tercer año de las especialidades de Cirugía General, Fisiatría, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad de Social que ascienden a un total de 174 residentes.

4.3 Muestra: Para obtener el cálculo del tamaño de la muestra fue utilizado el siguiente algoritmo estadístico que estima el tamaño ideal para una proporción.

$$n = \frac{z^2 N p q}{\delta^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Valor del nivel de confianza obtenido de las tablas de distribución normal $z=1.88$

Si no se conoce la variabilidad del fenómeno en la población de estudio = pq

Se puede suponer el máximo de variabilidad del fenómeno, ósea $p = 0.5$ $q = 0.5$

Supongamos que el error tolerado sea $\delta = 0.06$

Tamaño de la población $N = 174$

Aplicando la fórmula para obtener el tamaño de la muestra $=n$

$$n = \frac{(1.88)^2 N (0.5 * 0.5)}{(0.06)^2 (N - 1) + (1.88)^2 (0.5 * 0.5)}$$

Entonces $n = 107$

Luego de obtener el tamaño de la muestra se estratifico por año de residencia y especialidad

MUESTRA ESTATRIFICADA POR AÑO DE RESIDENCIA Y ESPECIALIDAD

Especialidad	R1		R2		R3		Total
Medicina Interna	15	8.62%%	12	6.89%	9	5.17%	36
Pediatría	16	9.19%	16	9.19%	16	9.19%	48
Fisiatría	3	1.72%	3	1.72%	3	1.72%	9
Ginecología	15	8.62%	11	6.32%	13	7.47%	39
Cirugía Gral.	15	8.62%	13	7.47%	12	6.89%	40
Neonatología	0	0%	2	1.14%	0	0	2
Población Total	64	36.78%	57	32.75%	53	30.45%	174
	R1		R2		R3		
Total muestra	39	36.78%	35	32.75%	33	30.45%	107
Medicina Interna	9	8.62%%	7	6.89%	6	5.17%	22
Pediatría	10	9.19%	10	9.19%	10	9.19%	30
Fisiatría	2	1.72%	2	1.72%	2	1.72%	6
Ginecología	9	8.62%	7	6.32%	8	7.47%	24
Cirugía Gral.	9	8.62%	8	7.47%	7	6.89%	24
Neonatología	0	0%	1	1.14%	0	0	1

4.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Instrumento
Conocimiento teórico sobre las características generales del episodio depresivo en los Médicos Residentes del IGSS	Conocimiento de los signos y síntomas de la depresión	Se pasará el cuestionario de evaluación con preguntas de respuesta múltiple sobre los aspectos que determinan los conocimientos básicos sobre depresión.	NOMINAL	CUESTIONARIO
Conocimiento teórico sobre las características generales del trastorno de ansiedad en los Médicos Residentes del IGSS	Conocimiento de los signos y síntomas del trastorno de ansiedad.	Se pasará el cuestionario de evaluación con preguntas de respuesta múltiple sobre los aspectos que determinan los conocimientos básicos sobre la ansiedad.	NOMINAL	CUESTIONARIO
Conocimiento teórico sobre las enfermedades neuro-psiquiátricas en los médicos residentes del IGSS	Conocimientos sobre los signos, síntomas de las manifestaciones neuropsiquiatricas en las enfermedades mentales	Se pasará el cuestionario de evaluación con preguntas de respuesta múltiple sobre los conocimientos básicos de las manifestaciones neuro-psiquiátricas.	NOMINAL	CUESTIONARIO
Actitudes de estigmatización sobre las enfermedades mentales en los médicos residentes del IGSS	Evaluación de las actitudes de estigmatización en los residentes frente a la enfermedades mentales	Se pasará el cuestionario de evaluación con preguntas tipo Likert sobre las actitudes de estigmatización frente a las enfermedades mentales.	NOMINAL	CUESTIONARIO
Actitudes de disponibilidad sobre las enfermedades mentales en los médicos residentes del IGSS	Evaluación de las actitudes de disponibilidad de los residentes frente a la enfermedades mentales	Se pasará el cuestionario de evaluación con preguntas tipo Likert sobre las actitudes de disponibilidad frente a las enfermedades mentales.	NOMINAL	CUESTIONARIO

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como instrumento un cuestionario de 20 preguntas, el cual se pasó a los médicos residentes de las especialidades ya descritas para esto se contó con el apoyo del Dr. Ricardo Garcíamanzo coordinador de post-gradados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, jefes de servicio y jefes de residentes de las especialidades estudiadas quienes permitieron y brindaron espacio de su tiempo de docencia, para poder pasar el cuestionario a sus residentes a quienes se explicó el estudio, y colaboraron con el mismo.

- **Instrumento de Medición:**

La boleta recolectora de datos consta de un cuestionario mixto de 20 preguntas donde se evalúan 2 aspectos: conocimientos teóricos sobre las enfermedades mentales y actitudes de estigmatización y disponibilidad a las enfermedades mentales.

