



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Zárate P., Carolina; Ceballos V., María E.; Contardo P., María V.; Florenzano U., Ramón
Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y
educación en salud

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2006, pp. 205-214
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527702006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud

Health education and close contact as factors involved in the attitude towards the mentally ill

Carolina Zárate P., María E. Ceballos V., María V. Contardo P. y Ramón Florenzano U.

Introduction: Either out of personal experiences, fear, or other reasons, people tend to stigmatize the mentally ill. This stigma affects in a negative manner these patients. Our primary objective was to evaluate the existence of differences in attitudes towards the mentally ill among different people, grouped according to four characteristics: health care providers, general population, people who know mentally ill, and those who do not. **Methods:** The Community Attitudes toward Mentally Ill Scale (CAMI) was applied to 126 participants, which were classified in four groups: "know-health", "do not know- health", "know-general population", "do not know-general population". Each scale item was analyzed for each of the groups: authoritarianism, benevolence, social restriction, and perception. **Results:** Health care providers report less authoritarianism, less social restriction, and better perception towards the mentally ill when compared to general population. Those who know a mentally ill also have a better perception and less social restriction than those who do not know a mentally ill patient. The positive effects on stigma reduction among health care providers and those who know mentally ill patients had an additive effect. **Conclusion:** When common people know a mentally ill, the stigma is diminished. This contributes to better support, leading to improved treatment and better prognosis.

Key words: Stigma, mental illness, CAMI Scale.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(3): 205-214

Introducción

A lo largo del tiempo las sociedades han luchado constantemente con el impacto de las enfermedades mentales en la comunidad, siendo comunes las actitudes de rechazo y evasión. Las

sociedades occidentales han ligado las ideas de moral y virtud con la salud y la razón, así como culturas previas unían locura con imágenes demoníacas, perversas, promiscuas y pecaminosas. En algunas culturas se les dio a los enfermos mentales lugares de honor, ya que los creían "to-

Recibido: 7 de octubre 2004

Aceptado: 21 de agosto 2006

¹ Departamento Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

cados” por el espíritu. Hoy, los enfermos mentales permanecen como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano hacia ellos, que sufren estigmatización por la población. Entendemos estigma como “marca o sello de desgracia o descrédito que deja a una persona de lado o aislada del resto”, o también como “prejuicio basado un estereotipo negativo⁽¹⁾”.

La estigmatización de los enfermos mentales, puede influir en la falta de ayuda y tratamiento. Por ejemplo, en Alemania, Hillert y cols. encontraron mayor reticencia para hablar sobre familiares o amigos con enfermedad mental que de amigos con enfermedad física⁽²⁾. En E.E.U.U., Regier y cols encontraron que parte de la población se rehusaba a buscar tratamiento para la depresión ya que temía un impacto negativo del diagnóstico en su situación laboral⁽²⁾. Las actitudes de estigmatización se extienden incluso a los profesionales de salud. En Gran Bretaña, Priest y cols. muestran que la mayoría de la población reconoce que le avergüenza el consultar por depresión a un médico general, ya que piensan que éste los catalogará como neuróticos o desequilibrados⁽²⁾.

Sobre esta base de larga trayectoria de estigmatización surgen los conceptos de “Cuidado en la Comunidad” y de “Desinstitucionalización”. Estos no hubieran podido llevarse a cabo sin los avances logrados por la neurociencia y la psicofarmacología. Los estudios en Gran Bretaña, E.E.U.U. y Australia muestran que tanto los pacientes como sus familiares prefieren la desinstitucionalización y el cuidado en comunidad⁽³⁾, siendo vital el apoyo de parte de esta. Si la respuesta es negativa, aumentan las recaídas y la sintomatología. Byrne y cols muestran el rol negativo del estigma en todas las etapas de la enfermedad mental⁽⁴⁾. Desde Nueva York hasta Hong Kong, existen respuestas a la desinstitucionalización, como lo es el grupo NIMBY o “No en mi patio trasero”.

Se hace necesario buscar medios para mejorar la tolerancia y el trato hacia estos pacientes. Resulta difícil medir el estigma, por lo que en la

literatura se recurre a la medición indirecta, evaluando la percepción poblacional frente a estos pacientes. Varios trabajos asocian mejor trato, mayor tolerancia y menos estigma con el tener contacto cercano (familiar o amigo) con una enfermedad mental^(1,5).