- **Medición de los Conocimientos Teóricos:** estos fueron medidos a través de la calificación de las primeras 10 preguntas del cuestionario que se utilizó como instrumento de medición todas en formato de respuesta múltiple las cuales evalúan los conocimientos básicos sobre depresión, ansiedad y manifestaciones neuropsiquiátricas, al cuantificar las respuestas correctas de cada residente se procedió a dar una calificación de 0 a 100%, de la cual se sacó un promedio global de conocimientos para esta población y en cada uno de los aspectos que se evaluaron. (Ver Anexo 1, Cuadros 2-23,)
- **Medición de las Actitudes de Estigmatización:** estas fueron medidas a través de la calificación de las preguntas 11 a la 15 del cuestionario que se utilizó como instrumento de medición las cuales fueron redactadas en escala de Likert posterior a esto se procedió a cuantificar las opiniones de los médicos residentes según sus respuestas en una escala porcentual. (Ver Anexo 1, Cuadros 24-29)
- **Medición de las Actitudes de Disponibilidad:** estas fueron medidas a través de la calificación de las preguntas 16 a la 20 del cuestionario que se utilizó como instrumento de medición las cuales son de respuesta cerrada y miden la disponibilidad al aprendizaje sobre las enfermedades mentales en los médicos residentes, posterior a esto se procedió a cuantificar las opiniones de los médicos

residentes según su respuesta en una escala porcentual. (Ver Anexo 1, Cuadros 30-35)

- Dicho cuestionario fue elaborado en base a otras boletas ya validadas de estudios realizados previamente entre estas:
- “Experiencias y Actitudes de estudiantes de Medicina en Relación con la Psiquiatría” Cuestionario. Facultad de medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul Brasil. (21)
- “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. (Anexo 1 y 2)
- Psychiatry test One, Section Two Psychiatry test for aplicate step one and two for especialty studies, EEUU 2009. Based in text book Kaplan Medical 7th edition.(23)

Indice de Alpha Cronbach: para validar la escala empleada para medir las actitudes en el presente estudio se midió dicho índice a través de la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K: número de ítems = 10

Si²: Sumatoria de varianzas de los ítems = 2.32

St²: Varianza de la suma de los ítems = 5.8

Aplicando la fórmula:

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{2.32}{5.8} \right]$$

A: Indice de Alpha Cronbach = 0.66

Recursos Humanos: Investigadora, asesores, revisores, médicos residentes.

Recursos Físicos: salones de clase de las distintas especialidades.

Criterios de inclusión: médicos residentes del primero al tercer año de las especialidades de Cirugía general, Fisiatría, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad de Social.

Criterios de Exclusión: médicos residentes que no sean del primero al tercer año de las especialidades de Cirugía general, Fisiatría, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad de Social.

4.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

- PROCESAMIENTO DE DATOS:

La información obtenida de las encuestas fue ingresada en el programa Microsoft Excel, el proceso tomó 3 semanas y fue llevado a cabo por la realizadora del estudio. La base de datos fue convertida a un formato que posibilitaba su análisis en dicho programa donde se obtuvieron las frecuencias de los conocimientos de los médicos residentes sobre los trastornos de salud mental más frecuentes y sus actitudes frente a las mismas, y se aplicaron a estas medidas de tendencia central para obtener los resultados.

- ANALISIS DE DATOS:

Para la realización del análisis de los datos y asesoría metodológica, se contó con la colaboración del Licenciado Francisco Mendizábal (Q.E. P. D.), del Dr. Erwin Calgua, Dra. Gloria Ocampo del Depto. de investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala quienes me orientaron acerca de las medidas específicas para la realización de estimaciones estadísticas para la obtención y presentación de datos del presente estudio. A continuación se presenta el análisis y discusión de resultados.

V. RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados obtenidos en el estudio realizado a los médicos residentes de las especialidades de Cirugía General, Fisiatría, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre sus conocimientos y actitudes sobre las enfermedades mentales más frecuentes, siendo la muestra total de 107 residentes, que respondieron el cuestionario utilizado para la recolección de datos.

CUADRO 1

Principales características de los médicos residentes del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social sobre
Conocimientos y Actitudes de las Enfermedades Mentales más Frecuentes
Enero-Octubre de 2010

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	40.19%
Femenino	64	59.81%
AÑO DE RESIDENCIA		
1er. Año	39	36.44%
2do Año	35	32.71%
3er Año	33	30.84%
ESPECIALIDAD		
Cirugía	24	22.42%
Ginecología y Obstetricia	24	22.42%
Medicina Interna	22	20.56%
Pediatría	30	28.03%
Neonatología	1	0.93%
Rehabilitación/Fisiatría	6	5.60%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 2

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Ginecología y Obstetricia	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residentes I	9	75%
Residentes II	7	50%
Residentes III	8	53%
Total	24	59%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 3

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades Mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Ginecología y Obstetricia	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residentes I	9	78%
Residentes II	7	67%
Residentes III	8	87%
Totales	24	77%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 4

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades Mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Ginecología y Obstetricia	Médicos residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residentes I	9	51%
Residentes II	7	57%
Residentes III	8	54%
Totales	24	54%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 5

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes.
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Pediatría	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residentes I	10	43%
Residentes II	10	52%
Residentes III	10	38%
Totales	30	44%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 6

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades Mentales más frecuentes.
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Pediatría	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residentes I	10	50%
Residentes II	10	70%
Residentes III	10	57%
Totales	30	59%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 7