Nos pareció importante el estudiar qué pasaba con aquellas personas con educación sobre el tema: el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares y psicólogos). Estudiamos entonces la percepción del personal de salud comparada con la población general sobre los enfermos mentales. Teniendo en cuenta que el contacto cercano podría alterar nuestro estudio, se tomaron las debidas precauciones para controlar esta variable. Nuestra hipótesis fue que los trabajadores de salud serían más tolerantes, o, menos estigmatizadores que la población general. Si así fuese, habría una luz de esperanza hacia la desestigmatización de los enfermos mentales, pudiendo entonces invertir en programas de educación poblacional sobre los trastornos mentales, tal como plantea la OMS⁽⁶⁾.

Objetivos generales

1. Estudiar cómo percibe la población general a los enfermos mentales, en comparación con la población que trabaja en el área salud.
2. Establecer si existe diferencia en la percepción de los enfermos mentales entre la población que conoce y la que no conoce en forma cercana a una persona con enfermedad mental.

Objetivos específicos

1. Evaluar el autoritarismo, la benevolencia, la restricción social y la percepción de la salud mental en cada grupo de la muestra y establecer si existen diferencias significativas entre ellos.
2. Estudiar si existe una diferencia en la estigmatización de los enfermos mentales entre la población de trabajadores de salud que conocen a un enfermo mental y la población

que no trabaja en salud y no conoce enfermos mentales.

Métodos

Se realizó un muestreo durante dos semanas de Julio del año 2003, en base a la encuesta Community Attitudes Toward the Mentally ill "CAMI" traducida y retraducida por distintos individuos(ver apéndice)⁽⁵⁾. Esta encuesta evalúa la percepción poblacional en base a respuestas en cuatro ítems; autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud. La encuesta se llevó a cabo en distintos sitios del sector Oriente de Santiago; Líder, Universidad de los Andes, Duoc, Inacap, y distintas bencineras principalmente, se daba una breve explicación para que los individuos auto llenasen la alternativa que más les acomodaba. Esta no es una muestra aleatoria, de hecho no se usó ningún criterio de selección para su obtención. La muestra obtenida considera sólo a aquellos individuos dispuestos a responderla sin conabilizar ni llenar datos epidemiológicos de quienes no quisieron contestarla. Una vez obtenida, la muestra fue separada en cuatro grupos independientes: Trabajadores de la salud que conocen a un enfermo mental ($n = 33$), salud que no conoce a un enfermo mental ($n = 30$), no salud que conoce a un enfermo mental ($n = 34$) y no salud que no conoce a un enfermo mental ($n = 29$). Al decir conocen, implica que sean cercanos para los encuestados, es decir, familiar de primer grado o amistad para ellos cercana.

Los resultados fueron analizados utilizando el programa estadístico Intercooled STATA 6 con t de student y un alfa de 0,05 a modo de evaluar si existían diferencias y si estas eran significativas o no.

Resultados

Se encuestaron 126 personas, en su mayoría universitarios del sector Oriente de Santiago. La muestra constó en un 50% hombres y 50% muje-

res. Su distribución etárea fue de 54,8% para el rango de 20-30 años, 13,5% para 31-40 años, 16,7% para 41-50 años y 15,1% para 51 o más años. El 53,2% era soltero, 40,5% eran casados o convivientes y un 6,4% eran divorciados, separados o viudos. Un 46,8% no tenía niños en su hogar, en el 37,3% había uno o dos niños y en el 15,9% habían tres o más. El 86,5% tenía estudios universitarios, 11,1% educación media y 2,4% educación básica como lo muestra la Tabla 1.

En la muestra, el 51.6% trabajaba en el área salud, mientras que el 48.4% no. Un 54% conocía de manera cercana a un enfermo mental y un 46% no. Dentro de los encuestados un 10.3% tenía el antecedente de una enfermedad mental.

Los resultados para la percepción se muestran en la Tabla 2 y 3.

Ahora, analizando según los cuatro grupos se encontró:

Dentro de los que conocen, en autoritarismo,

Tabla 1. Datos Demográficos

Variable	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujeres	63	50
Hombres	63	50
Edad		
20-30 años	73	58,8
31-40 años	16	13,5
41-50 años	19	16,7
51 o más	18	15,1
Estado civil		
Soltero		67
53,2		
Casado o Conviviente	51	40,5
Divorciados, separados o		
Viudos	8	6,4
Nº de hijos		
0	59	46,8
1-23	47	37,3
o >	20	15,9
Estudios		
Estudios universitarios	109	86,5
Educación media	14	11,1
Educación básica	3	2,4
Total 126 personas		

Tabla 2. Resultados de estigmatización de trabajadores de salud v/s no salud sobre los pacientes psiquiátricos en base a encuesta CAMI

	Autoritarismo	Benevolencia	Restricción	Percepción
Salud	22,5	41,1	19,8	37,7
No salud	25	40,6	23,3	34,7
Significancia de t con $p < 0,05$	s, > en no salud	ns	s, mayor en no salud	s, mayor en salud
Significancia de t con $p < 0,01$	s, > en no salud	ns	s, mayor en no salud	ns

s = significativo, ns = no significativo, $p < 0,05$ prueba de t de Student.