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades Mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Pediatría	Médicos residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residentes I	10	40%
Residentes II	10	50%
Residentes III	10	50%
Totales	30	47%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 8

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Neonatología	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residente II	1	25%
Totales	1	25%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 9

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Neonatología	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residente II	1	33%
Totales	1	33%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 10

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Neonatología	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residente II	1	33%
Totales	1	33%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 11

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Fisiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Fisiatría	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residentes I	2	38%
Residentes II	2	63%
Residentes III	2	63%
Totales	6	55%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 12

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Fisiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las Enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Fisiatría	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residentes I	2	50%
Residentes II	2	50%
Residentes III	2	50%
Totales	6	50%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 13

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Fisiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Fisiatría	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residentes I	2	50%
Residentes II	2	50%
Residentes III	2	0%
Totales	6	33%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 14

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Cirugía General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Cirugía General	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residentes I	9	47%
Residentes II	8	38%
Residentes III	7	36%
Totales	24	40%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 15

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Cirugía General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Cirugía General	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residentes I	9	63%
Residentes II	8	28%
Residentes III	7	67%
Totales	24	53%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 16

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Cirugía General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Cirugía General	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residentes I	9	59%
Residentes II	8	38%
Residentes III	7	43%
Totales	24	47%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 17

Conocimiento sobre las características del Cuadro Depresivo en los médicos residentes de la Especialidad de Medicina Interna del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Medicina Interna	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo
Residentes I	9	47%
Residentes II	7	39%
Residentes III	6	75%
Totales	22	47%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 18

Conocimiento sobre las características del Cuadro de Ansiedad en los médicos residentes de la Especialidad de Medicina Interna del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Medicina Interna	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad
Residentes I	9	59%
Residentes II	7	52%
Residentes III	6	84%
Totales	22	65%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 19

Conocimiento sobre las características de los Cuadros Neuropsiquiátricos en los médicos residentes de la Especialidad de Medicina Interna General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidad y Año de Especialidad Medicina Interna	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos
Residentes I	9	48%
Residentes II	7	38%
Residentes III	6	39%
Totales	22	42%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 20

Promedio General del conocimiento teórico de las características del cuadro Depresivo, en médicos residentes de las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Fisiatría, Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidades	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro Depresivo de los Médicos Residentes evaluados
Ginecología y Obstetricia	24	59%
Pediatría	30	44%
Neonatología	1	25%
Fisiatría	6	55%
Cirugía General	24	40%
Medicina Interna	22	47%
Totales	107	45%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 21

Promedio General del conocimiento teórico de las características del cuadro de Ansiedad en médicos residentes de las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Fisiatría, Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes

Enero-Octubre de 2010

Especialidades	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características del cuadro de Ansiedad de los Médicos Residentes evaluados
Ginecología y Obstetricia	24	77%
Pediatría	30	59%
Neonatología	1	33%
Fisiatría	6	50%
Cirugía General	24	53%
Medicina Interna	22	65%
Totales	107	56%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 22

Promedio General del conocimiento teórico de las características de los cuadros Neuropsiquiátricos en médicos residentes de las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Fisiatría, Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes
Enero-Octubre de 2010

Especialidades	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento sobre las características de los cuadros Neuropsiquiátricos de los Médicos Residentes evaluados
Ginecología y Obstetricia	24	54%
Pediatría	30	47%
Neonatología	1	33%
Fisiatría	6	33%
Cirugía General	24	47%
Medicina Interna	22	42%
Totales	107	56%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 23

Promedio General de conocimientos teóricos sobre las características de los Cuadros de Depresión, Ansiedad y Neuropsiquiátricos en médicos residentes de las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Fisiatría, Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por años de especialidad según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre los Conocimientos y actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes

Enero-Octubre de 2010

Año de Especialidad	Médicos Residentes Evaluados	Conocimiento General sobre los cuadros de depresión, ansiedad y neuropsiquiátricos
Residentes I	39	53%
Residentes II	35	46%
Residentes III	33	53%
Totales	107	51%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio

CUADRO 24

Actitudes de Estigmatización de los médicos
Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna,
Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes
de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿La psiquiatría es no científica e imprecisa?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	3.73%
De acuerdo	12	11.21%
Neutro	21	19.62%
En desacuerdo	45	42.05%
Totalmente en desacuerdo	25	23.36%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 25

Actitudes de Estigmatización de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿El médico de hoy no tiene tiempo para tratar con problemas emocionales de los pacientes?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	7	6.54%
De acuerdo	24	22.42%
Neutro	25	23.36%
En desacuerdo	39	36.44%
Totalmente en desacuerdo	12	11.21%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 26

Actitudes de Estigmatización de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Las consultas psiquiátricas para pacientes clínicos o quirúrgicos raramente son útiles?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	9	8.41%
De acuerdo	12	11.21%
Neutro	14	13.08%
En desacuerdo	56	52.33%
Totalmente en desacuerdo	16	14.95%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 27

Actitudes de Estigmatización de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Si un estudiante expresa su interés en psiquiatría corre el riesgo de ser asociado a un grupo de otros futuros psiquiatras que muchas veces son vistos como extraños o neuróticos?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	5	4.67%
De acuerdo	22	20.56%
Neutro	15	14.01%
En desacuerdo	43	40.18%
Totalmente en desacuerdo	22	20.52%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 28

Actitudes de Estigmatización de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Si alguien en su familia o un amigo estuviera emocionalmente comprometido y la situación pareciera no mejorar, recomendaría una consulta psiquiátrica?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	60	56.07%
De acuerdo	37	34.57%
Neutro	5	4.67%
En desacuerdo	3	2.80%
Totalmente en desacuerdo	2	1.86%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 29

Suma de las actitudes de Estigmatización en la de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

Presencia de Actitudes de Estigmatización	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Si	20	18.70%
Neutro	16	14.95%
No	71	66.35%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 30

Actitudes de Disponibilidad de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Considera importante el estudio de la psiquiatría en su formación académica?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Si	99	90.74%
No	8	9.26%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 31

Actitudes de Disponibilidad de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Considera adecuado el tiempo de estudio de la psiquiatría durante el curso de su carrera?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Si	47	23.93%
No	60	56.07%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 32

Actitudes de Disponibilidad de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Considera usted que los trastornos mentales son adecuadamente tratados en las instituciones de salud del país?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
SI	99	90.74%
NO	8	9.26%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 33

Actitudes de Disponibilidad de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Considera que los conocimientos que posee al respecto de las enfermedades mentales son lo suficientes y los adecuados?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
SI	15	14.01%
NO	92	85.99%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 34

Actitudes de Disponibilidad de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

¿Le gustaría tener más información acerca de las enfermedades mentales con respecto al Diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas?	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
SI	95	88.78%
NO	12	11.22%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

CUADRO 35

Suma de las actitudes de Disponibilidad en la de los médicos

Residentes de las especialidades de Cirugía general, Medicina Interna, Fisiatría, Pediatría y Neonatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Según puntaje obtenido en cuestionario realizado sobre Conocimientos y Actitudes de las enfermedades mentales más frecuentes Enero-Octubre de 2010

Presencia de Actitudes de Disponibilidad	Médicos Residentes Evaluados	Porcentaje
Si	70	66.12%
No	37	33.88%
Totales	107	100%

Fuente: boleta recolectora de datos del estudio.

VI. DISCUSION Y ANÁLISIS

El conocimiento de las enfermedades mentales es importante por su alto índice de morbimortalidad, así como el costo que de no ser tratadas con prontitud trae a largo plazo, esto se ve obstaculizado a nivel mundial en la población medica que es la encargada del tratamiento de los mismos por la falta de formación en esta rama así como las actitudes de estigmatización a las mismas.

Para el efecto en este estudio se trabajo con una muestra de 107 médicos residentes de varias especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social siendo la mayoría 59.8% de sexo femenino en contraposición a un 40.1% de sexo masculino, cursando entre el primero y tercer año de residencia en su mayoría 36.4% residentes de primer año, siendo en mayoría 28% de la especialidad de Pediatría, quienes a diario tienen contacto con una amplia población y tienen a su cargo pacientes de este tipo, por lo que dicha investigación tuvo a bien evaluar sus conocimientos en los trastornos mentales más frecuentes, así como sus actitudes de estigmatización y disponibilidad frente a los mismos.

Se determino la media aritmética con respecto a los conocimientos de los cuadros de depresión, ansiedad y neuropsiquiatricos según el año de especialidad de los médicos residentes esta se ubica en el 51%, la mediana sobre los conocimientos en esta población se ubica en 50%, la moda estadística en esta población se ubica en el 50%. Respecto a las actitudes de estigmatización el 18.70% de la población expreso actitudes de estigmatización, un 14.95% refirió una posición neutra mientras que 66.35% no las expreso, con respecto a las actitudes de disponibilidad un 66.12% expreso una adecuada disponibilidad al aprendizaje de la enfermedades mentales, en contraposición a un 33.88%.

Con respecto al conocimiento de las enfermedades mentales más frecuentes los médicos por año de especialidad los residentes del tercer año y el primer año de las especialidades tienen en promedio 53% de conocimientos en comparación con los residentes del segundo año que tienen en promedio 46% de estos, la especialidad que más conocimientos contabilizo en el cuestionario realizado fue la especialidad de Ginecología y Obstetricia con un promedio de conocimiento por especialidad de 64%.

Es notable que el promedio del conocimiento de todos los encuestados este en 51% a pesar que su conocimiento no es optimo tampoco es nulo, esto concuerda con los estudios revisados, entre estos la encuesta nacional de salud mental de Guatemala del 2009 y el estudio de la OMS sobre la situación de la salud mental en América latina y el Caribe en los

que se hace mención a que el 90% de estos pacientes no son diagnosticados y por ende no reciben tratamiento identificando así la falta de formación del personal sanitario en estas enfermedades, como un factor predisponente a esta situación. (3,16). Con respecto a las actitudes de estigmatización es notable que la mayoría de los encuestados (66.35%) expresan un bajo grado de estigmatización frente a las enfermedades mentales, sin embargo un porcentaje significativo presenta estigmatización 18.70% y un 14.95% tiene una posición neutra al respecto, aunque esto es menor a lo encontrado en estudios internacionales de este tipo en donde la incidencia del estigma es más elevado entre 38% y 44% (25).