Tabla 3. Resultados de estigmatización sobre pacientes psiquiátricos entre población que conoce v/s no conoce en base a encuesta CAMI

	Autoritarismo	Benevolencia	Restricción	Percepción
Conocen	23,1	41,4	20,4	37,8
No conocen	24,3	40,3	22,8	34,5
Significancia	ns	ns	s, > en no conoce	s, > en conoce
Significancia	ns	ns	ns	ns

s = significativo, ns = no significativo, $p < 0,05$ prueba de t de Student.

para los que trabajan en salud un promedio de 21,8 puntos, para no salud 24,4 puntos; en benevolencia salud 42 puntos y no salud 40,8, en restricción social 18,5 puntos para salud y 22,4 puntos para no salud. En percepción de la salud mental en salud encontramos 39,5 puntos y 36,2 puntos para no salud. Cabe destacar que estos resultados mostraron diferencias significativas en los ítems de autoritarismo y restricción, siendo menores en el área salud.

En cuanto a los que no conocen, para autoritarismo, los trabajadores en salud presentaron 23,3 puntos, para no salud, 25,4 puntos. Para benevolencia, los trabajadores de salud 40,1 puntos, no salud 40,5 puntos. En restricción salud 21,4 puntos, no salud 24,3 puntos. Por último, para percepción encontramos 35,9 puntos en salud y 33 puntos en no salud. De todos estos datos, la única diferencia significativa se encontró

para restricción, la cual es menor entre los que trabajan en salud *versus* quienes no trabajan en salud.

Los resultados para la percepción conocen salud/ no conocen no salud, se muestran en la Figura 1.

La significancia estadística de las diferencias de promedios de puntuación, en base a la prueba de t, resultó significativa con un nivel de confianza de 95% y 99% para autoritarismo (mayor en no conoce no salud), restricción (mayor en no conoce no salud) y percepción (mayor en conoce salud). No se obtuvo diferencia significativa para benevolencia.

Junto con las respectivas diferencias estadísticas, se evaluaron también las diferencias en valores numéricos para cada factor por separado, entre salud/ no salud, conoce/ no conoce y conoce salud/ no conoce no salud (grupos opuestos, en

Tabla 4. Resultados de diferencias de estigmatización según valores de escala CAMI y su significancia estadística entre salud/no salud, conoce/no conoce y ambos factores juntos

	Autoritarismo	Benevolencia	Restricción	Percepción
Salud v/s no salud	-2,43	0,47	-3,41	3,03
Conocen v/s no conocen	-1,15	1,12	-2,38	3,33
Conocen salud v/s no conocen no salud	-3,62 s	1,55	-5,85 s	6,45 s

s = significativo, $p < 0,05$.

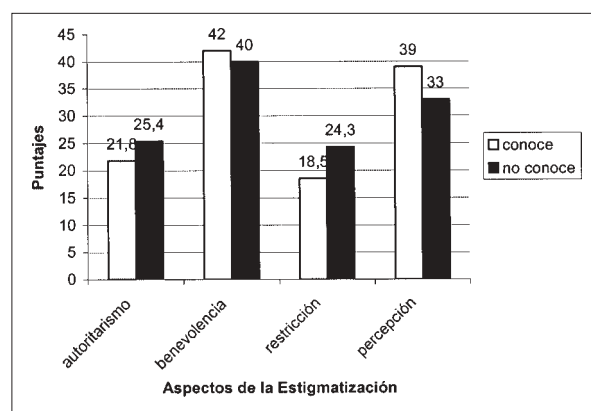


Figura 1. Estigmatización sobre pacientes psiquiátricos entre población conoce salud v/s no conoce no salud en base a escala CAMI (n: 62).

donde uno de los grupos presentaría ambos factores). Esto se ilustra en la Tabla 4.