En cuanto a la disponibilidad es valioso que la mayoría de los participantes (66.88%) exprese una alta disponibilidad al conocimiento y formación al respecto de estas enfermedades, esto hace evidente la correlación inversamente proporcional a menor estigmatización mayor disponibilidad.

Definitivamente la información podría ampliarse mucho más quizá en futuros estudios plantear el porqué de ciertas actitudes en especial de la estigmatización en esta población, así como evaluar si con la implementación reciente de programas de salud mental tanto en la Universidad San Carlos de Guatemala como en el IGSS habrá un mejor conocimiento al respecto, en este estudio se tuvieron limitaciones al respecto de la dificultad que se tuvo al reunir a los colegas para pasar la encuesta, pues la carga laboral y académica para cada uno es pesada y cuentan con escaso tiempo.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1.- Respecto a los conocimientos sobre los cuadros de depresión, ansiedad y neuropsiquiátricos de los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según el año de residencia se determinó que la media aritmética de esta población se ubica en el 51% la mediana en 50% y la moda en 50% respectivamente aunque no es la óptima no es nula, pero es clara la deficiencia, esta es similar a la que subrayan estudios internacionales y nacionales donde se evidencia la deficiencia de conocimientos en el personal sanitario en este área.

6.1.2.- Respecto a los conocimiento teórico sobre el cuadro de depresión exclusivamente en los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se determinó que la media aritmética de esta población se ubica en el 45% aunque no es la óptima no es nula, pero es clara la deficiencia, esta es similar a la que subrayan estudios internacionales y nacionales donde se evidencia la deficiencia de conocimientos en el personal sanitario en esta área.

6.1.3.- Respecto a los conocimiento teórico sobre el cuadro de Ansiedad exclusivamente en los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se determinó que la media aritmética de esta población se ubica en el 56% aunque no es la óptima no es nula, pero es clara la deficiencia, esta es similar a la que subrayan estudios internacionales y nacionales donde se evidencia la deficiencia de conocimientos en el personal sanitario en esta área.

6.1.4.- Respecto a los conocimiento teórico sobre los cuadros Neuropsiquiátricos exclusivamente en los médicos residentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se determinó que la media aritmética de esta población se ubica en el 43% aunque no es la óptima no es nula, pero es clara la deficiencia, esta es similar a la que subrayan estudios internacionales y nacionales donde se evidencia la deficiencia de conocimientos en el personal sanitario en esta área.

6.1.5.- Con respecto a las actitudes de estigmatización la mayoría de los encuestados 66.35% no expresan actitudes de estigmatización frente a las enfermedades mentales,

sin embargo un 18.70% de la población las refiere, y un 14.95% mantiene una posición neutra, hay evidencia sobre la estigmatización en esta población, aunque esto es menor a lo encontrado en estudios internacionales de este tipo en donde la incidencia del estigma es más elevado entre 38% y 44% (25).

6.1.6.-En cuanto a la disponibilidad se evidencio que el 66.88% de los participantes posee una alta disponibilidad a la adquisición de conocimiento y formación al respecto de estas enfermedades en contra posición a un 33.12% que no lo expreso de esta manera.

6.1.7.- Respecto al conocimiento de las enfermedades mentales más frecuentes los médicos residentes del tercer año y el primer año de las especialidades tienen en promedio 53% de conocimientos en comparación con los residentes del segundo año que tienen en promedio 46%, la especialidad que más conocimientos contabilizo en el cuestionario realizado fue la especialidad de Ginecología y Obstetricia con un promedio de conocimiento por especialidad de 64%.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1.- Crear políticas institucionales que consideren la atención de la salud mental y el conocimiento de las mismas como parte integral de la salud ya que este estudio demuestra la carencia del conocimiento al respecto en contraposición de la alta prevalencia de las mismas.

6.2.2.- Como una decisión muy acertada de las autoridades del IGSS y como promotores principales de la misma el Depto. de capacitación y programa piramidal del mismo a partir del 2010 todos los residentes de todos los años de todas las especialidades del seguro social asisten anualmente a un día de conferencias sobre la salud mental así como actividades de recreación, incentivando en ellos el auto cuidado de su propia salud mental y poderla apreciar en sus pacientes, por lo que recomiendo que con los aportes de este estudio se completen las acciones ya ejecutadas por la institución para que se incorpore el componente de salud mental en el abordaje integral de salud así como se provean a los médicos residentes más espacios donde se les informe, asesore, y se cuide de su propia salud mental, y esto se vea reflejado en la mejor calidad de atención y formación de los médicos residentes del seguro social.

6.2.3.- Los médicos residentes deben incluir en el tratamiento integral de sus pacientes a la salud mental como un componente fundamental, por lo que deben tomar personalmente la iniciativa de autoformarse en estos temas que les permitan así una práctica clínica plena en beneficio de sus pacientes y que tienda a reducir el estigma que sufren las personas con un trastorno mental.

6.2.4.- La información obtenida podría ampliarse mucho más con la realización de futuros estudios en los que se plantee el porqué de ciertas actitudes en especial la estigmatización en esta población, así se podría evaluar si con la implementación reciente de programas de salud mental tanto en la Universidad San Carlos de Guatemala como en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social habrá un mejor conocimiento con respecto a las enfermedades mentales en los médicos residentes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001 Salud mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
2. Revista Jano On line “La OMS advierte de que el suicidio causa más muertes al año en el mundo que las guerras y los homicidios” 14 de septiembre,2005.España
3. Dr. Jorge Rodríguez, “La Salud Mental en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos y perspectivas” Proyecto Regional de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación, OMS/OPS Uruguay 28 de mayo de 2006.
4. Renato D. Alarcón “Identidad De La Psiquiatría Centroamericana” Perú, Universidad Cayetano Heredia lima, Siglo Veintiuno Editores 1990.

Jorge Rodríguez “La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe” Médico Psiquiatra. MD, PhD. Jefe de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Revista uruguaya de psiquiatría Vol. 71 diciembre 2007.

5. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Publica.005;18 (4/5):229–40.
6. José Caldas de Almeida “Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina” Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Lisboa. Jefe de la Unidad de Salud Mental de la OPS (2000-2005).
7. C. Karin Slowing Umaña, Asesor Académico Edelberto Torres Rivas, Investigación y Estadística Gustavo Arriola Quoan y Pamela Escobar, Gestión Administrativa y Financiera Iliana Peña de Barrientos, Claudia Salazar, Comunicación social, Héctor Morales Delgado, Maite Garmendia. “Informe Del Desarrollo Humano Del Programa

De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo En Guatemala". Diciembre 2005.
www.pnudguatemala.org, www.desarrollohumano.org.gt

8. Tendencias en el Desarrollo de Políticas en Guatemala. Organización Panamericana de la Salud. 2000.
9. Maestro Baldomero Arriaga Jerez "La Producción Científica y Tecnológica de La Universidad de San Carlos" (Causas Socio-políticas que obstaculizan su desarrollo). Centro Universitario de Occidente. Departamento de Investigaciones Económicas y Sociales DIES. 1995
10. Resumen Del Análisis De Situación y Tendencias De Salud. Organización Panamericana de la Salud 1997.
11. Alarcón, R.D. "Ser psiquiatra en América Latina". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina editorial Losada 1990. Buenos Aires
12. Andrade J. 1978 "Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina". Revista Educación Médica y Salud Colombia.
13. Rodríguez; Thomas Barrett; Silvia Narváez; José Miguel Caldas; Itzhak Levav; Shekhar Saxena "evaluación de los sistemas de Salud mental en el Salvador, Guatemala y Nicaragua mediante el WHO AIMS" Aceptado para publicación, tras revisión, el 25 de septiembre de 2007.
14. Erick Von Ahn "DR. CARLOS FEDERICO MORA PORTILLO (1889-1972): PIONERO DE LA SALUD MENTAL Y DE LA PSIQUIATRÍA EN GUATEMALA" Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol. 28, número 002 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia 1996 pp. 399-401
15. Dr. Víctor López, médicos tesistas de la Universidad de San Carlos carrera de medicina "Encuesta nacional de Salud Mental, estudio en mujeres y hombres de 18-65 de edad sobre la situación, frecuencia y distribución de los trastornos mentales en Guatemala" Guatemala Mayo-Agosto 2009.
16. Dr. Ricardo García Manzo "Proyecto de Revisión y Readecuación curricular "Maestría Clínica con Especialidad en Psiquiatría". Universidad San Carlos de Guatemala, Ciencias Médicas. Guatemala 1999.

17. Organización Mundial de la Salud, Invertir en Salud Mental. Impreso en Suiza 2004.
Traducción: Dr. Itzhak Levav. Catalogado en la biblioteca de Organización Mundial de la Salud.

18. World Health Organization, Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 estimates.
Geneva 2004, Disponible en:
<http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>

19. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Utilizando el Instrumento de Evaluación Para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) [monografía en línea] Año 2006.
p 27-41. [Accesado el 21-2-2009] Disponible en
[www.who.int/mental health/Nicaragua ElSalvador Guatemala WHO-AIMS Report2.pdf](http://www.who.int/mental_health/Nicaragua_ElSalvador_Guatemala_WHO-AIMS_Report2.pdf)

20. 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 y Prevención del Abuso de Drogas Organización Mundial de la Salud “Curriculum de Psiquiatría para estudiantes de Medicina” World Psychiatric Association 2008 <http://www.worldpsychiatricassociation.org/education/core-curriculum.shtml><http://www.wpanet.org/>

21. Claudio L. Eizirik, Paulo Belmonte, Anahy D.F. da Fonseca, Lorena Caleffi, Denise Blaya Rocha, Ingrid Spier, Jaqueline Villa Boas e Silva, José Renato Hauk y Marina Netto, “Experiencias y Actitudes de estudiantes de Medicina en Relación con la Psiquiatría, Educación Médica en salud Vol. 24 No.4 1990.

22. Psichiatry test One, Section Two Psichiatry test for aplicate step one and two for especialty studies, EEUU 2010. Based in text book Kaplan Medical 7th edition.

23. Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Almudena Aparicio“ La lucha contra el Estigma y la Discriminación en salud mental” Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735.

24. Manuel Muñoz, Eloisa Pérez Santos, María Crespo y Ana Isabel Guillén, "Estigma y Enfermedad Mental" análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 2009. Editorial Complutense Madrid España.
25. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid "Discriminación y Enfermedad mental" 2005 Madrid España Europa Press No. 28

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

Universidad San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencia Médicas

Post-Grado de Psiquiatría

IGSS – CAISM

Trabajo de Investigación: Estudio descriptivo sobre la formación médica de las Enfermedades Mentales más frecuentes, así como las actitudes frente a las mismas en los Médicos Residentes de las distintas especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Nombre: _____ Fecha: _____

Especialidad _____ Año de Residencia _____

Instrucciones: a continuación encontrará una serie de preguntas de respuesta múltiple de varios tipos con respecto a los trastornos mentales, señale con un círculo la respuesta que usted crea correcta, las mismas tienen un valor estadístico importante, por lo que le ruego su amable colaboración.

1. ¿Qué es la depresión?
 - a) Conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad y ansiedad
 - b) Trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual.
 - c) Pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.
 - d) Todas son correctas
2. ¿De los siguientes síntomas cuales son los de un trastorno depresivo mayor?
 - a) Tristeza, desesperación, pesadumbre, irritabilidad, apatía
 - c) Pérdida de peso, ideas se ruina, desesperanza, anhedonia, anergia,
 - d) astenia, ideas suicidas, disminución de la concentración, delirio
 - f) Todas son correctas

3. ¿Qué enfermedades de las siguientes se asocian con la depresión?
- a) Hipotiroidismo, infarto agudo al miocardio, trauma craneoencefálico.
 - b) Cáncer pancreático, cáncer pulmonar, Sx. De Cushing, SIDA, obesidad,
 - c) Anemia, Enfermedad de Addison, Sx. Convulsivo.
 - d) Todas son correctas
4. ¿De los siguientes medicamentos cuales se han asociado a depresión al ser utilizados?
- a) Propanolol, Metildopa, cimetidina, isoniazida
 - b) Corticosteroides, anticonceptivos orales, bromuros.
 - c) Aspirina, clomipramina, neomicina, quetiapina
 - d) Todas son correctas
5. ¿En qué enfermedades físicas encontramos comúnmente manifestaciones neuropsiquiátricas?
- a) Desequilibrio metabólico, ingestión de sustancias, Sx. De abstinencia, demencia senil, Sx. Convulsivo.
 - b) Enfermedad de Steven Johnson, Arritmias, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, anemia, cáncer de mama
 - c) Infecciones del sistema nervioso central, trauma craneoencefálico, lupus eritematoso sistémico, encefalopatía hipertensiva
 - d) Todas son correctas
6. ¿Cuáles de las siguientes son alteraciones neuropsiquiátricas?
- a) Tristeza, llanto, risa inapropiada, exhibicionismo, irritabilidad, agresividad.
 - b) Alteración de la memoria, desorientación, agitación psicomotriz, alteración de la conciencia, delirio.
 - c) Cambios de humor súbitos, manía, impulsividad, alucinaciones, apatía.
 - d) Todas son correctas

7. ¿Qué es ansiedad patológica?

- a) Estado desagradable semejante al miedo, cuando hay una situación manifiesta de peligro.
- b) Estado desagradable semejante al miedo, cuando hay una situación manifiesta de peligro o sin él.
- c) sensación de miedo, exagerado frente a situaciones de peligro, y cualquier situación de estrés mínimo que no ameritaría tal efecto.
- d) Todas son correctas

8. ¿Cuáles son las manifestaciones físicas de ansiedad patológica?

- a) Hiperventilación, hipocapnia, vasoconstricción capilar, cefalea, taquicardia,
- b) Fatiga, vértigo, mareos, temblores, estreñimiento, dolor pélvico.
- c) Opresión torácica, vomito, molestias epigástricas
- d) Todas son correctas

9. ¿De los siguientes cuales se consideran dentro de los trastornos de ansiedad?

- a) Trastorno de ansiedad generalizada
- b) Trastorno Obsesivo Compulsivo
- c) Fobias
- d) Todas son correctas

10. ¿Los síntomas de dolor de pecho, sensación de ahogo, sudoración de manos y pies, taquicardia, que ocurren inesperadamente y duran alrededor de 5-10 mins, con historia de que el paciente los presenta varias veces en el día refiriendo que ha sido estudiado cardiológicamente y todo está bien a este nivel con que desorden pudieran coincidir dichos síntomas?

- a) Trastorno de somatización
- b) Trastorno de pánico
- c) Hipocondriasis

d) Todas son correctas

11. ¿La psiquiatría es un método adecuado para el entendimiento del comportamiento humano?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) neutro
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

12. El médico de hoy no tiene tiempo para tratar con problemas emocionales de los pacientes

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Neutro
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

13. ¿Las consultas psiquiátricas para pacientes clínicos o quirúrgicos raramente son útiles?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) neutro
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

14. ¿Si un estudiante expresa su interés en psiquiatría corre el riesgo de ser asociado a un grupo de otros futuros psiquiatras que muchas veces son vistos como extraños o neuróticos?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) neutro
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

15. ¿Si alguien en su familia o un amigo estuviera emocionalmente comprometido y la situación pareciera no mejorar, recomendaría una consulta psiquiátrica?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Neutro
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

16. ¿Considera importante el estudio de la psiquiatría en su formación académica?