Frente a la afirmación:

- “Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño”, el 20,6% estaba en acuerdo o total acuerdo con ésta.
- “Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras”, el 62,7% estaba en desacuerdo o total desacuerdo con ésta.
- “Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible”, el 93,7% estaba en acuerdo o total acuerdo con esta afirmación.
- “El situar instituciones mentales en barrios residenciales pone en peligro a los residentes de dicho barrio”, “los residentes tienen buenas ra-

zones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios”, “Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales”, el 4% estaba en acuerdo o total acuerdo con la primera y en desacuerdo o total desacuerdo con las dos últimas.

Discusión

Un estudio como este tiende a seleccionar a personas más cooperadoras y comunicativas, quienes podrían a su vez, ser más tolerantes, pudiendo sesgarse así los resultados obtenidos. De hecho no fueron incluidos aquellos individuos que rechazaron participar, dato que incluso numéricamente sería interesante de aportar en otra oportunidad. Además nuestra muestra no es, por distribución etárea (54,8% entre 20 y 30 años) ni por nivel educacional (86% poseía nivel Universitario entre incompleto a completo) como tampoco por tamaño muestral extrapolable a toda la población de Santiago.

Tal como en otros trabajos de la literatura, la población en contacto cercano con enfermos mentales presenta conductas de menor estigma, de forma estadísticamente significativa, en relación a la población sin este tipo de contacto. Estos trabajos son comparables entre sí, ya que en todos se usó la misma escala para evaluar de forma indirecta, el estigma. En relación a trabajadores y no trabajadores de la salud vemos que los primeros son de forma estadísticamente significativa menos autoritarios y restrictivos hacia

los enfermos mentales, y tienen una mejor percepción del “Cuidado en la Comunidad” y la “Desinstitucionalización”, que la población general. Todos estos hechos son positivos en el cambio hacia la tolerancia y un menor estigma.

En la literatura existe información opuesta: Caldwell y cols⁽³⁾ encontraron que las enfermeras tenían una percepción más pesimista en cuanto a los pronósticos de los enfermos mentales, que la población general. Una percepción negativa acerca del tratamiento y pronóstico se asocia con una actitud de mayor miedo y por ende mayor estigma. Sin embargo, estos trabajos no son comparables ya que se usan diferentes herramientas metodológicas. El hecho de que haya diferencias con significancia estadística en los trabajadores de la salud implica que al tener mayor información en salud, hay conductas de mayor apoyo hacia los enfermos mentales lo que beneficiaría el tratamiento y pronóstico para ellos. Esta diferencia es trascendente ya que la educación es una variable modificable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en una nota descriptiva del año 2001⁽⁶⁾ deja en claro la necesidad de “fomentar la toma de conciencia respecto a la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de las personas afectadas por esos trastornos”. Plantea una amplia divulgación de información y educación, mejorando la tolerancia o disminuyendo el estigma, ya que se postula que esta educación sensibilizaría a la población. Respecto a esto Arikian y cols muestran que los sujetos que no creen que los trastornos psiquiátricos tienen tratamientos efectivos los encuentran más peligrosos que quienes creen que si hay tratamientos efectivos para estos enfermos⁽⁴⁾. Esto avalaría entonces la hipótesis ya expuesta de la de que una población educada (trabajadores de salud) tiene mayor tolerancia hacia los enfermos mentales que la población general.

Estos factores son independientes y no mutuamente excluyentes. Los trabajadores de salud que conocen a alguien tienen menos autoritarismo y restricción, junto con una mejor percepción del

enfermo mental en la comunidad. La Tabla 3 muestra que la suma de las diferencias por ítem entre ambos factores es bastante similar a las diferencias entre “conoce salud” y su extremo opuesto “no conoce no salud”. Esta suma demuestra el hecho de que no son mutuamente excluyentes, como tampoco se superponen la una a la otra, ya que si así fuese éste último valor sería menor que la suma aritmética de los dos primeros casos.

Se evaluaron en detalle, las afirmaciones ya expuestas en los resultados. Al compararlas con el trabajo de Wolff^(2, 5), los porcentajes obtenidos en nuestra muestra son en general similares. Para la afirmación de que “pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño” Wolff encontró que un 20% estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo. El porcentaje encontrado en nuestra muestra para esta misma afirmación fue de un 20,6%. Para la afirmación “tenemos la responsabilidad de otorgarles el mejor cuidado posible a los enfermos mentales”, Wolff encontró que un 95% estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo. En nuestra muestra el porcentaje de aprobación fue de un 93,7%. Interesante fue lo obtenido para las siguientes afirmaciones; “*el situar instituciones mentales en barrios residenciales pone en peligro a los residentes de dicho barrio*”, “*los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios*”, y “*asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales*”. Se estudió el porcentaje de personas que estaban de acuerdo con la primera y en desacuerdo con las otras afirmaciones ya señaladas. Esta combinación demuestra contradicción al responder, ya que la primera afirmación es anulada por las otras afirmaciones. Al respecto, Wolff encontró un 15%, valor muy superior a nuestra muestra que presenta tan sólo un 4% de contradicción.