- a) Sí____ b) No____

17. ¿Considera adecuado el tiempo de estudio de la psiquiatría durante el curso de su carrera?

- a) Sí____ b) No____

18. ¿Considera usted que los trastornos mentales son adecuadamente tratados en las instituciones de salud del país?

- a) Si____ b) No____

19. ¿Considera que los conocimientos que posee al respecto de las enfermedades mentales son lo suficientes y los adecuados?

- a) Si____ b) No____

20. ¿Le gustaría tener más información acerca de las enfermedades mentales con respecto al Diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas?

- a) Si____ b) No____

Anexo 2

Este anexo contiene un modelo del programa que la asociación mundial de psiquiatría que recomienda deberían tener las escuelas de medicina para sus estudiantes, sin embargo es solo una guía pues hace observación en que cada escuela de medicina debería preparar su propio programa de estudios detallado abarcando los mismos temas pero adaptado a las necesidades de la población.

Se requiere que los estudiantes identifiquen y comprendan:

Delirio y demencia

- Causas comunes
- Principios de tratamiento de cada síndrome.

Abuso y dependencia **de alcohol y drogas**

- Principales formas en que se presentan.
- Complicaciones
- Perspectivas de la enfermedad.
- Principios de prevención y tratamiento.

Esquizofrenia y trastornos relacionados

(incluyendo trastornos delirantes agudos y crónicos)

- Reconocimiento de los trastornos.
- Tratamiento de un episodio agudo.
- Principios del tratamiento prolongado.

Trastornos depresivos y maníacos

- Reconocimiento de la manía y trastornos depresivos de todo tipo de gravedad.
- Comorbilidad de trastornos depresivos y otros trastornos.
- Tratamiento de casos sencillos.

Reacciones agudas al estrés, trastornos por estrés post-traumático y trastornos de adaptación (incluyendo reacciones ante enfermedades terminales y duelo normal y anormal)

- Reconocimiento de estas enfermedades.
- Tratamiento de casos sencillos.

Ansiedad, trastornos fóbicos y obsesivos

- Reconocimiento de los trastornos.
- Tratamiento de ansiedad y trastornos obsesivos no complicados

Trastornos somatomorfos

- Como surgen síntomas físicos sin patología física.
- Conceptos de trastornos de conversión.
- Hipocondría
- Trastornos somatoformes.
- Principios de su tratamiento.

Trastornos de la alimentación, el sueño, las funciones psicosexuales

- Forma clínica de presentación.
- Principios de tratamiento en casos no complicados.

Trastornos de la personalidad

- Conceptos de personalidad y trastornos de la personalidad.
- Influencia en la enfermedad física y mental.

Retraso mental

- Principios de prevención.
- Reconocimiento de los síndromes más comunes.
- Principios de su tratamiento

Trastornos psiquiátricos infantiles

- Trastornos psiquiátricos comunes en la infancia y adolescencia.

Principios de su tratamiento.

Trastornos psiquiátricos de los ancianos.

- Impacto de la vejez en la salud y en la enfermedad psiquiátrica.
- Reconocimiento y normas de tratamiento de los trastornos psiquiátricos en los ancianos.

Suicidio

- Evaluación del riesgo.
- Tratamiento de pacientes potencialmente suicidas y de aquellos en recuperación por daño auto-infligido.

Otros síndromes

- Peligrosidad y tratamiento de pacientes potencialmente violentos.
- Abuso físicos de niños y adultos.

Tratamiento

Los estudiantes deberán conocer:

Los principales grupos de medicación psicotrópica

- Indicaciones
- Contraindicaciones.

- Principales efectos secundarios.
- Interacciones.
- Efectos tóxicos.
- Otros efectos adversos.

Los principales métodos de tratamiento psicológico

- La naturaleza y el propósitos de las psicoterapias dinámicas individuales y grupales, y asesoramiento (counselling).
- Técnicas sencillas de counselling.

Principios de tratamiento social y rehabilitación

- Fundamentos del cuidado psiquiátrico fuera del ambiente psiquiátrico y en la comunidad. Recursos disponibles en el país que corresponda.

Temas Éticos y Legales.

Esta enseñanza deberá ser integrada con un amplia enseñanza de ética dentro de la Escuela de Medicina.

Los estudiantes deberán conocer los principios implícitos en, y las consecuencias prácticas de:

- El consentimiento informado y derechos de los pacientes.
- Los requisitos legales para la admisión y/o el tratamiento involuntario o compulsivo.
- La confidencialidad.
- Temas relacionados con la participación de pacientes en investigación.

La autora concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "conocimientos teóricos y actitudes de los médicos residentes del instituto guatemalteco de seguridad social sobre las enfermedades mentales más frecuentes" para propósitos de consulta académica. sin embargo, quedan reservados lo derechos de la autora que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproduccion o comercializacion total o parcial.