La última afirmación evaluada en este trabajo, fue la de si, “*se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras*”, donde se encontró un 62,7% de personas en desacuerdo

o total desacuerdo. Esto genera mayores interrogantes, como la de ¿cuál es el efecto que ejercen los medios de comunicación sobre la percepción hacia los enfermos mentales? En una encuesta alemana, un 64% dijo haber leído en los medios sobre un enfermo mental que cometió un crimen violento, otro 50% relató sobre personas que terminaron adictas a fármacos, y sólo un 17% dijo haber leído sobre enfermos mentales que retomaron su vida normal al tomar medicamentos⁽²⁾.

Conclusiones

A modo de conclusión podemos decir que el trabajar en el área salud, al igual que el conocer a un enfermo mental, se relacionan con una menor estigmatización de los enfermos mentales. Dado que la educación en salud juega un rol positivo en la percepción de la población hacia los

enfermos mentales, ésta podría ser una buena estrategia a utilizar para disminuir el estigma. Creemos importante el ampliar nuestro estudio a una muestra representativa de la población chilena, a modo de poder extrapolar nuestras conclusiones. Sería interesante realizar nuevos trabajos en búsqueda de otros factores que pudieran asociarse con la estigmatización, intentando obtener una muestra mayor para no incurrir en errores de tipo estadísticos, como también el realizar un muestreo ya bien aleatorio o más representativo de la población a estudiar, en este caso Santiago. Junto con esto sería de interés incluir a quienes se rehusan a participar si tener el dato que explique la causal de no participación, como también el realizar comparaciones a niveles regionales. Esto para enriquecer y elaborar con mayor poder estadístico y de evidencia una estrategia desestigmatizadora realizable a nivel nacional.

Resumen

Introducción: Existe un halo de estigmatización de los enfermos mentales, sea por prejuicio, experiencias personales, etc., que influye en ellos de forma negativa. Nuestro objetivo es estudiar si existen diferencias en la percepción de los enfermos mentales entre la población general y el área de salud y entre quienes conocen y no conocen a un enfermo mental. **Métodos:** Se aplicó la encuesta CAMI III (Community attitudes Toward mentally III) a 126 personas, quienes fueron separadas en cuatro grupos (conocen-salud, conocen-no salud, no conocen-salud, no conocen-no salud) analizándose cada ítem de esta encuesta: autoritarismo, benevolencia, restricción social y percepción de la salud mental en la comunidad en cada uno de ellos. **Resultados:** El área de la salud presenta menos autoritarismo y restricción social que la población general y una mejor percepción que esta última. Los conocedores de un enfermo mental presentan mejor percepción y menos restricción que quienes no los conocen. Conjuntamente, quienes conocen y trabajan en salud son menos autoritarios y restrictivos que quienes no conocen y no trabajan en salud, presentando éstos últimos una peor percepción que los primeros. **Conclusión:** La población en contacto cercano con pacientes mentales presenta menos conductas de estigmatización, ya sean trabajadores de salud, parientes o amigos cercanos. Esta menor estigmatización favorecería un mayor apoyo para estos pacientes, mejorando su tratamiento y pronóstico. Es importante la educación de la población sobre estos temas, de manera de disminuir el estigma.

Palabras clave: Estigma, enfermedad mental, escala CAMI.

Referencias

1. Laurel A, Bruce G. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health* 2003; 12: 271-289.
2. Jorm A F. Mental Health literacy: Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
3. Caldwell T, Jorm A. Mentally health nurse's beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and Zeland Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10: 42-54.
4. Byrne P. Psychiatric Stigma. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 281-284.
5. Taylor S, Dear M. Scaling community attitudes towards the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7: 225-240.
6. OMS. El camino hacia adelante: Recomendaciones de la OMS. Nota descriptiva (2001).

APÉNDICE

Escala CAMI (no validada en Chile)

AUTORITARISMO

1. Una de las principales causas de enfermedad mental es la falta de disciplina y falta de voluntad.
2. La mejor manera de manejar a un enfermo mental es al encerrarlo bajo llave.
3. Existe algo en los enfermos mentales que hace fácil el diferenciarlos de personas normales.
4. En cuanto una persona muestre signos de alteración mental debe ser hospitalizado.
5. Pacientes mentales necesitan el mismo tipo de control y disciplina que un niño.
6. Una enfermedad mental es una enfermedad igual a cualquier otra enfermedad.
7. El enfermo mental no debe ser tratado como marginado social.
8. Se debería poner menor énfasis en proteger a la población de los enfermos mentales.
9. Los hospitales mentales son un medio antiguo y pasado de moda para tratar a los enfermos mentales.
10. Virtualmente cualquier persona puede llegar a transformarse en un enfermo mental.

BENEVOLENCIA

1. Los enfermos mentales han sido por demasiado tiempo objeto de burla.
2. Se deberían destinar mayores fondos estatales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales.
3. Necesitamos adoptar una actitud de mayor tolerancia hacia los enfermos mentales en nuestra sociedad.
4. Nuestros hospitales mentales parecen más prisiones que lugares adecuados para que los enfermos mentales adquieran cuidados.
5. Tenemos la responsabilidad de otorgarles a los enfermos mentales el mejor cuidado posible.
6. Los enfermos mentales no se merecen nuestra simpatía.
7. Los enfermos mentales son una carga en nuestra sociedad.
8. El gasto fiscal en los servicios de salud mental es una pérdida de dinero.
9. Existen suficientes servicios de salud mental.
10. Es mejor evadir a las personas con problemas mentales.

RESTRICCIÓN SOCIAL

1. No debe dársele responsabilidad alguna a un enfermo mental.
2. El enfermo mental debe ser aislado del resto de la sociedad.
3. Una mujer debe ser tonta para casarse con un hombre que ha sufrido una enfermedad mental, aun cuando este parezca estar totalmente recuperado.
4. No me gustaría ser vecino de alguien que ha estado enfermo mentalmente.
5. Cualquier persona con antecedentes de enfermedad mental debe ser excluido para realizar trabajos públicos.
6. No se le deben negar sus derechos individuales a los enfermos mentales.
7. Se les debe motivar a los enfermos mentales para que asuman las responsabilidades de una vida normal.
8. Nadie tiene derecho de excluir a los enfermos mentales de su vecindario.
9. Los enfermos mentales son mucho menos peligrosos de lo que la gente supone.
10. Se puede confiar en muchas mujeres que fueron pacientes en un hospital o servicio de salud mental para que trabajen de niñeras.

PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

1. Los residentes deben permitir la instalación de centros de salud mental en sus vecindarios a modo de suplir las necesidades de la comunidad local.
2. La mejor terapia para muchos pacientes mentales es la reinserción en la vida de comunidad.
3. Los servicios de salud mental deberían ser otorgados mediante facilidades entregadas en cada comunidad.
4. El situar instituciones mentales en barrios residenciales no pone en peligro a los residentes de dicho barrio.
5. Los residentes no tienen nada que temer de personas que acudan a su vecindario en busca de servicios mentales.
6. Las instituciones de salud mental NO deben ser situadas en barrios residenciales.
7. Los residentes tienen buenas razones para oponerse a la instalación de instituciones de salud mental en sus vecindarios.
8. El reinsertar a enfermos mentales en la comunidad es una buena terapia para ellos, pero implica demasiados riesgos para los residentes de dicha comunidad.
9. Asusta el pensar que enfermos mentales vivan en barrios residenciales.
10. El situar instituciones de salud mental en un barrio residencial denigra y desvalora dicho barrio.

DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, pueden agregar fotocopias de esta página.

TÍTULO DEL MANUSCRITO: Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud.

DECLARACIÓN: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columna «Códigos de Participación» anoto personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la Tabla siguiente:

Tabla. Códigos de Participación

- | | |
|--|--|
| a. Concepción y diseño del trabajo | g. Aporte de pacientes o material de estudio |
| b. Recolección/obtención de resultados | h. Obtención de financiamiento |
| c. Análisis e interpretación de datos | i. Asesoría estadística |
| d. Redacción del manuscrito | j. Asesoría técnica o administrativa |
| e. Revisión crítica del manuscrito | k. Otras contribuciones (definir) |
| f. Aprobación de su versión final | |

Correspondencia:

Carolina Zárate P.

Dirección: El Encuentro 2360, Las Condes, Stgo.

Fono: 2143262. Cel: 09-8468693

Email: caritozarate@yahoo.com.ar